

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E NEGÓCIOS
NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL**

VÍTOR HUGO HOFFMANN DA COSTA

**PROPOSTA DE UM MODELO INFORMACIONAL PARA INTERCÂMBIO
ELETRÔNICO DE DADOS ENTRE HOSPITAIS E OPERADORAS DE PLANOS DE
SAÚDE**

PORTO ALEGRE

2018

VÍTOR HUGO HOFFMANN DA COSTA

PROPOSTA DE UM MODELO INFORMACIONAL PARA INTERCÂMBIO
ELETRÔNICO DE DADOS ENTRE HOSPITAIS E OPERADORAS DE PLANOS DE
SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre
em Gestão e Negócios, pelo Programa de
Pós-Graduação em Gestão e Negócios da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos -
UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Trez

Coorientador: Prof. Dr. Guilherme Luís Roehe Vaccaro

Porto Alegre

2018

C837p Costa, Vítor Hugo Hoffmann da.
Proposta de um modelo informacional para intercâmbio eletrônico de dados entre hospitais e operadoras de planos de saúde / Vítor Hugo Hoffmann da Costa. – 2018.
173 f. : il. color. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, Porto Alegre, 2018.

“Orientador: Prof. Dr. Guilherme Trez ; Coorientador: Prof. Dr. Guilherme Luís Roehe Vaccaro.”

1. Saúde suplementar. 2. Hospitais. 3. Operadoras de planos de saúde. 4. Intercâmbio eletrônico de dados. I. Título.

CDU 658

AGRADECIMENTOS

À Deus pela minha vida, pela minha família e pelas oportunidades com que tem me presenteado.

À minha esposa, Cristiane por todo o seu amor, carinho e compreensão ao longo da minha jornada no mestrado!

À minha mãe e a minha irmã, pelo apoio e compreensão durante a elaboração deste trabalho.

À todos da minha família e da família minha esposa que me apoiaram e de alguma forma colaboraram com a elaboração deste trabalho.

Ao meu grande amigo e Co-Orientador, Prof. Guilherme Luís Roehe Vaccaro, por toda a sua dedicação, conselhos e excelentíssimas orientações que possibilitaram a realização desta pesquisa. Muito Obrigado!

Ao meu Orientador, Prof. Guilherme Trez, pelas orientações e ensinamentos transmitidos. Muito Obrigado!

A todos os professores que me deram aula no MPGN, os quais de alguma forma ajudaram a ampliar o meu conhecimento.

A todos o meu muito obrigado!

RESUMO

Este trabalho propõe um modelo informacional para dar suporte ao processo de faturamento e de prestação de contas dos serviços realizados pelos hospitais para os beneficiários das operadoras de planos de saúde. O modelo informacional proposto visa a permitir o controle dos dados em tempo hábil, sendo baseado nos conceitos de Intercâmbio Eletrônico de Dados. A pesquisa que sustenta o modelo é qualitativa, estruturada segundo o método de *Design Research*. As fontes de informação incluem especialistas gestores de hospitais ou de operadoras de planos de saúde, além de publicações acadêmicas, normas e documentos técnicos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, observações *in loco* e análise documental, e a extração de informação foi realizada por meio de Análise de Conteúdo. Como resultado, foram identificados: os impactos dos modelos de remuneração na relação entre hospitais e operadoras de planos de saúde; as informações, regras, parâmetros e a periodicidade necessária para implementar o novo modelo informacional proposto de suporte ao faturamento; e os impactos potenciais do modelo informacional proposto no processo de faturamento, na visão de hospitais e operadoras de planos de saúde.

Palavras-Chave: Saúde Suplementar. Hospitais. Operadoras de Planos de Saúde.
Electronic Data Interchange

ABSTRACT

The aim of this study is to recommend an informational model to support the billing and accountability process of the services performed by hospitals for beneficiaries of healthcare plan companies. The proposed informational model aims at allowing the control of the data in a timely manner, being based on the concepts of Electronic Data Interchange. This is a qualitative research which used Design Research method. Sources of information include specialist managers of hospitals or healthcare plan companies, as well as academic publications, standards and technical documents. Data collection was performed through semi-structured interviews, on-site observations and documentary analysis, and the extraction of information was performed through Content Analysis. As a result, were identified: the impacts of compensation models on the relationship between hospitals and healthcare plan companies; information, rules, parameters and periodicity required to implement the new informational model proposed to support billing; and potential impacts of the informational model proposed in the billing process, in the view of hospitals and healthcare plan companies.

Keywords: Supplemental Health. Hospitals. Healthcare Plan Companies. Eletronic Data Interchange.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cadeia Produtiva de Bens e Serviços da Saúde Suplementar	17
Figura 2 – Contexto do Problema de Pesquisa	23
Figura 3 - Processo Tradicional x Processo EDI	43
Figura 4 – Estrutura da Mensagem EDI – ASC12	45
Figura 5 – Exemplo de Mensagem EDI – ASC12	46
Figura 6 – Camadas do Modelo ISO/OSI	47
Figura 7 – Diagrama dos Componentes do Padrão TISS	52
Figura 8 – Design Cycle Proposto por Vaishnavi e Kuechler	59
Figura 9 – Método de Trabalho	62
Figura 10 – Categorias Analisadas	72
Figura 11 – Fluxo do Processo “Assistência de Atendimento ao Paciente”	85
Figura 12 – Fluxo do Processo “Faturamento de Contas Hospitalares”	86
Figura 13 – Estrutura do Modelo Proposto	97
Figura 14 – XML Mensagem Elegibilidade do Paciente	106
Figura 15 – Fluxo Processual	113
Figura 16 – Processo de Elegibilidade	116
Figura 17 – Processo de Solicitação de Autorização	119
Figura 18 – Processo de Evolução do Paciente	121
Figura 19 – Processo de Alta do Paciente	122
Figura 20 – Mensagem Prescrição Médica	147
Figura 21 – Mensagem Execução do Procedimento	149
Figura 22 – Mensagem Evolução do Paciente	151
Figura 23 – Guia de Comprovante Presencial	152
Figura 24 – Guia de Consulta	153
Figura 25 – Guia de Solicitação de Internação	154
Figura 26 – Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia / SP/SADT	155
Figura 27 – Guia de Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME	156
Figura 28 – Guia de Honorários Médicos	157
Figura 29 – Guia de Outras Despesas	158
Figura 30 – Demonstrativo de Análise de Conta	159

Figura 31 – Guia de Recurso de Glosas	160
Figura 32 – Guia Demonstrativo de Pagamentos.....	161
Figura 33 – Mensagem de Verificação de Elegibilidade do beneficiário.	162
Figura 34 – Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimento.	163
Figura 35 – Mensagem de Comunicado de Internação ou Alta do Paciente.....	166
Figura 36 – Mensagem de Cobrança de Serviços de Saúde.	167

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Algumas Legislações que Regulamentam a ANS	32
Quadro 2 - Modalidades de Planos de Saúde.....	34
Quadro 3 – Síntese dos Modelos de Remuneração em Saúde	41
Quadro 4 – Exemplo de Transações ASC X12	45
Quadro 5 – Padrões Conceituais do HL7	47
Quadro 6 – Componentes do Padrão TISS.....	52
Quadro 7 – Processos Padronizados do Padrão TISS	53
Quadro 8 – Síntese dos Conceitos da Fundamentação Teórica desta Pesquisa.....	54
Quadro 9 – Síntese dos Padrões de Troca de Informação Eletrônica	56
Quadro 10 – Saídas do Processo de <i>Design Research</i>	60
Quadro 11 – Roteiro Inicial de Entrevistas	65
Quadro 12 – Fases da Análise de Conteúdo	67
Quadro 13 – Critérios de Avaliação do Modelo Proposto.....	69
Quadro 14 – Síntese dos Conceitos sobre a Relação Comercial entre os Atores	75
Quadro 15 – Síntese dos Conceitos sobre o Processo de Geração e Faturamento de Contas.....	83
Quadro 16 – Síntese dos Conceitos sobre os Aspectos Normativos Identificados ...	88
Quadro 17 – Síntese dos Conceitos sobre os Aspectos Informativos Identificados	93
Quadro 18 – Síntese dos Conceitos sobre os Modelos de Pagamento <i>fee for service</i> e o Modelo de Pagamento por DRG	96
Quadro 19 – Alinhamento de Objetivos entre Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde.....	100
Quadro 20 – Síntese dos Papeis e Responsabilidades	104
Quadro 21 – Exemplo de Itens da TUSS	105
Quadro 22 – Mensagens do Modelo Proposto	105
Quadro 23 – Síntese das Regras	109
Quadro 24 – Categorias de Exceções.....	110
Quadro 25 – Configuração do Modelo Proposto (Mensagens Seleccionadas).....	112
Quadro 26 – Configuração do Modelo Proposto (Regras)	113
Quadro 27 – Configuração do Modelo Proposto (Exceções)	113
Quadro 28 – Configuração Regras da Elegibilidade do Paciente.....	126

Quadro 29 – Configuração Regras do Procedimento Eletivo	126
Quadro 30 – Configuração Regras do Procedimento Cirúrgico	127
Quadro 31 – Configuração Regras do Procedimento Urgência e Emergência	127
Quadro 32 – Análise do Modelo Proposto pelos Atores (Hospital x Operadora).....	129
Quadro 33 – Elegibilidade de Paciente	130
Quadro 34 – Solicitação de Autorização – Procedimento Eletivo.....	131
Quadro 35 – Solicitação de Autorização – Procedimento Cirúrgico	132
Quadro 36 – Execução de Procedimento – Urgência e emergência.....	132
Quadro 37 – Resultado dos Testes (Hospital e Operadora)	133
Quadro 38 – Síntese de Impactos do Modelo Proposto sobre o Processo Atual	135
Quadro 39 – Perfil dos Especialistas e Executivos Entrevistados.....	146

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade total de hospitais, operadoras de planos de saúde e beneficiários ativos no Brasil.....	17
Tabela 2 – Distribuição de receitas por natureza em 2016.....	35

LISTA DE SIGLAS

ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANSI	<i>American National Standards Institute</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DRG	Grupo de Diagnósticos Relacionados
EDI	<i>Electronic Data Interchange</i>
HIPAA	<i>Health Insurance Portability and Accountability Act</i>
HL7	<i>Health Level Seven</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICOS	Instituto Coalização Saúde
IESS	Instituto de Saúde Suplementar
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
NEHEN	<i>New England Healthcare EDI Network</i>
OPME	Órtese Prótese e Materiais Especiais
PIB	Produto Interno Bruto
RN	Resoluções Normativas
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TISS	Troca de Informação na Saúde Suplementar
TUSS	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
UNIDAS	União Nacional Das Instituições de Autogestão em Saúde
VCMH	Variação dos Custos Médico-Hospitalares
XML	<i>Extensible Markup Language.</i>
WEB	<i>World Wide Web</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	23
1.2 OBJETIVOS	26
1.2.1 Objetivo Geral	26
1.2.2 Objetivos Específicos	26
1.3 DELIMITAÇÃO	26
1.4 JUSTIFICATIVA	27
1.5 ESTRUTURA DO TEXTO	28
2 FUNDAMENTAÇÃO DA PESQUISA	30
2.1 O CONTEXTO DE SAÚDE NO BRASIL	30
2.1.1 A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	32
2.1.2 As Operadoras de Planos de Saúde	33
2.1.3 Os Prestadores de Serviço da Saúde Suplementar	35
2.2 O RELACIONAMENTO ENTRE OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇOS	36
2.2.1 Os Modelos de Remuneração em Saúde	38
2.2.1.1 Pós Pagamento - <i>fee for service</i>	38
2.2.1.2 Pós Pagamento - DRG	39
2.2.1.3 Pré Pagamento (per capita)	40
2.2.1.4 Orçamento Global	41
2.2.2 Síntese dos modelos de remuneração em saúde	41
2.3 INTERCÂMBIO ELETRÔNICO DE DADOS EM SAÚDE	42
2.3.1 ASC X12	44
2.3.2 O Padrão HL7	46
2.3.3 NEHEN – New England Healthcare EDI Network	48
2.3.4 TISS	50
2.4 SÍNTESE DOS CONCEITOS ABORDADOS	54
3 MÉTODO	58
3.1 MÉTODO DE PESQUISA	58
3.2 MÉTODO DE APLICAÇÃO	60
3.2.1 Fase 1 - Definição de Escopo e Premissas do Modelo Informacional	61
3.2.1.1 Fase 1 - Conscientização do Problema	61

3.2.1.2 Fase 1 - Sugestão	63
3.2.1.3 Fase 1 - Desenvolvimento.....	63
3.2.1.4 Fase 1 - Avaliação.....	67
3.2.2 Fase 2 - Desenvolvimento do Modelo Informacional	68
3.2.2.1 Fase 2 - Sugestão	68
3.2.2.2 Desenvolvimento	69
3.2.2.3 Avaliação.....	69
3.2.2.4 Conclusão	71
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: O PROCESSO DE TROCA DE INFORMAÇÃO OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE X PRESTADORES DE SERVIÇOS.....	72
4.1 O CONTEXTO DE GERAÇÃO E FATURAMENTO DE CONTAS ANALISADO .	73
4.1.1 Os atores envolvidos e sua relação comercial	73
4.1.2 O processo de geração e faturamento de contas	75
4.1.3 Os aspectos normativos identificados.....	87
4.1.4 Os aspectos informacionais identificados.....	88
4.2 A INFLUÊNCIA DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO	93
5 MODELO PROPOSTO	97
5.1 COMPONENTES DO MODELO PROPOSTO	98
5.1.1 Alinhamento de Objetivos	98
5.1.2 Alinhamentos Normativos	100
5.1.3 Alinhamento de Infraestrutura	101
5.1.4 Papeis e responsabilidades	103
5.1.5 Estrutura de Códigos e Mensagens.....	105
5.1.6 Regras	107
5.1.7 Exceções e Tratamento de Exceções.....	109
5.1.8 Indicadores	110
5.2 O FLUXO PROCESSUAL CONSIDERANDO O MODELO PROPOSTO.....	112
5.2.1 Processo de elegibilidade	114
5.2.2 Admissão do paciente	115
5.2.3 Prescrição médica.....	117
5.2.4 Comunicado de Internação	117
5.2.5 Solicitação de autorização	118
5.2.6 Execução dos procedimentos.....	118

5.2.7 Evolução do paciente.....	120
5.2.8 Alta do paciente.....	120
5.2.9 Processo de faturamento	123
5.3 APLICAÇÃO.....	124
5.3.1 Etapa de Configuração da Simulação	126
5.3.2 Etapa de Execução da Simulação.....	130
5.3.3 Análise da Simulação.....	133
5.4 IMPACTOS DO MODELO PROPOSTO SOBRE O PROCESSO DE FATURAMENTO ANALISADO.....	134
6 CONCLUSÃO	136
REFERÊNCIAS.....	140
APÊNDICE A – PERFIL DOS ESPECIALISTAS E EXECUTIVOS ENTREVISTADOS	146
APÊNDICE B – MENSAGENS PRÓPRIAS DO MODELO DE EDI PROPOSTO ..	147
ANEXO A – GUIAS PAPEL (TISS)	152
ANEXO B – <i>LAYOUT</i>MENSAGENS PADRÃO TISS.....	162

1 INTRODUÇÃO

A gestão dos sistemas de saúde é organizada de forma heterogênea, dependendo de fatores sociais, culturais, políticos e econômicos, resultando em especificidades em cada país. No Brasil, por exemplo, o sistema de saúde tem cobertura universal do sistema público e livre atuação da iniciativa privada, a qual atua de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que o cidadão não perde este direito ao contratar um serviço particular. (IESS, 2013).

Segundo a Federação Brasileira de Hospitais (2017), a Saúde Suplementar pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde. Atuam no cenário da Saúde Suplementar no Brasil: o governo, representado pelo Ministério da Saúde, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); as operadoras de planos privados; as seguradoras; e os prestadores de serviço de assistência à saúde.

A regulação do setor da saúde suplementar iniciou em 1999, quando entrou em vigor a lei 9.656/98, e começou a operar com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pela lei 9.961/2000. A ANS é responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde, antes dessa lei, no âmbito dos planos de saúde, as seguradoras eram reguladas, pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). (ANS, 2017).

O processo de atualização da regulamentação do setor e criação de regras é realizado pela ANS através de Resoluções Normativas (RN), como por exemplo: a RN 153, a qual instituiu a Troca de Informação da Saúde Suplementar (TISS); a RN 195, que trata da forma de comercialização das operadoras de planos de saúde para os beneficiários; a RN 211, a qual trata do rol de procedimentos e coberturas básicas que os planos de saúde devem ofertar a seus beneficiários; e a RN 363, a qual trata de regras para a celebração de contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. (ANS, 2017).

As regulamentações impostas pela criação da lei e da ANS, geraram impacto no setor, na medida em que obrigaram as operadoras de planos de saúde a se reestruturarem com base em regras para a comercialização de novos planos de saúde. A partir de então as operadoras de planos de saúde foram obrigadas: a contemplar um conjunto padrão de coberturas de especialidades e procedimentos

médicos; e a respeitar regras para a cobrança de taxas de participação em procedimentos médicos, as quais somente podem ser aplicadas em atendimentos de caráter ambulatorial. Dessa forma, para procedimentos realizados em caráter de internação hospitalar as operadoras passaram a arcar com todas as despesas geradas por seus beneficiários de forma integral e, por consequência, intensificaram os processos de verificação e validação dessas despesas.

A cada nova RN, regras de operação são estabelecidas ou alteradas. E novas coberturas de acesso a especialidades e procedimentos médicos são estabelecidas.

A disponibilização de acesso a novas especialidades e procedimentos médicos para os beneficiários provoca reação imediata nos prestadores de serviços médicos, os quais procuram disponibilizar o atendimento a estas novas coberturas, visando captar recursos pelo atendimento da demanda populacional via sistema suplementar. Por outro lado, gera reação imediata nos processos de auditoria e controle das operadoras de planos de saúde, os quais são adaptados para contemplar critérios visando identificar divergências e anomalias nos procedimentos executados e faturados pelos prestadores de serviços.

De outro ponto de vista, a articulação entre agências reguladoras, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde e pacientes estabelece uma cadeia de produção de saúde. Nessa cadeia, o subsistema de saúde suplementar também apresenta destaque, tanto pelo volume de leitos (40,52%) como pelo volume de internações (69,50%). (ANS, 2015).

A quantidade total de hospitais, de operadoras de plano de saúde e de beneficiários ativos no Brasil é apresentada na Tabela 1. A cadeia produtiva de saúde suplementar se estabelece a partir da prestação de atendimentos aos beneficiários de planos de saúde, que pagam suas mensalidades para as operadoras de planos de saúde (ou as têm pagas por seus empregadores, como benefícios contratuais).

As operadoras de planos de saúde, por sua vez, são responsáveis pelo pagamento dos prestadores de serviços devido aos atendimentos realizados aos seus beneficiários. O recurso pago é responsável pela cobertura de margens, honorários médicos e técnicos, e custos operacionais e de material, incluindo insumos, materiais e medicamentos, os quais foram disponibilizados pelos fornecedores aos prestadores de serviços (Hospitais, Consultórios, Clínicas e laboratórios). (IESS, 2013). A Figura 1 representa, de forma simplificada, essa cadeia produtiva de bens e serviços.

Tabela 1 – Quantidade total de hospitais, operadoras de planos de saúde e beneficiários ativos no Brasil

Hospitais	Operadoras	Beneficiários
6.742	782	47.898.787

Fonte: ANS; CNES (2017)

Figura 1 - Cadeia Produtiva de Bens e Serviços da Saúde Suplementar



Fonte: IESS (2013)

O sistema de saúde no Brasil como um todo (público e privado) movimenta valores financeiros elevados. As despesas com saúde no Brasil são expressivas e crescem a cada ano. Entre 2011 e 2015 a taxa de crescimento anual da despesa assistencial per capita foram superiores à taxa de crescimento anual do Produto Interno Bruto Brasileiro (PIB) per capita (considerando a inflação). A maior diferença entre as duas taxas ocorreu em 2015 e foi de 11,1 pontos percentuais. Em 2014, os gastos de todo o sistema atingiram cerca de R\$ 557 bilhões de reais, equivalente a 10,1% do PIB. (EUROMONITOR, 2014). Em 2016, houve uma pequena redução nos gastos, os quais atingiram 9% do PIB, porém estudos apontam que em 2030 os gastos em saúde poderão atingir 25% do PIB brasileiro. (ICOS, 2017).

Outro índice importante para o setor é a variação dos custos médico-hospitalares (VCMH), o qual foi de 20,40% para o período de dezembro de 2015 a

dezembro de 2016, ficando acima da variação da inflação geral (IPCA) que foi de 6,29% para o mesmo período. (IESS, 2017).

O crescimento anual dos índices inflacionários da saúde no Brasil tem preocupado os principais atores do setor. Na saúde suplementar, a ANS tem promovido encontros e seminários para reunir especialistas e gestores da área para discutir formas de encontrar alternativas para conter essa inflação. A ANS acredita que a sustentabilidade da saúde suplementar se apoia necessariamente em melhorar o processo de comunicação entre os atores da cadeia produtiva, na mudança dos modelos de prestação e remuneração de serviços. (ANS, 2017).

Segundo De Azevedo et al. (2016), a assimetria de informação existente nesta cadeia de serviços é outro fator que contribui para o aumento dos custos. Os beneficiários possuem informações sobre suas condições gerais de saúde, porém somente os médicos e os profissionais de área da saúde possuem condições de avaliar e prescrever de forma precisa exames e demais tratamentos necessários. Sendo assim, neste cenário, as operadoras de planos de saúde não conseguem identificar a possibilidade de um determinado beneficiário adoecer e nem mesmo avaliar se os procedimentos demandados pelos pacientes e/ou prescritos pelos médicos são efetivamente necessários.

Em adição, as relações entre os atores da cadeia de saúde suplementar são complexas, e possuem situações peculiares. Grande parte das decisões são realizadas por atores que não arcam com as despesas (por exemplo, a solicitação de um exame não gera impacto financeiro para os prestadores, e em muitos casos até os beneficia); parte dos pagamentos é realizado por serviço prestado, levando à necessidade de auditorias sobre a demanda excessiva de serviços e testes requeridos para os pacientes (ESCRIVAO JUNIOR, 2007).

Este cenário complexo gera por vezes situações que podem distorcer decisões e colaborar para o aumento dos custos da saúde suplementar. Segundo dados da UNIDAS (2016), o comportamento dos beneficiários das operadoras de planos de saúde se caracteriza por uma postura reativa, ou seja, estes beneficiários procuram por atendimento médico para resolver um problema e não para o evitar. Do total das internações hospitalares do ano de 2016, 21% foram associadas a causas evitáveis, o que poderia gerar uma economia de até R\$ 2 bilhões ao ano com os custos médicos hospitalares. As causas mais frequentes entre as internações potencialmente evitáveis são hipertensão, gastroenterites e complicações, doenças

cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, infecção no rim e trato urinário e diabetes. (UNIDAS, 2016).

Dentre os prestadores de serviços da cadeia produtiva de saúde suplementar, os hospitais se destacam por representar os maiores custos das operadoras de planos de saúde. Segundo o mapa assistencial da saúde suplementar da ANS (2016), os gastos com despesas hospitalares representaram 40,59% do total das despesas das operadoras de planos de saúde.

Os prestadores de serviços não são regulados pela ANS, porém são impactados de forma indireta pela regulamentação do setor, uma vez que estão fortemente ligados às operadoras de planos de saúde. Em 2016, os valores pagos pelas operadoras de planos de saúde alcançaram 93,30% do total da receita dos hospitais e clínicas particulares. (ANAHP, 2017). Por um lado, o prestador depende do volume de atendimentos provido pela operadora; por outro, a operadora depende da rede assistencial provida pelo prestador.

Um dos fatores que impactam nos custos e na forma de relacionamento entre os atores do serviço de saúde suplementar é o modelo de remuneração. Segundo dados da ANS (2017), na saúde suplementar o modelo de remuneração utilizado com maior frequência é o modelo de remuneração Pós-Pagamento *fee for service*. Entretanto existem outros modelos de remuneração, tais como o modelo de remuneração por Pré-Pagamento, Orçamento Global, Pós-Pagamento por Grupo de Diagnósticos Relacionados (DRG), entre outros. (ANS, 2017).

No modelo de pós-pagamento *fee for service*, denominado de conta aberta por unidade de serviço, cada item utilizado na internação do paciente é detalhado na conta hospitalar e conseqüentemente faturado pelos prestadores de serviços contra as operadoras de planos de saúde. (ANDREAZZI, 2003). Em oposição, na modalidade pré-pagamento, o pagamento é realizado através de um valor pré-acordado, independente da produção de serviços, com base em vários critérios, em geral populacional. Neste modelo, os prestadores recebem um valor fixo por mês, por paciente coberto, o qual remunera todos os serviços de saúde ao longo de um período. (ANDREAZZI, 2003).

O modelo por orçamento global consiste em repasses periódicos de um montante de recursos por meio de uma programação orçamentária. De maneira geral, consiste em separar o investimento, da manutenção ou custeio da unidade de saúde. A versão conservadora do método, mais utilizada no Brasil, consiste em uma

proposta, em geral elaborada pela unidade prestadora, baseada em um gasto efetuado em período anterior, acrescido de uma taxa de inflação, de previsão de investimentos, de previsão de um aumento da demanda. Caso a programação se revele abaixo do real, o financiador pode ou não suplementar o orçamento. As versões modernas do método procuram elaborar a programação orçamentária com base em objetivos, metas e custos reais e comprometer os repasses efetivos com o cumprimento dessas metas, que tanto podem ser relativas a produtividade quanto a qualidade. (ANDREAZZI, 2003). Dadas as suas características, este modelo não estimula distorções baseadas em preço ou quantidade de serviços, permite práticas apenas baseada em critérios técnicos. Permite o controle mais simples e a previsibilidade orçamentária.

Por fim, o DRG é um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais, criado no final da década de 1960 por uma equipe da universidade de Yale, nos Estados Unidos. O seu objetivo principal era permitir o monitoramento da qualidade da assistência e utilização dos serviços hospitalares. (ANS, 2017). No final da década de 1970 foi adaptado para servir de base de pagamento. O modelo de pós-pagamento por DRG constitui-se a partir de um método de comercialização de serviços e pacotes de materiais e medicamentos hospitalares que toma como base as informações coletadas dos pacientes, por meio de perfis epidemiológicos e de evolução de tratamento. Neste modelo a remuneração é realizada pelo desempenho e pelo alcance dos objetivos de produção e qualidade. (ANS, 2017).

Diferenças de intensidades de controle são acarretadas pelo modelo de pagamento utilizado entre os atores da cadeia de serviços de saúde. Por exemplo, o modelo de pré-pagamento exige atenção das operadoras de planos de saúde em relação à qualidade e efetividade da resolução dos problemas de seus beneficiários, uma vez que os prestadores de serviços serão remunerados de forma pré-acordada e investirão esforços para reduzir suas despesas. O modelo de remuneração pós-pagamento *fee for service* exige atenção das operadoras de planos de saúde em relação aos procedimentos realizados pelos prestadores de serviços, uma vez que estes serão remunerados por todos os procedimentos realizados, ou seja, quanto maior for a sua produtividade, maior será a sua remuneração. O DRG exige atenção de ambos, do prestador em buscar eficiência, da operadora, em aceitar compartilhar informações sobre os dados que compõem os DRG com os prestadores.

Entretanto, independente do modelo de remuneração utilizado entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviço, se faz necessário a troca de um conjunto de informações em tempo hábil para que ambas as partes possam realizar suas auditorias para aprovarem e ou reprovarem as contas médicas geradas pelos atendimentos realizados pelos prestadores de serviços aos beneficiários dos planos de saúde.

No modelo *fee for service*, o processo de faturamento envolve os profissionais de saúde contratados pelo hospital para analisar e revisar as informações existentes de cada internação para posterior envio às operadoras de planos de saúde. A ANAHP (2017), estima que os hospitais e ela associados levam em média 66,5 dias para enviar os dados das contas hospitalares aos planos de saúde, podendo até levar meses dependendo do caso.

Entretanto, os planos de saúde também possuem equipes para revisar as contas médicas geradas pelos prestadores de serviço e, discutir valores e quantidades cobradas. (ANS, 2017). Como consequência dos processos de faturamento das operadoras de planos de saúde e dos hospitais, um *overhead* é criado sobre o processo de relacionamento, demandando a existência de equipes de profissionais capacitados a analisar os aspectos técnico-assistenciais e os aspectos de custos envolvidos em cada conta, resultando em glosas (cancelamento ou recusa, total ou parcial, por parte das operadoras, de uma conta apresentada por um prestador de serviços), rodadas de negociação para discutir aspectos de contas específicas, e, por consequência, *lead times* de processamento de contas aumentados, impactando o faturamento destes atores.

Com o objetivo de automatizar e padronizar a troca de informação entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviço visando assim diminuir o problema de assimetria de informação entre estes atores a ANS lançou a RN 153 em maio de 2007, a qual estabelecia o padrão de Troca de Informação na Saúde Suplementar (TISS).

Para o desenvolvimento do padrão TISS foram analisados padrões internacionais de sistema de troca de informação eletrônica em saúde, tais como o padrão HL7 (*Health Level 7*). O HL7 é um padrão para troca de informação eletrônica em saúde, desenvolvida pela *Health Level Seven*, uma organização sem fins lucrativos, composta por voluntários, e fundada em 1987 para este objetivo. (HL7, 2017). O padrão TISS contemplou todas as interações existentes entre as operadoras

de planos de saúde e os prestadores de serviços, as quais são realizadas através de guias específicas para registrar os atendimentos realizados aos pacientes.

Operacionalmente, a RN 153 contemplou as seguintes mensagens de troca de informação: solicitação de elegibilidade do paciente; solicitação de autorização para realização de procedimentos; envio de lotes de guias; envio de lotes de guias para revisão de glosas; solicitação de demonstrativo de pagamento; solicitação de status de protocolo; cancelamento de guia; confirmação de elegibilidade; protocolo de recebimento; autorização de procedimentos; e status do protocolo.

A implantação do padrão TISS também permitiu à ANS receber dados estruturados de todas as operadoras de planos de saúde do país e assim, regular melhor o setor. Este padrão foi adotado pelo setor e obteve sucesso por dar início ao processo de troca de informação por meio eletrônico entre os prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde.

Entretanto, apesar de o padrão TISS ter iniciado o processo de troca eletrônica de informações entre os hospitais e as operadoras de planos de saúde, ele não conseguiu eliminar a utilização das guias em papel, pois ambos os atores ainda se apoiam fortemente em documentos em papel para realizar os seus processos de faturamento e auditoria de contas hospitalares. O padrão TISS também não conseguiu obter sucesso em aproximar os hospitais e as operadoras de planos de saúde: atualmente o processo de troca eletrônica de informações acontece apenas em momentos isolados, sendo eles, o processo de elegibilidade do paciente e o faturamento das contas hospitalares.

Portanto, há falta de um modelo informacional que possibilite, em tempo hábil: (i) dar suporte ao processo de faturamento; (ii) reduzir a assimetria de informação entre hospitais e operadoras de planos de saúde, causadora de *overheads* nos custos dos serviços realizados por ambos os atores; e (iii) facilitar o monitoramento da troca de informações de faturamento entre hospitais e operadoras. O termo modelo refere-se a uma simplificação de um sistema que possui maior complexidade, mas que ainda assim reproduz essencialmente o comportamento desse sistema (VACCARO et al., 2016). Assim, um modelo informacional enfoca as informações que serão processadas entre os atores, sua temporalidade e escopo, bem como a eficiência desse processo.

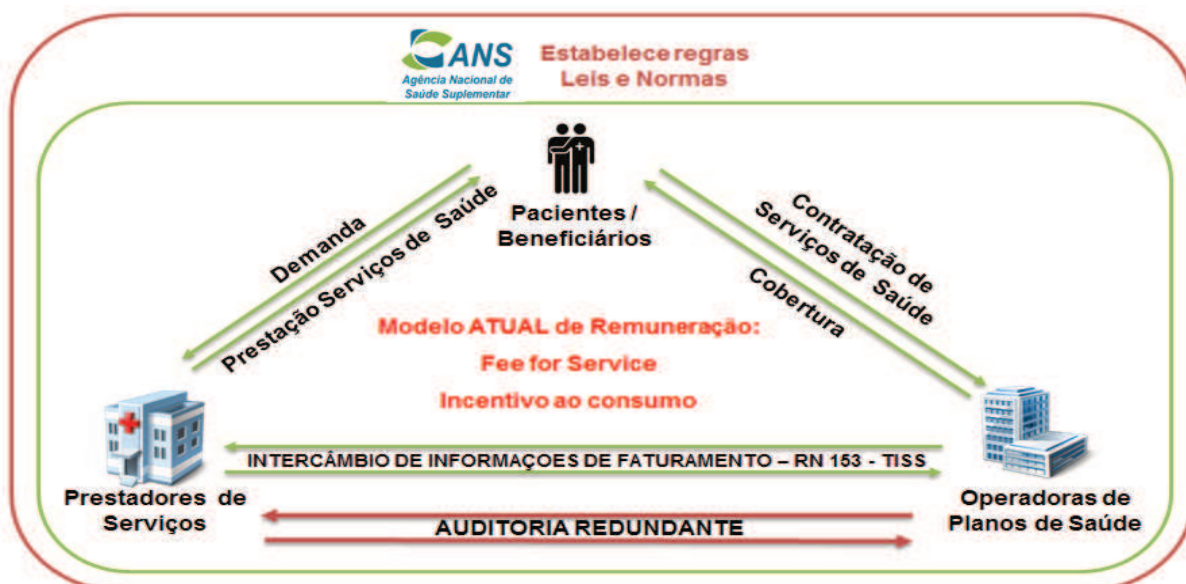
O padrão TISS estabelece o conjunto de dados necessários para que ambos os atores realizem os seus processos de auditoria e faturamento, porém não

determina o tempo em que esta informação deve ser trocada em os atores. A falta de um modelo informacional, que ocorra em tempo hábil para auxiliar e suportar o processo de faturamento impacta na realização de ações por diversos colaboradores de forma dessincronizada, e muitas vezes através de análise de papeis, por ambos os atores. É nesse contexto profissional que se insere este trabalho de pesquisa aplicada.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Como apresentado na seção anterior, o contexto da saúde no Brasil é caracterizado por diversos aspectos, como problemas de assimetria de informação entre os atores da cadeia produtiva, um modelo de remuneração que incentiva os gastos com a realização de procedimentos médicos pelos prestadores de serviços e a existência de uma fonte patrocinadora dos gastos realizados pelos beneficiários nos prestadores de serviços, denominadas de operadoras de planos de saúde. A Figura 2 representa, de forma simplificada, esse contexto.

Figura 2 – Contexto do Problema de Pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor.

O setor da saúde suplementar tem apresentado fatos relevantes a seus atores: o índice de inflação do setor da saúde cresce a cada ano; e estudos do IESS (2016), indicam que entre 12% a 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos. Esses fatos têm colaborado para os prestadores de serviços e as operadoras de

planos de saúde focar suas atenções nos processos de auditoria e controle, gerando assim *overheads* econômicos sobre o sistema de produção. Seja por razões intencionais, por ineficiências ou por fragilidade de gestão, a necessidade de verificar as contas de pacientes recai nesse problema.

No entanto, ainda que, do ponto de vista de gestão de operações, essa seja uma atividade sem agregação de valor, dada a dependência financeira e a pressão competitiva por redução de margens, o processo de faturamento de contas hospitalares, é visto pelos hospitais e pelas operadoras de planos de saúde como um processo crítico e muito importante. (GRABAN 2012). E uma característica desse processo é o intercâmbio exclusivo de informação, quer por mídias físicas ou eletrônicas.

Para Davenport e Prusak (1998), informação é definida por suas características e relativamente os dados contidos nela, ou seja, a informação a ser processada deve ter um contexto e uma relevância ou utilidade. Um modelo informacional deve, portanto, ser composto de informações relevantes e úteis para representar uma realidade, suportando uma tomada de decisão. No contexto de gestão de contas de pacientes, isso vai ao encontro do modelo informacional proposto pelo padrão TISS. Entretanto, apesar do modelo informacional da TISS ter por diretriz a interoperabilidade entre sistemas de informação em saúde, ele não contempla componentes para tratamento de regras e exceções, as quais devem ser aplicadas durante o processo de atendimento e tratamento de um paciente, fazendo assim os atores do setor o utilizarem de forma estática e não dinâmica.

Uma alternativa para sustentar este processo dinâmico e aproximar hospitais e operadoras de planos de saúde durante as etapas de geração de informação da conta é a utilização do conceito de Intercâmbio Eletrônico de Dados (*Electronic Data Interchange* – EDI). Este conceito reduz o fluxo de papeis e tempo do ciclo das transações comerciais, através da troca eletrônica de documentos, utilizando um padrão acordado entre os atores. (LADEROZA, 1992). Apesar de não ser um conceito recente, sua utilização no contexto estudado ainda não mostra evidências significativas.

No âmbito desta problematização e com o objetivo de buscar um melhor entendimento do processo de prestação de contas entre hospitais e operadoras de planos de saúde foi realizada uma pesquisa de campo exploratória não estruturada com dois gestores de dois grandes hospitais e dois gestores de duas grandes

operadoras de planos de saúde do estado do Rio Grande do Sul (o perfil dos gestores participantes é apresentado no Apêndice A, juntamente com outros sujeitos participantes da coleta de informações ao longo do método de pesquisa desenvolvido). Durante o processo de realização dessas entrevistas, foi realizada a mesma pergunta inicial a todos os gestores entrevistados: Na sua visão, qual o principal problema que existente na relação entre Operadoras de planos de saúde e Hospitais? As respostas foram semelhantes: o processo de faturamento hospitalar foi considerado o principal problema.

Na visão dos entrevistados, em alguns casos os processos de auditoria de conferência e controle ocorrem de forma redundante: tanto os hospitais quanto as operadoras de planos de saúde executam auditoria nos mesmos processos e nas mesmas informações, pois ambos estão preocupados com valores financeiros envolvidos nas internações hospitalares. E os processos de auditoria e controle não agregam valor aos serviços disponibilizados aos pacientes, pelo contrário ajudam a aumentar os custos dos serviços de saúde. É comum os auditores dos hospitais e das operadoras de planos de saúde negociar por horas se um determinado item de baixo custo deverá ser glosado ou não, bem como esta situação se repetir em vários meses.

Os entrevistados também citaram que a falta de confiança de ambas as partes neste processo ajuda a aumentar os custos do processo e tornar o mesmo um processo lento. Na visão dos entrevistados, as operadoras de plano de saúde não confiam nos hospitais e acreditam que aquelas organizações estão sempre procurando mecanismos para realizar cobranças extras aos itens que realmente foram utilizados no atendimento do paciente. E, da mesma forma, os hospitais não confiam nas operadoras, pois acreditam que essas organizações ficam procurando mecanismos nos contratos estabelecidos entre as partes para postergar ao máximo o pagamento das contas hospitalares e, até mesmo, deixar de realizar pagamentos devidos. Portanto ambos atores aumentam a atenção dada ao processo de auditoria de contas. Logo, as entrevistas reforçaram os itens citados anteriormente.

Neste sentido, o presente estudo busca explorar a seguinte questão norteadora: **Como aumentar a eficiência do processo de prestação de contas no relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde?**

Pelos motivos e argumentos previamente descritos, o método escolhido para esta pesquisa é o *Design Research*, de característica prescritiva, seu dinamismo permite que os resultados das análises durante o processo retroalimentem o

conhecimento sobre um problema, facilitando a consolidação de um artefato, que neste projeto será o modelo informacional proposto. O *Design Research* também permite a verificação de sua efetividade nas aplicações de campo. (MANSON, 2006). A questão norteadora é observada, neste trabalho, sob a perspectiva das operadoras de planos de saúde e dos prestadores de serviços de saúde.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Propor um modelo informacional que dê suporte ao processo de faturamento e de prestação de contas dos serviços realizados pelos hospitais para os beneficiários das operadoras de planos de saúde, o qual permita o controle dos dados em tempo hábil, baseado em Intercâmbio Eletrônico de Dados.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar a influência dos modelos de remuneração na relação entre hospitais e operadoras de planos de saúde;
- b) Analisar o cenário atual do processo de geração e faturamento de contas entre os hospitais e operadoras de planos de saúde, identificando as informações, regras, parâmetros e a periodicidade necessária para implementar o modelo informacional proposto;
- c) Analisar potenciais impactos que o modelo informacional proposto gerará no processo de faturamento, na visão de hospitais e operadoras de planos de saúde.

1.3 DELIMITAÇÃO

A pesquisa aborda a interação de troca de informações do processo de faturamento e prestação de contas dos atores: hospitais e operadora de planos de saúde no segmento de saúde suplementar. A pesquisa não aborda a interação do ator paciente, o sistema único de saúde e as operadoras de planos de saúde inserida nas

modalidades de planos de saúde odontológicos, administradoras de benefícios e filantropias.

A opção pelo padrão TISS deve-se ao fato do mesmo ter sido desenvolvido desde a sua origem com o propósito de melhorar o fluxo de troca de informação entre os atores do mercado da área da saúde, permitindo assim um melhor controle dos serviços de saúde e também um melhor processamento dos dados assistenciais e financeiros dos pacientes. Outro fator que motivou a escolha do padrão TISS é o fato do mesmo ser uma imposição da ANS para todas as operadoras de planos de saúde. Cabe salientar também que este padrão é de conhecimento de todos os hospitais que interagem com pelo menos uma operadora de plano de saúde.

Ainda, o estudo não contempla em seu escopo a implantação efetiva do modelo informacional proposto. Ainda que estudos aplicados sejam apresentados para evidenciar os benefícios e dificuldades de uso do modelo informacional proposto, a implementação efetiva de um sistema de informação baseado neste modelo requer esforços e tempo que superam o tempo de realização de uma pesquisa de mestrado.

1.4 JUSTIFICATIVA

Conforme apresentado anteriormente, o custo da saúde no Brasil vem aumentando de forma significativa: os índices de inflação do setor superam os índices da inflação geral do país por mais de três anos, incentivados pela forte regulação do setor imposta pela ANS e os modelos atuais de remuneração das despesas médico hospitalares. (IESS, 2017). O contexto da saúde suplementar apresenta ineficiências e desalinhamentos, proporcionando espaço para diversas mudanças, principalmente nos processos de relacionamento entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares. Neste contexto, se faz necessário melhorar os processos de: troca de informação entre os atores para reduzir o tempo de processamento do faturamento das contas hospitalares, da redução da quantidade de colaboradores envolvidos nos processos e da redução dos riscos e custos envolvidos no processo atual de faturamento e prestação de contas hospitalares.

Os atores do setor precisam adaptar-se planejadamente a esse novo ambiente ou todos enfrentaram grandes impactos financeiros (ANS, 2016). Esse cenário motiva a realização de uma pesquisa acadêmica voltada para a análise dos aspectos

gerenciais e de modelo de negócio envolvidos, visando ao desenvolvimento de uma proposta de aproximação destes atores.

Propor um modelo informacional de suporte ao processo de faturamento e prestação de contas hospitalares através da troca eletrônica de dados é uma via suportada tecnicamente pela existência de plataformas e suporte tecnológico, mas ainda pouco difundida no contexto de saúde suplementar brasileiro. Por meio dessa via, espera-se estabelecer critérios e métodos para que ambas as partes consigam reduzir riscos e por consequência os custos desta operação e eliminar retrabalhos e despesas administrativas (que colaboram para o aumento do custo da saúde do país sem agregar valor aos atores envolvidos no processo).

Da perspectiva de um mestrado profissional em Administração, a pesquisa trata de um tema que afeta um setor crítico à população, enfocando a relação entre atores de uma cadeia de produção de serviços, aspectos da administração da tecnologia de informação, e aspectos de gestão do negócio de produção de saúde em si. Permite ao pesquisador associar o seu conhecimento aplicado na área de tecnologia da informação e gestão de planos de saúde ao tema proposto, bem como gerar aprendizado sobre métodos e técnicas para modelar e analisar o problema proposto, melhorando, assim, também seu conhecimento e sua prática. Fornece, ainda, ao setor, subsídios para outras análises e discussões sobre temas correlatos.

1.5 ESTRUTURA DO TEXTO

Esta pesquisa está estruturada em seis capítulos, incluindo o capítulo de Introdução, que ora finaliza. O próximo capítulo apresenta a fundamentação da pesquisa, discorrendo sobre o contexto de saúde no Brasil, o relacionamento entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares, modelos de remuneração em saúde, e aspectos de intercâmbio eletrônico de dados em saúde.

O capítulo três apresenta os aspectos metodológicos e de condução da pesquisa. O quarto capítulo apresenta a análise dos resultados: especificações das categorias previamente identificadas como relevantes com base no referencial teórico e das informações que emergiram a partir da análise de conteúdo das entrevistas, do processo de observação e da análise documental.

O quinto capítulo apresenta o modelo informacional proposto de suporte ao processo de faturamento e de prestação de contas dos serviços realizados pelos

hospitais, contemplando papéis e responsabilidades dos atores envolvidos, fatores ambientais necessários para implantar o modelo, aspectos negociais, critérios e exceções e aspectos de infraestrutura. Por fim, o sexto capítulo concluí esta pesquisa, apresentando considerações relevantes sobre o tema e o contexto estudado.

2 FUNDAMENTAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo fundamentou-se em três temas: (i) o contexto de saúde no Brasil; (ii) o relacionamento entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços; e (iii) o processo de troca eletrônica de dados entre estes atores. Esses temas são apresentados e detalhados, na extensão das referências identificadas, a seguir.

2.1 O CONTEXTO DE SAÚDE NO BRASIL

O atual sistema de saúde no Brasil está sedimentado na Constituição Federal de 1988, a qual define que saúde é um direito de todos e dever do estado. Cabe ao estado cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas.

O sistema de saúde pode ser dividido em dois subsistemas: o público e o privado. (BRASIL, 2007). O subsistema privado é dividido em dois subsetores: o subsetor saúde suplementar e o subsetor liberal clássico. O subsistema liberal clássico contempla os serviços particulares autônomos, os quais possuem clientela própria, obtida por processos informais no qual os prestadores de serviços da saúde definem diretamente as condições de tratamento e de sua remuneração. (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

O setor de planos de saúde é definido como suplementar, no Brasil, devido à opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público. (BAHIA, 2002). Dessa forma, o empregado optante pelo serviço suplementar continua tendo a cobertura do SUS.

A saúde suplementar possui serviços que são financiados pelas operadoras de planos de saúde e seguros saúde, seu financiamento e a sua gestão são privadas e reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os prestadores de serviços médicos assistências são privados, credenciados pelas operadoras de planos de saúde, podendo ser serviços próprios das operadoras, ou conveniados através da celebração de um contrato. (BRASIL, 2007).

O produto plano/seguro de saúde no Brasil começou a ser inserido no mercado na década de 60, quando as deficiências do setor público começaram a ficar evidentes

para a população. Em 1964, a Previdência Social começou a financiar assistência médica para as empresas, portanto, a partir deste momento as empresas passaram a ter a responsabilidade de prestar assistência médica para os seus funcionários e, em contrapartida ganharam dispensa de ter que contribuir ao sistema nacional de assistência médica. Esta prática evoluiu através de dois caminhos, da prestação de serviços médicos e da subcontratação de grupos de médicos autorizados, fato este que incentivou a expansão da medicina de grupo até o final da década de 1970, quando estes convênios deixaram de ser homologados. (MACERA; SAINTIVE, 2004).

A assistência suplementar começou a crescer no final da década de 1980 e início dos anos 90, principalmente, pela universalidade proposta pelo SUS, que levou à expansão da clientela do sistema público e à redução da oferta de serviços públicos de boa qualidade. Além disso, a falta de financiamento da saúde pública tornou o segmento atrativo para grupos de investidores privados. (ALVEZ; BAHIA; BARROSO, 2009).

A partir do crescimento do mercado da saúde suplementar, as relações contratuais acordadas entre os seus principais atores: paciente, operadora e prestadores, começaram a apresentar problemas, fáceis de serem identificados, como por exemplo, falhas na cobertura e exclusão de procedimentos, exigências indevidas para admissão de paciente, irregularidades na aplicação de prazos de carência, descumprimento de normas de atendimentos de emergência, falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas, erros nas condições de validade e rescisão de contrato, dentre outros. (MACERA; SAINTIVE, 2004).

Com o surgimento de conflitos entre os atores do setor, o mercado da saúde suplementar começou a tornar-se complexo, fato este que foi possível de se identificar através das quantidades de organizações públicas e privadas que foram criadas para tentar resolver os problemas existentes e redistribuir as forças entre os seus atores. (VILARINHO, 2004). As reclamações dos consumidores de planos e seguros privados de saúde se tornaram frequentes e passaram a refletir no Poder Judiciário, problemática esta que incentivou a necessidade de regulação do setor e o surgimento da Agência Nacional da Saúde Suplementar. (ALVEZ; BAHIA; BARROSO, 2009).

2.1.1 A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

No Glossário Temático da Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (2009, p.19) a definição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) conta como:

Autarquia, sob regime especial (autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes), que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. Vinculada ao Ministério da Saúde, tem como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A regulação do setor da saúde suplementar no Brasil iniciou em 1999, quando entrou em vigor a lei 9656/98, que dispõe sobre os planos de saúde e no ano seguinte quando foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela lei 9.961/2000.

A ANS é uma autarquia, responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar a saúde. O Quadro 1 apresenta algumas legislações que regulamentam a ANS.

Quadro 1 – Algumas Legislações que Regulamentam a ANS

Lei	Descrição
Lei nº 9.656, de 1998	Marco inicial da regulamentação do setor privado de planos de saúde.
Lei nº 9.961, de 2000	Estabeleceu a criação da ANS e definiu as suas responsabilidades, estrutura, atribuições, receita e a vinculação ao Ministério da Saúde.
Decreto nº 3.327, de 2000	Realizou a aprovação do Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e outras providências.
Lei nº 10.185, de 2001	Dispôs sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.
Lei nº 13.003, de 2014	Estabeleceu obrigatoriedade da existência de contratos escritos entre operadoras de planos de saúde e seus prestadores de serviços.

Fonte: ANS (2017)

O processo de atualização da regulamentação do setor e criação de novas regras é realizado pela ANS através das resoluções normativas (RN), como por exemplo: a RN 153, a qual instituiu a Troca de Informação da Saúde Suplementar

(TISS) e a RN 211, a qual trata do rol de procedimentos e coberturas básicas que os planos de saúde devem ofertar a seus beneficiários.

2.1.2 As Operadoras de Planos de Saúde

As organizações privadas de acesso à saúde tiveram a sua origem no Brasil a partir da lei Eloy Chaves, promulgada em 1923, a qual instituía a base do sistema previdenciário brasileiro, por meio da criação das caixas de Aposentadorias e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias. (PREVIDENCIA SOCIAL, 2017). Estas caixas foram criadas para fins previdenciários, porém elas também financiavam serviços médicos hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes. (ANS, 2017). Apesar deste marco histórico não ser apontado como a origem das empresas de planos de saúde, é difícil não associar as características destas caixas de pensão com as atuais empresas de planos de saúde, fato este que fica mais evidente quando considerado que em 1944, o banco do Brasil constituía a sua caixa de assistência de aposentadoria e pensão, a CASSI, a qual é o plano de saúde mais antigo em operação do país. (ANS, 2017).

De fato, a percepção sobre as oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde começou na década de 1930, fortalecendo-se ao final dos anos 1950, quando o país começou a se industrializar e as instituições privadas consolidaram-se como as principais prestadoras de serviços hospitalares a uma nascente classe média. O Estado, por sua vez, iniciou programas voltados à centralização das ações de saúde, na busca de uma assistência indiferenciada à população, visando minimizar os deletérios efeitos sociais de uma estratificação econômica no campo da assistência à saúde. Desde então, a par do desenvolvimento econômico, o segmento privado de assistência à saúde tem integrado médicos, ambulatórios, hospitais, serviços diagnóstico-terapêuticos, laboratórios e fornecedores de insumos. (VILARINHO, 2004).

Os primeiros planos comerciais, com clientela aberta, também surgiram como planos empresariais através da modalidade de medicina de grupo no ABC Paulista na década de 1950. (ANS, 2017). As deficiências da saúde pública da época preocupavam as indústrias multinacionais que se instalavam na região, fato este que as motivavam a buscar outros meios para propiciar atendimento médico de qualidade

a seus empregados. Estas organizações incentivaram médicos a formar empresas de medicina de grupo, com diferentes planos de saúde. (PEREIRA FILHO, 1999).

O conceito evoluiu e prosperou em todo o país e, em 2017, planos de saúde feitos pelas empresas de medicina de grupo assistiam a cerca de 17 milhões de brasileiros. (ANS, 2017). Além da modalidade de medicina de grupo, existem também no setor de planos de saúde as seguintes modalidades: administradoras de benefícios, autogestão, cooperativas médicas, filantropia e seguro saúde, conforme as definições do Quadro 2.

Quadro 2 - Modalidades de Planos de Saúde

Modalidade de plano de saúde	Descrição
Administradora de benefícios	São empresas que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletiva. Não possui uma rede de serviços credenciados, portanto não troca informações com prestadores de serviços médicos.
Autogestão	São entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos.
Cooperativas médicas	São aquelas operadoras que se constituem na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos ou odontólogos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde.
Filantropias	São entidades hospitalares sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e que tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, bem como da declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente. Não possui uma rede de serviços credenciados, portanto não troca informações com prestadores de serviços médicos.
Medicina de grupo	São aquelas operadoras que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades administradora, cooperativa, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde.
Seguradoras	São empresas constituídas em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro.

Fonte: DEE-CADE (2015)

As operadoras de planos de saúde inseridas nas modalidades de administradoras de benefícios e de filantropia, não possuem rede de serviços credenciados, portanto não trocam informações com prestadores de serviços médicos, fato este pelo qual não foram abordadas nesta pesquisa.

2.1.3 Os Prestadores de Serviço da Saúde Suplementar

Os prestadores de serviços médicos são os responsáveis por realizar a entrega dos serviços contratados pelos beneficiários através das operadoras de planos de saúde. Os principais prestadores de serviços médicos são os hospitais, os médicos, as clínicas e laboratórios de exames e imagem. (IESS, 2017). Os hospitais se destacam entre os prestadores de serviços médicos, pois é nestes locais que ocorrem os atendimentos de maior complexidade e por consequência os de maiores custos para as operadoras de planos de saúde.

Segundo a ANAHP (2017), no ano de 2016, 93,30% do faturamento dos hospitais são oriundos das operadoras de planos de saúde e que 19,40% do total de suas receitas são compostas por valores de diárias e taxas. A Tabela 2 apresenta a distribuição das receitas dos hospitais por tipo de natureza.

Tabela 2 – Distribuição de receitas por natureza em 2016

Medicamentos	22,80%
Materiais	20,10%
Diárias e taxas	19,40%
Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT)	12,90%
Órtese Prótese e Materiais Especiais (OPME)	8,20%
Gases Medicinais	2,30%
Outras receitas de serviços	2,60%
Outras receitas operacionais	11,70%
Total	100,00%

Fonte: Adaptado de ANAHP (2017)

Observa-se, da Tabela 2, que os três itens de maior receita para hospitais somados representam 62,30%, o que por consequência faz desses itens, as maiores despesas das operadoras de planos de saúde com os hospitais. Essas rubricas de receita também são relacionadas diretamente ao processo de gestão da conta do paciente, podendo ser incluídas todas as demais rubricas da Tabela 2.

2.2 O RELACIONAMENTO ENTRE OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇOS

Segundo Cunha (2014), quando analisada a relação entre prestadores e operadoras de planos de saúde, busca-se analisar o maior objetivo dos beneficiários dos planos de saúde, que é ter a segurança de acesso aos serviços de saúde. As operadoras de planos de saúde disponibilizam acesso aos serviços médicos para seus beneficiários através de sua rede credenciada de prestadores de serviços.

Para gerenciar as redes de serviços credenciados, estas operadoras necessitam equalizar a oferta de prestadores de serviço conforme a demanda dos beneficiários, facilidade de acesso ao local do prestador, desenvolver indicadores de qualidade assistencial para os profissionais ou os serviços, qualidade tecnológica e de satisfação de usuários, quantidade, densidade, concentração da clientela, distribuição geográfica dos serviços, multiplicidade, seletividade, volume e preço. (ESCRIVAO JUNIOR, 2007).

As operadoras de planos de saúde contratam os prestadores de serviços celebrando acordos para realizar a remuneração dos serviços médico hospitalares executados por tabelas de honorários e procedimentos médicos. Os hospitais costumam ter suas próprias tabelas, com valores de diárias hospitalares e outras taxas conforme sua hotelaria e a complexidade de recursos (salas cirúrgicas, terapias e outros). Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES (2017), o Brasil possui 6.742 hospitais, distribuídos pelo país.

Em 2014, entrou em vigor a lei 13.003, a qual tornou obrigatória a celebração de contratos entre operadoras de planos de saúde e hospitais. Através destes contratos é possível identificar quais os procedimentos médicos que serão disponibilizados pelos prestadores de serviços médicos hospitalares. (ANS, 2014). Através dos contratos firmados com hospitais, as operadoras de planos de saúde contratam procedimentos médicos, estabelecem os valores a serem pagos por procedimento, materiais e medicamentos, bem como também estabelecem o modelo de remuneração que será utilizado pelos serviços.

As empresas de planos de saúde são responsáveis por financiar o acesso aos serviços médicos privados a aproximadamente 47.000.000 de beneficiários conforme

dados da ANS (2017), o que representa aproximadamente 25% do total da população brasileira conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE) de 2017. E, como já informado, na saúde suplementar do Brasil, as operadoras de planos de saúde e os hospitais possuem uma forte interdependência, chegando as empresas de planos de saúde a serem responsáveis por 93,30% do total da receita dos hospitais e clínicas particulares em 2016. (ANAHP, 2017).

A relação entre hospitais particulares e as operadoras de planos de saúde é, entretanto, cercada de conflitos. De um lado, têm-se as operadoras dos planos de saúde, buscando cada vez mais enxugar suas despesas, delimitando o máximo quais procedimentos irá prestar cobertura, sob a alegação de que, após a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000, tiveram que ampliar suas coberturas, para se adequarem às normas de contribuição de encargos tributários, passaram a ter controle sobre o reajuste das mensalidades e, por estes motivos, criaram os serviços de auditoria.

O processo de pagamentos é um fator de desequilíbrio na relação entre operadoras e prestadores. Com o crescente aumento dos custos assistenciais, modelos de remuneração têm sido trazidos e utilizados no Brasil, com o intuito de contenção das demandas por recursos em saúde. (ESCRIVAO JUNIOR, 2007).

No relacionamento entre prestadores de serviços médicos e operadoras de planos de saúde o modelo de remuneração predominante é o *fee for service*, o qual remunera os prestadores por serviço realizado, criando assim incentivos para a sobreutilização dos serviços e conseqüentemente aumento nos custos assistenciais. Neste modelo não existem garantias que a execução de procedimentos adicionais resulte efetivamente em uma melhor qualidade no atendimento aos beneficiários. (ANS, 2017).

As glosas são outro fator crítico da relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços. Trata-se do cancelamento ou recusa, total ou parcial, por parte das operadoras, de uma conta apresentada por um Prestador de Serviços. Após a regulação do setor houve crescimento da inadimplência, dilatação dos prazos de pagamento e aumento dos índices de glosas, deixando os prestadores descobertos para fazerem frente aos seus compromissos. Muitos destes são obrigados a recorrer ao sistema bancário, arcando com um significativo custo financeiro. (SILVA, 2003).

O processo de auditoria realizado pelos planos de saúde nas contas hospitalares envolve um sistema complexo, o qual é composto por um grande volume de regras e com critérios questionáveis pelos hospitais. No processo de auditoria são questionados e, por vezes, até determinados quais os procedimentos que podem ou não ser realizados pelo beneficiário de acordo com a doença apresentada. Para alguns procedimentos, é necessário que se solicite autorização sendo realizados, somente, se houver a liberação por parte do convênio.

Os hospitais e seus profissionais vivem essa relação conflituosa com as operadoras, de forma que, por vezes, é necessário um embate entre eles para se decidir a respeito da assistência que será dada ao cliente e, este último, por sua vez, desconhece que, eventualmente, poderá ser discriminado em seus cuidados por conta do plano de saúde que possui. (CAMELO et al., 2006).

2.2.1 Os Modelos de Remuneração em Saúde

Como mencionado na seção anterior, os modelos de remuneração são uma fonte de conflitos e geração de ônus no processo de faturamento entre hospitais e planos de saúde. Nesse sentido, uma visão sobre os principais modelos praticados no país é apresentada. Segundo Andreazzi (2003), as estratégias de controle de gastos e custos utilizados pelo sistema público e privado de saúde estão sustentadas no modelo de remuneração dos profissionais da saúde, pois o consumo e a intensidade desses serviços passam diretamente pela indicação dos médicos.

Os modelos de remuneração da saúde permitem aos gestores incentivar ou reduzir os custos e a qualidade dos serviços médicos prestados aos pacientes, interferindo na estratégia e na tática de relacionamento entre os atores do setor. Os modelos de remuneração dividem-se em pós-pagamento, pré-pagamento, orçamento global, entre outros, como será apresentado a seguir.

2.2.1.1 Pós Pagamento - *fee for service*

No modelo de remuneração pós-pagamento *fee for service*, o pagamento é realizado após a realização do serviço médico, ou seja, ocorre por produção de serviço. Este modelo é o mais utilizado na relação entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços. (ANS, 2017). Neste modelo, as partes envolvidas

negociam uma tabela de preços por procedimentos, podendo estes preços variar entre os diferentes prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde. (HBR, 2016). O acordo das tabelas de remuneração por procedimentos é um mecanismo orientador para a oferta dos profissionais, a escolha da especialidade e os procedimentos adotados.

As tabelas de remuneração podem ser negociadas a partir de um determinado processo de produção (tempo gasto, auxiliares envolvidos, uso de procedimentos), que muda ao longo do tempo, sem acompanhamento por parte do financiador. Alternativamente, as tabelas de remuneração refletem uma negociação entre grupos profissionais de diferentes capacidades de pressão. Tais tabelas podem não refletir diferenças regionais de custos de mão-de-obra, aluguéis, importação de equipamentos etc., o que implica direcionar a oferta segundo seus preços, atraindo-a ou rechaçando-a. (ANDREAZZI, 2003).

A teoria dos incentivos menciona que o que está oculto nessa forma de remuneração é a superprodução de serviços, uma vez que os prestadores de serviços são estimulados a induzirem a estadia prolongada de internações e adoção de medicamentos e exames muitas vezes desnecessários, com preferencia aqueles mais avançados tecnologicamente e, portanto, mais caros. (MODELOS..., 2016).

Neste modelo de remuneração os hospitais não compartilham os riscos com as operadoras de planos de saúde, as quais necessitam investir em auditorias e outros sistemas de controle de utilização, como os processos de autorização prévia de procedimentos. Dentre os sistemas de controle, as estruturas de auditorias dos planos de saúde atuam desde a avaliação de solicitações de procedimentos até a identificação de distorções nas contas médico-hospitalares da rede de prestadores de serviços. (MODELOS..., 2016).

2.2.1.2 Pós Pagamento - DRG

O DRG é um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais, criado no final da década de 1960 por uma equipe da universidade de Yale, nos Estados Unidos. O DRG relaciona os tipos de pacientes atendidos pelo hospital com os recursos consumidos durante a internação, criando grupos de pacientes coerentes do ponto de vista clínico e similares homogêneos quanto ao consumo dos recursos

hospitalares. O seu objetivo principal era permitir o monitoramento da qualidade da assistência e utilização dos serviços hospitalares. (ANS, 2017).

No final da década de 1970, o DRG foi adaptado para servir de base de pagamento. Este modelo de pagamento constitui-se a partir de um método de comercialização de serviços e pacotes de procedimentos, materiais e medicamentos hospitalares que toma como base as informações coletadas dos pacientes, por meio de perfis epidemiológicos e de evolução de tratamento. Neste modelo, a remuneração é realizada pelo desempenho e pelo alcance dos objetivos de produção e qualidade. (ANS, 2017).

Por meio de uma classificação detalhada do produto hospitalar, é estabelecido um preço fixo por procedimentos ou diagnósticos, baseado em valores médios estatisticamente representativos. O incentivo, para o hospital, é manter o seu custo de tratamento do caso abaixo do preço estabelecido em tabela, seja aumentando a eficiência (utilizando melhor os recursos empregados no caso), seja, no limite, utilizando menos recursos do que seria adequado. A principal questão levantada é que os custos dos diagnósticos podem variar com uma série de fatores como idade do paciente, gravidade do caso, patologias associadas. (REUSCH, 2015).

2.2.1.3 Pré Pagamento (per capita)

No modelo de remuneração pré-pagamento, a remuneração por serviços é realizada através de um valor pré-acordado independente da produção, com base em vários critérios, em geral populacional. (TAKAHASHI, 2011). No modelo de pré-pagamento, os prestadores recebem um valor fixo por mês, por paciente coberto, o qual remunera todos os serviços de saúde ao longo de um período. O acordo de uma quantidade limite na lista de pacientes tem sido uma medida tomada para a preservação da qualidade dos atendimentos.

Outra medida dentro do contexto do modelo por pré-pagamento é o ajuste da remuneração em função do risco da população, para evitar a seleção de risco. Uma das dificuldades desse modo de remuneração é o pouco desenvolvimento de indicadores “positivos” da atenção à saúde, que meçam não a doença, como tradicionalmente fazem os indicadores de utilização, mas a sua ausência a manutenção da saúde, a doença e a complicação evitáveis etc. (ANDREAZZI, 2003).

2.2.1.4 Orçamento Global

No modelo de remuneração por orçamento global, os pagamentos ocorrem por os repasses periódicos de um montante de recursos por meio de uma programação orçamentária. Esta, em geral, separa o investimento (recursos novos) da manutenção ou custeio da unidade de saúde. A versão conservadora do método, mais utilizada no Brasil, consiste em uma proposta, em geral elaborada pela unidade prestadora, baseada em um gasto efetuado em período anterior, acrescido de uma taxa de inflação, de uma previsão de investimentos, de uma previsão de aumento de demanda etc.

Em casos que a programação fique abaixo do real, o financiador suplementa o orçamento, ou não, mediante pressões, ameaças de interrupção de serviços e outros. Dependendo da facilidade ou não da suplementação, há ou não um incentivo para o cumprimento do orçamento.

O modelo de remuneração por orçamento global é baseado em uma história prévia, não necessariamente representa a forma mais eficiente de prestar serviços. É dito conservador, porque tende a manter as coisas como estão sem incentivar a administração a estudar formas melhores de organização. Uma de suas principais virtudes deste modelo de pagamento é a previsibilidade de gastos. (ANDREAZZI, 2003).

2.2.2 Síntese dos modelos de remuneração em saúde

Uma síntese das características dos modelos de remuneração de serviços de saúde é apresentada no Quadro 3.

Quadro 3 – Síntese dos Modelos de Remuneração em Saúde

(continua)

Método de remuneração	Característica
Pós-pagamento por ato - <i>Fee for service</i>	Estimula a superprodução de serviços e o aumento das taxas de permanência hospitalar, exigindo sistemas de auditoria e controle.
Pós-pagamento por DRG	Relaciona os tipos de pacientes atendidos pelo hospital com os recursos consumidos durante a internação; Cria grupos de pacientes coerentes do ponto de vista clínico; Os custos dos diagnósticos podem variar com uma série de fatores como idade do paciente, gravidade do caso e patologias associadas.

(conclusão)

Método de remuneração	Característica
Pré-pagamento (<i>per capita</i>)	A remuneração dos serviços é realizada através de um valor pré-acordado; Os prestadores de serviço recebem um valor fixo por mês, por paciente coberto, o qual remunera todos os serviços de saúde ao longo de um período;
Orçamento global	Os pagamentos ocorrem por os repasses periódicos de um montante de recursos por meio de uma programação orçamentária

Fonte: Elaborado pelo autor.

Da análise dos conceitos apresentados, percebe-se uma oportunidade para a discussão sobre como mitigar os efeitos adversos da necessidade de controles em excesso, no relacionamento operadora-prestador. Isso, respeitando as restrições normativas e de configuração da cadeia de produção, em particular, o modelo de remuneração adotado entre as partes. Um agente que pode atuar como facilitador nesse contexto é o da tecnologia de informação, particularmente, o conceito de Intercâmbio Eletrônico de Dados (EDI), o qual será abordado na próxima seção deste referencial.

2.3 INTERCÂMBIO ELETRÔNICO DE DADOS EM SAÚDE

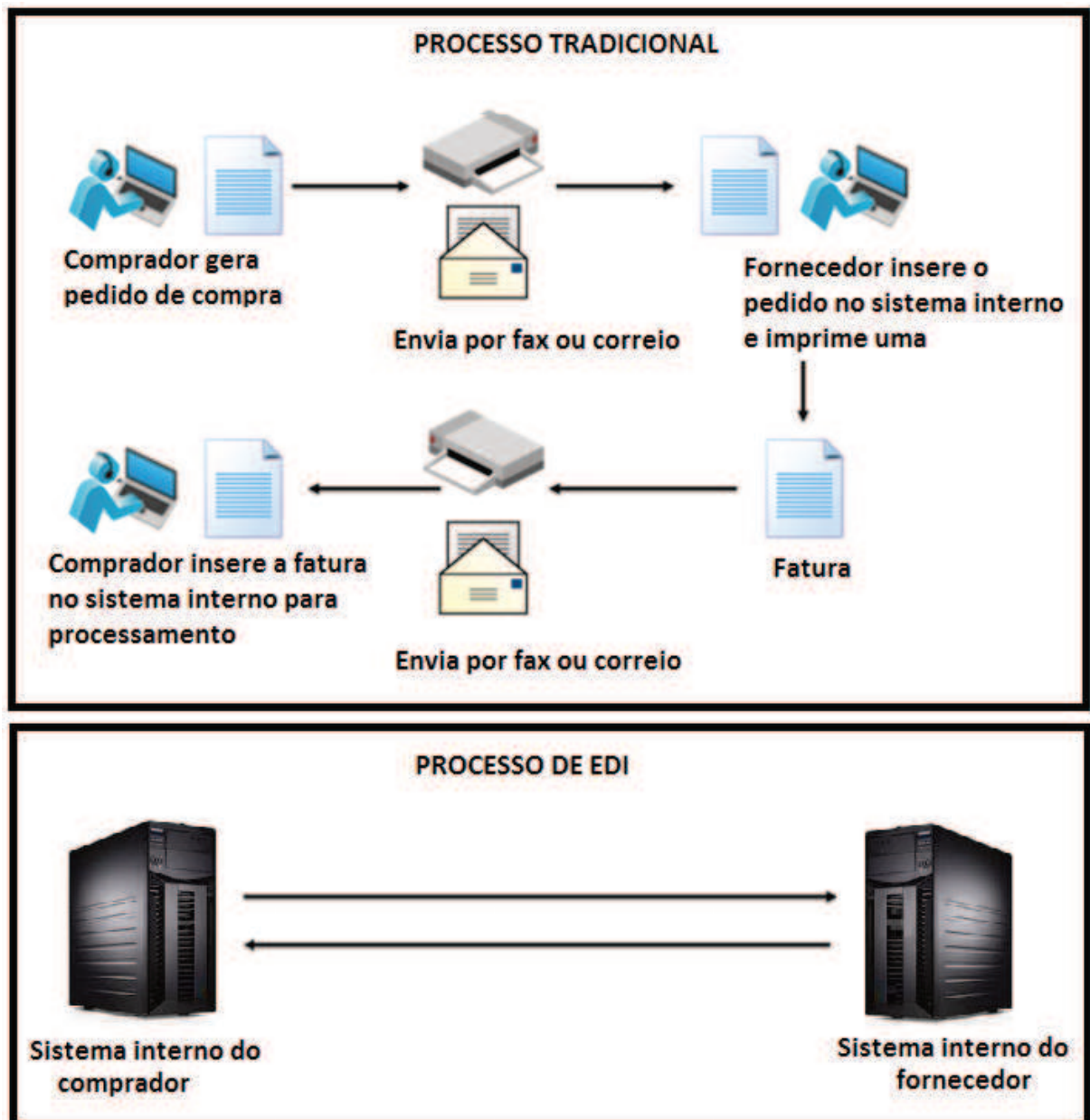
O Intercâmbio Eletrônico de Dados (*Electronic Data Interchange* - EDI é um conceito de tecnologia da informação para a troca de documentos comerciais por meio eletrônico, através de computadores de parceiros comerciais, usando-se formatos padrão acordados entre estes parceiros envolvidos no intercâmbio de informações. Segundo *United Nations Economic Commission for Europe* (UNECE, 2017), EDI é a transferência eletrônica, computador a computador, de transações comerciais e administrativas, usando um padrão acordado para a estruturação das transações ou dados de mensagem.

O padrão EDI foi desenvolvido para facilitar o intercâmbio de dados comerciais usando meios eletrônicos entre, por exemplo, produtores, fornecedores, distribuidores, transportadoras, bancos ou qualquer outro tipo de parceiros envolvidos num negócio.

O uso do EDI é motivado por diversas razões, dentre as principais destacam-se: a redução do fluxo de papeis, da entrada manual de dados, do tempo para o ciclo de transações comerciais e por permitir uma aproximação entre parceiros (clientes x

fornecedores) facilitando a produtividade. (LADEROZA, 1992). A Figura 3 apresenta o processo tradicional de troca de informações e o processo de troca de informações via EDI.

Figura 3 - Processo Tradicional x Processo EDI



Fonte: Laderoza (1992)

Na Figura 3, no processo tradicional, a troca de informações entre atores de um processo ocorre por meio de documentos físicos, necessitando assim de interação humana, fato este que impacta no tempo de conclusão do processo. Em contrapartida, no processo via EDI a troca de informação ocorre por meio eletrônico e automatizado

por processos e parâmetros pré-estabelecidos, ou seja, não necessita do envio de documentos físicos e da interação humana, o que por consequência possibilita ao processo ser concluído em menos tempo do que no processo tradicional.

O EDI, entretanto, requer o atendimento de certas condições para sua aplicação. Além das questões básicas de tecnologia de informação e gestão informatizada, requer um modelo de relacionamento baseado em confiança. (LAUDON; LAUDON, 1990). Isso porque demanda que seja estabelecida uma zona de acordo entre as partes envolvidas, de modo que critérios e parâmetros pré-estabelecidos possam automatizar o maior volume das transações, passando-se a tratar exceções como tal, a partir de gatilhos e alarmes também pré-definidos. (GLASER; DEBOR; STUNTZ, 2003).

Ao longo dos anos as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviço da saúde e a ANS desenvolveram os seus próprios sistemas de troca de dados eletrônica. Por ser um tema central para o trabalho, a seguir são apresentados quatro padrões identificados na literatura, para o contexto de interesse.

2.3.1 ASC X12

O ASC X12 também conhecido por ANSI ASC X12 é um padrão composto por normas regulamentadas e promulgadas pela ANSI (*American National Standards Committee*) voltado para a comunicação entre fornecedores de serviços de diversos segmentos. (X12, 2018).

No setor da saúde, é utilizado para melhorar a comunicação entre os fornecedores de serviços de saúde (por exemplo, hospitais) e os pagadores do serviço (por exemplo, as operadoras de planos de saúde). Nos Estados Unidos, é utilizado no seguinte âmbito: quando um paciente faz o requerimento de um serviço (exame, por exemplo) em um hospital, esta instituição envia um pedido de autorização à seguradora do paciente através de mensagens ASC X12. (X12, 2018).

O ASC X12 é composto por um conjunto de transações, uma lista de segmentos possíveis de ser utilizado, um dicionário de dados e um padrão de controle de transmissão de dados. (X12, 2018). Um conjunto de transações refere-se a um conjunto de processos existentes em determinado segmento do mercado, como por exemplo, no setor da saúde, existem processos que envolvem a troca de informação

entre hospitais e planos de saúde, tais como, a elegibilidade do paciente, a solicitação de autorização de procedimentos, entre outros.

No padrão ASC X12 cada conjunto de transação é identificado por um código de transação formado por três dígitos. O Quadro 4 apresenta exemplos de códigos de transações do padrão ASC X12.

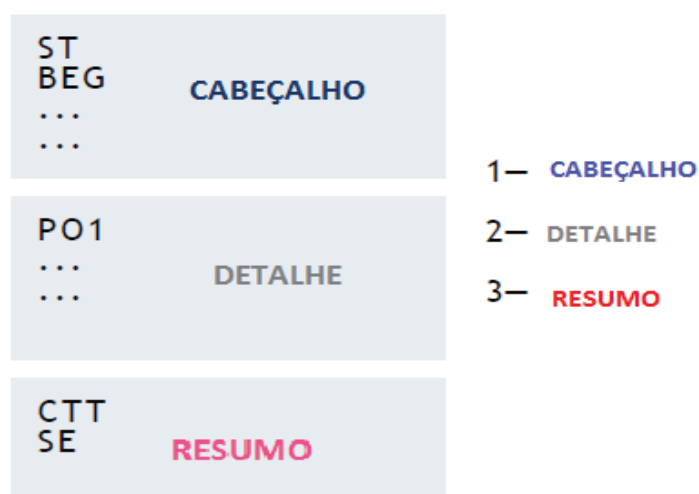
Quadro 4 – Exemplo de Transações ASC X12

Código	Descrição	Código	Descrição
EDI 100	<i>Insurance Plan Description</i>	EDI 276	<i>Health Care Claim Status Request</i>
EDI 269	<i>Health Care Benefit Coordination Verification</i>	EDI 277	<i>Health Care Information Status Notification</i>
EDI 270	<i>Eligibility, Coverage or Benefit Inquiry</i>	EDI 278	<i>Health Care Services Review Information</i>
EDI 271	<i>Eligibility, Coverage or Benefit Information</i>	EDI 835	<i>Health Care Claim Payment/Advice</i>
EDI 274	<i>Health Care Provider Information</i>	EDI 837	<i>Health Care Claim</i>
EDI 275	<i>Patient Information</i>		

Fonte: X12 (2018)

As transações são formadas por três partes, sendo elas: o cabeçalho, os detalhes da transação e o resumo da transação. A Figura 4 apresenta a estrutura da mensagem EDI-ASC12.

Figura 4 – Estrutura da Mensagem EDI – ASC12



Fonte: Adaptado de X12 (2018)

A estrutura do padrão ASC X12 estabelece um dicionário de dados para troca de informações, onde são estabelecidos os dados e os tipos de dados, bem como a identificação de quais dados são obrigatórios. O padrão ASC X12 estabelece também que cada transação possui um conjunto específico de códigos para especificar o início, meio e fim de uma transação de envio e recebimento de dados entre os atores envolvidos no processo, controlando assim o fluxo de troca de informação. (X12, 2018). A Figura 5 apresenta um exemplo de mensagem EDI-ASC12.

Figura 5 – Exemplo de Mensagem EDI – ASC12

<pre>ST*270*1234 BHT*0022*13*1*20010820*1330 HL*1**20*1 NM1*PR*2*****PI*123456789 HL*2*1*21*1 NM1*1P*2*****SV*987654321 HL*3*2*22*0 NM1*IL*1*DOE*JANE****MI*345678901 EQ*30**FAM SE*10*1234</pre>	<p>ST Definição do Cabeçalho da transação</p> <p>BHT Início hierárquico da transação</p> <p>HL Nível de fonte da informação</p> <p>NM1 Nome do destinatário</p> <p>EQ Informações de Solicitação de Elegibilidade ou Benefício do Assinante</p> <p>SE Definição do <i>Trailer</i> da transação</p>
---	--

Fonte: Adaptado de X12 (2018)

2.3.2 O Padrão HL7

O padrão HL7 foi desenvolvido pela *Health Level Seven*, que é uma organização sem fins lucrativos, composta por voluntários, fundada em 1987 para desenvolver normas e padrões para integração da informação na área da saúde. Sua sede é nos Estados Unidos, mas ela também possui representação oficial em 27 países. É credenciada oficialmente pela ANSI desde 1994, como desenvolvedora oficial de padrões para a informação da área médica. (HL7, 2017).

O padrão HL7 tem a missão de prover padrões para interoperabilidade que melhorem a prestação do serviço médico, otimize o fluxo de trabalho, reduza a ambiguidade e a assimetria das informações entre todos os atores da saúde, incluindo os prestadores de serviço de saúde, agências governamentais, vendedores, outras organizações que estabelecem padrões e os pacientes. (HL7, 2017). O HL7 desenvolve uma série de normas, diretrizes e metodologias pelas quais diversos sistemas de informação em saúde podem transferir informações entre si. Esses padrões de dados são um conjunto de regras que possibilitam que dados sejam

compartilhados e processados de maneira uniforme e consistente. Estes padrões de dados são desenvolvidos para possibilitar que as organizações de saúde compartilhem informações clínicas. (HL7, 2017).

Segundo a HL7 (2017), a denominação HL7 remete ao modelo ISO/OSI. Este modelo é dividido em sete camadas, sendo a sétima, de mais alto nível, a camada de aplicação. A camada 7 especifica onde e como as aplicações definem mecanismos de troca de dados sem vínculos de protocolo de transporte ou meio físico de transmissão. Esta camada proporciona também funções de segurança de dados, identificação de usuários, verificação de disponibilidade de dados, mecanismos de negociação e, principalmente, estruturas para troca de dados. A Figura 6 apresenta graficamente as sete camadas do modelo ISO/OSI.

Figura 6 – Camadas do Modelo ISO/OSI.



Fonte: ISO (2017)

O HL7 desenvolve padrões conceituais (por exemplo, o HL7 RIM), padrões de documentos (por exemplo, o HL7 CDA), as normas de aplicativos (por exemplo, HL7 CCOW), e padrões de mensagens (por exemplo, HL7 v2.x e V3.0). Padrões de mensagens são particularmente importantes porque definem como as informações são empacotadas e comunicadas de uma parte à outra. Tais normas definem o idioma, estrutura e tipos de dados necessários para a perfeita integração de um sistema a outro. O Quadro 5 apresenta os padrões conceituais desenvolvidos pela HL7.

Quadro 5 – Padrões Conceituais do HL7

Componente	Descrição
------------	-----------

Framework de desenvolvimento Exemplo: HDF (Health Development Framework)	O HDF detalha o processo da metodologia de desenvolvimento padrão HL7. A HDF é uma estrutura de modelagem e processos administrativos, políticas e entregáveis utilizados pelo HL7 para produzir especificações que são usadas pela comunidade de gerenciamento de informações de saúde para superar desafios e barreiras à interoperabilidade entre sistemas de informação informatizados relacionados à saúde.
Padrões conceituais Exemplo: RIM (Reference Information Model)	O RIM especifica como deve ser feita a representação dos dados clínicos (domínios) e o ciclo de vida de mensagens ou grupos de mensagens.
Padrões de documentos Exemplo: CDA (Clinical Document Architecture)	O CDA é um padrão HL7 para a representação e processamento eletrônico de documentos clínicos, de forma que os documentos sejam legíveis tanto para humanos quanto para processamento eletrônico e garantem a preservação do conteúdo usando o padrão de linguagem de Marcação Automática, <i>Extensible Markup Language</i> (XML). É uma abordagem útil e intuitiva para o gerenciamento de documentos que compõem uma grande parte da arena de processamento de informações clínicas.
Normas de aplicativos Exemplo: CCOW (Clinical Contexto Object Workgroup)	É um padrão independente de fornecedores e permite que aplicativos clínicos compartilhem informações no ponto de atendimento. Usando uma técnica chamada “gerenciamento de contexto”, o CCOW fornece ao clínico uma visão unificada sobre as informações mantidas em aplicativos de saúde diferentes e diferentes referentes ao mesmo paciente, encontro ou usuário.

Fonte: HL7 (2017)

Segundo a HL7 (2017), o desenvolvimento dos seus processos tem por objetivo prezar pela continuidade temporal, rigor científico e experiência técnica sem comprometer a transparência, controle contábil e praticidade.

2.3.3 NEHEN – New England Healthcare EDI Network

O *New England Healthcare EDI Network* (NEHEN) é uma organização sem fins lucrativos, composta por prestadores de serviços médicos e operadoras de planos de saúde da Inglaterra, a qual foi criada em 1998 para operacionalizar a troca eletrônica de informações entre estes atores. (GLASER; DEBOR; STUNTZ, 2013). Os principais objetivos do NEHEN são:

- Desenvolver uma plataforma tecnológica comum para troca de informações de saúde entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde;
- Desenvolver um guia comum para implementação das transações, seguindo o padrão ASC X12;

- Gerenciar o trabalho dos atores, incluindo a atualização e problemas de tecnologia;
- Coordenar os planos dos membros da organização para implantação do EDI;
- Compartilhar experiências entre os membros da NEHEN.

O NEHEN tem por filosofia alavancar o bom relacionamento entre os atores da área da saúde na Inglaterra, pois entende que o sucesso da troca eletrônica de informações entre eles está diretamente ligado a este fato. Cada ator depende um do outro para que a solução de EDI atinja os resultados esperados. (GLASER; DEBOR; STUNTZ, 2013).

O NEHEN realiza um trabalho para conscientizar os atores que o EDI não é uma ferramenta para diferenciá-los um do outro, mas sim uma ferramenta de uso comum entre os membros do NEHEN, a qual traz ganhos através da redução de custos a todos os participantes, tal como foi o uso do telefone tempos atrás. Desde a sua criação teve a preocupação em tornar o uso do EDI algo simples, visando eliminar impactos negativos a sua adoção, portanto o EDI desenvolvido pela NEHEN não gera impactos que necessitem alterar ou substituir os atuais sistemas de informação dos seus membros.

O NEHEN respeita a filosofia de implantação fácil do EDI, portanto para isso estipulou que nenhum membro pode cobrar taxas por transações realizadas, pois entende que o ganho com a utilização do NEHEN é obtido através da redução dos custos das transações realizadas via EDI. Estabelece que os direitos de propriedade intelectual sobre os produtos e serviços desenvolvidos pela organização são de todos os seus membros, em partes iguais.

O EDI desenvolvido pelo NEHEN é composto por três subgrupos, sendo eles: *Routing software*, *User Interface components* e *Core components*. O grupo *Routing software* é responsável por monitorar e aguardar o recebimento de transações, as quais foram desenvolvidas utilizando o padrão ASC X12 e *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA), e que foram enviadas pelos remetentes. Para os membros que ainda não adotaram o padrão ASC X12, o NEHEN desenvolveu um *software* de conversão do atual padrão para o novo padrão, visando assim acelerar a adoção do EDI por estes membros.

O grupo *User Interface components* é responsável por disponibilizar acesso a um conjunto de transações para membros que ainda não possuem sistemas de

informações utilizando o padrão HIPAA. O grupo *Core components* disponibiliza acesso a um grupo de componentes tecnológicos desenvolvidos para acelerar a implantação do EDI pelos membros do NEHEN.

O desenvolvimento destes três subgrupos permitiu ao NEHEN uma rápida aceitação e adoção pelos seus membros e também permitiu a implantação de algumas transações para empresas não filiadas pelo NEHEN, tal como a consulta da elegibilidade de pacientes. Quatro anos após a sua criação, o NEHEN já possuía trinta e seis hospitais associados e mais de um milhão de transações por mês. Um dos hospitais associados estima que após realizar um investimento inicial \$250.000 desenvolvendo uma interface de elegibilidade do paciente e mais \$72.000 por ano de assinatura da filiação ao NEHEN ele conseguiu reduzir seus custos em aproximadamente \$485.000, ou seja, obteve o retorno do investimento em menos de um ano.

O NEHEN acredita que as organizações irão necessitar identificar e disseminar as melhores práticas para trocar informações eletronicamente. Na Inglaterra o NEHEN foi considerado um projeto de sucesso, pois é notável a agilidade e ganho operacional que o uso de seu EDI proporcionou ao seu grupo de membros, os quais envolvem os prestadores de serviço médicos e as operadoras de planos de saúde. (GLASER; DEBOR; STUNTZ, 2013).

Apesar dos benefícios existentes no modelo NEHEN, sua aplicação no contexto brasileiro não é viável, dada a regulamentação brasileira e as diferenças com o padrão TISS, adotado pela ANS. Dessa forma, adaptações sobre o conceito tornam-se necessárias, de modo a produzir um modelo informacional baseado em EDI que possa ser aplicado no contexto nacional.

2.3.4 TISS

Em 2007, a ANS lançou a RN 153, a qual estabelecia a troca de informações na Saúde Suplementar (TISS), como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção a saúde dos beneficiários de planos entre os agentes da saúde suplementar. O desenvolvimento deste padrão iniciou-se em maio de 2003 com um trabalho de pesquisa e elaboração do padrão a partir de convênio com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). (ANS, 2017).

Para desenvolver o trabalho de pesquisa a ANS criou um grupo de trabalho para analisar os padrões e informações já existentes no mercado, visando assim propor um modelo único de troca de informações em saúde suplementar. Durante a realização da pesquisa foram trocadas e analisadas várias guias em papel entre os diversos atores do mercado, além de um longo processo de visitas a prestadores e operadores de planos de saúde com o intuito de identificar as dificuldades enfrentadas no processo de troca de informação. (ANS, 2017).

Segundo a ANS (2017), a diretriz do padrão TISS é a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Ministério da Saúde, e, ainda, a redução da assimetria de informações entre os atores da saúde suplementar. O Padrão TISS refere-se às trocas de dados decorrentes de ações de atenção à saúde em beneficiário de plano privado de assistência à saúde. Abrange as trocas dos dados de atenção à saúde prestada ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde, gerados na rede de prestadores de serviços de saúde da operadora de planos privados de assistência à saúde, com a finalidade de:

- a) Padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas;
- b) Subsidiar as ações da ANS de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde; e
- c) Compor o registro eletrônico dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Entende-se como rede de prestadores de serviços de saúde da operadora de planos privados de assistência à saúde:

- a) Rede de serviços de saúde contratada, referenciada ou credenciada, de forma direta ou indireta; e
- b) Rede própria da operadora; de entidade ou empresa controlada pela operadora; de entidade ou empresa controladora da operadora e profissional assalariado ou cooperado da operadora.

O padrão TISS está organizado em cinco componentes, os quais são apresentados no Quadro 6. E a Figura 7 apresenta graficamente esses cinco componentes, explicitando seu propósito relacional.

Figura 7 – Diagrama dos Componentes do Padrão TISS



Fonte: ANS (2018)

Quadro 6 – Componentes do Padrão TISS

Componente	Descrição
Organizacional	Responsável por estabelecer o conjunto de regras operacionais.
Conteúdo e estrutura	Responsável por estabelecer a arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e no plano de contingência, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde.
Representação de Conceitos em Saúde	Responsável por estabelecer o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS
Segurança e Privacidade	Responsável por estabelecer os requisitos de proteção para assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde. Tem como base o sigilo profissional e segue a legislação.
Comunicação	Responsável por estabelecer os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura. Adota a linguagem de marcação de dados XML.

Fonte: ANS (2017)

O componente organizacional é responsável por realizar a exposição, o histórico e as regras de uso e de utilização do padrão TISS. O componente de conteúdo e estrutura é responsável por estabelecer a arquitetura dos dados. Este componente contempla o layout e padrão em que os dados devem ser formatados para posterior troca de informações entre operadoras e prestadores de saúde.

Os processos padronizados pelo padrão TISS entre operadoras e prestadores de saúde são: verificação de Elegibilidade; Autorização de Procedimentos;

Comunicação de Internação ou Alta do Beneficiário; Cobrança de Serviços de Saúde; Demonstrativo de Retorno; Recurso de Glosa e Comprovante Presencial. O Quadro 7 apresenta uma síntese dos processos padronizados pelo padrão TISS. Para todos os processos existe uma mensagem de envio e uma mensagem de retorno, a qual contempla todos os dados solicitados. As guias TISS papel estão disponíveis no Anexo A. As guias eletrônicas de Verificação de Elegibilidade, Solicitação de Autorização de Procedimentos, Comunicação de Internação ou Alta do Beneficiário e Cobrança de Serviços de Saúde encontram-se no Anexo B.

Quadro 7 – Processos Padronizados do Padrão TISS

Processo	Descrição	Obrigatório	Guia Papel	Layout Eletrônico
Verificação de Elegibilidade	É a mensagem enviada pelo prestador para a operadora solicitando a situação de determinado beneficiário junto à operadora quanto aos seus direitos contratuais;	Não	Não	Sim Anexo B
Solicitação de Autorização de Procedimentos	É a mensagem enviada pelo prestador para a operadora solicitando autorização para realização de algum serviço de saúde;	Não	Não	Sim Anexo B
Comunicação de Internação ou Alta do Beneficiário	É a mensagem do prestador para a operadora com a informação a data de internação ou alta de um beneficiário;	Não	Não	Sim Anexo B
Cobrança de Serviços de Saúde	É a mensagem do prestador para a operadora de um lote de cobrança dos serviços de saúde realizados;	Sim	Sim Anexo A	Sim Anexo B
Demonstrativo de Retorno	É a mensagem da operadora para o prestador enviando o demonstrativo solicitado ou a informação que o demonstrativo ainda não está disponível.	Sim	Sim Anexo A	Sim
Recurso de Glosa	É a mensagem do prestador para a operadora questionando a aplicação de uma glosa em sua cobrança;	Sim	Sim Anexo A	Sim
Comprovante Presencial	Comprovação da presença do beneficiário no prestador em referida data através de sua assinatura.	Não	Sim Anexo A	Não

Fonte: Adaptado de ANS (2017)

O componente de representação de conceitos em saúde estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais da saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS, (RN 305). (ANS, 2018). E o componente de segurança e privacidade estabelece os requisitos de proteção dos dados de atenção à saúde. O padrão de segurança e privacidade

visa assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde (RN 305). (ANS, 2018). Nesse sentido, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão manter protegidas as informações assistenciais oriundas do Padrão TISS, quando acompanhadas de dados que possibilitem a sua individualização, não podendo as mesmas serem divulgadas ou fornecidas a terceiros, salvo em casos expressamente previstos na legislação vigente no país, (RN 305). (ANS, 2018).

O componente de comunicação estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura. O padrão de comunicação adota a linguagem de marcação de dados XML. As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem dispor aos prestadores de sua rede de serviço de saúde as tecnologias de webservices e de portal, para a troca dos dados de atenção à saúde prestada nos seus beneficiários de planos privados de assistência à saúde. (ANS, 2018).

2.4 SÍNTESE DOS CONCEITOS ABORDADOS

Nesta seção é apresentada a síntese dos conceitos fundamentais relativos a este projeto de pesquisa e os seus principais autores estudados. O Quadro 8 sumariza estes principais conceitos relacionados ao contexto da saúde suplementar. Esses conceitos servirão de base para o desenvolvimento dos instrumentos de coleta de dados e para as demais atividades que serão desenvolvidas nesta pesquisa.

Quadro 8 – Síntese dos Conceitos da Fundamentação Teórica desta Pesquisa

(continua)		
CONCEITO CHAVE	CONCEITOS	REFERÊNCIAS
SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Saúde Suplementar pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde	ANAHP (2017), Pietrobon, Prado e
(conclusão)		
CONCEITO CHAVE	CONCEITOS	REFERÊNCIAS
		Caetano (2008), Brasil (1998)

Atores	ANS	Autarquia, sob regime especial (autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes), que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde	Ministério da Saúde (2009)
	Operadoras de Planos de Saúde	Pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, cooperativa ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que comercializa planos de assistência a saúde.	ANS (2000) Vilarinho (2003)
	Prestadores de serviços médicos	Os prestadores de serviços médicos são os responsáveis por realizar a entrega dos serviços contratados pelos beneficiários através das operadoras de planos de saúde. Os principais prestadores de serviços médicos são os hospitais, os médicos, as clínicas e laboratórios de exames e imagem.	IESS (2017), ANS (2017) e ANAHP (2017)
Elementos contextuais	Sociais	Mudanças exigidas pelos beneficiários	ANS (2017)
	Econômicos	Análise de mudança do modelo de remuneração	ANS (2016), Andreazzi (2003)
Intercâmbio eletrônico de dados	EDI	Transferência eletrônica, computador a computador, de transações comerciais e administrativas, usando um padrão acordado para a estruturação das transações ou dados de mensagem.	UNECE (2017), Laderoza (1992)
	ASC X12	É um padrão composto por normas regulamentadas e promulgadas pela ANSI (<i>American National Standards Committee</i>) voltado para a comunicação entre fornecedores de serviços de diversos segmentos.	X12 (2018)
	HL7	Padrão de interoperabilidade que visa melhorar a prestação do serviço médico, otimizar o fluxo de trabalho, reduzir a ambiguidade e a assimetria das informações entre todos os atores da saúde	HL7 (2017)
	NEHEN	Organização sem fins lucrativos, composta por prestadores e operadoras de planos de saúde da Inglaterra. É responsável por operacionalizar a troca eletrônica de informações entre estes atores.	(GLASER; DEBOR; STUNTZ, 2013).
	TISS	Estabelece o padrão da ANS para troca de informações da Saúde Suplementar no Brasil.	ANS (2007)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com relação aos padrões de troca de informação eletrônica identificados na literatura, o Quadro 9 apresenta uma síntese de características, sob a perspectiva nacional. Pelo próprio conjunto de decisões normativas e evolução histórica, o padrão TISS é uma restrição relevante para o contexto nacional de saúde. É o protocolo de

comunicação de conhecimento comum entre hospitais e operadoras de planos de saúde usado no Brasil. Foi desenvolvido pela ANS e imposto através da RN 305.

Quadro 9 – Síntese dos Padrões de Troca de Informação Eletrônica

Padrão	Características	Obrigatório no Brasil?	Utilizado por hospital e operadoras no Brasil?	Interoperabilidade?	
				Permite?	É utilizada?
ASC X12	Modelo genérico de EDI, <i>standard internacional</i>	Não	Não	Sim	Sim
HL7	Modelo de intercâmbio de dados em saúde com 7 camadas, incluindo automação e interoperabilidade	Não	Não	Sim	Sim
NEHEN	Modelo de intercâmbio de dados derivado do ASC X12, incluindo automação e interoperabilidade	Não	Não	Sim	Sim
TISS	Modelo derivado do HL7, desenvolvido para padronizar a comunicação entre operadoras de planos de saúde prestadores de serviços	Sim	Sim	Sim	Não

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dessa forma, mesmo que outros padrões existentes possam ser utilizados como referência, não é possível sua utilização direta no contexto nacional. Qualquer solução com foco em incremento da eficiência na troca de informações entre prestadores e operadoras de planos de saúde no atual contexto de saúde nacional requer considerar como premissa a adoção do padrão TISS. Por consequência, as trocas de informações necessitam ser aderentes aos sete processos apresentados anteriormente no Quadro 7, considerando-se, ainda, aspectos da relação comercial entre os atores, os papéis assumidos pelos representantes dos atores em cada processo, as regras de negócio derivadas dos modelos de pagamento adotados entre os atores, e outros eventos que possam desencadear subprocessos de correção ou ação imediata de uma das partes.

O padrão X12 desenvolveu normas para a troca eletrônica de dados, as quais foram promulgadas pela ANSI para uso na formatação e manuseio de dados para diversos setores da economia, entre eles o setor da saúde. No setor da saúde

desenvolveu um conjunto de mensagens, as quais foram construídas utilizando o padrão do mercado de saúde americano, o qual possui características diferentes do mercado brasileiro, tais como: o modelo de remuneração e o compartilhamento de dados. (X12, 2018).

A estrutura do modelo NEHEN está fundamentada no desenvolvimento de um padrão para troca de informação e, na disseminação deste padrão entre os atores do setor. Este modelo foi desenvolvido utilizando o padrão do mercado europeu, mais especificamente o da Inglaterra, o qual também possui características diferentes do mercado brasileiro por apresentar a utilização do modelo de remuneração por DRG e o compartilhamento de informações entre os atores.

Por fim, a TISS é uma adaptação, simplificada em escopo, do padrão HL7, o que permite vislumbrar, em um horizonte de maior prazo, extensões de um modelo informacional de intercâmbio entre prestadores e operadoras de planos de saúde, no sentido desse padrão internacional.

A saúde suplementar no Brasil existe há aproximadamente 50 anos, sendo este um setor complexo por possuir características que dificultam o relacionamento de suas partes interessadas, como por exemplo, os modelos de remuneração e a assimetria de informação. Mesmo existindo iniciativas como o padrão ASC X12, HL7, NEHEN e TISS, se percebe que ainda existem carências neste setor que poderiam ser suportadas pela automação de processos através de recursos, tais como o intercâmbio eletrônico de dados (EDI). É o que leva a explorar padrões diferenciados e que possuem representação em nível nacional, com o padrão TISS.

3 MÉTODO

Segundo Lakatos e Marconi (2008), método é um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que permite alcançar conhecimento válido e verdadeiro com maior segurança e economia, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.

3.1 MÉTODO DE PESQUISA

Os aspectos essenciais da pesquisa qualitativa consistem no reconhecimento e na análise de diferentes perspectivas, nas reflexões dos pesquisadores a respeito de suas pesquisas como parte do processo de produção de conhecimento e na variedade de abordagem e métodos. (FLICK, 2009). Para compreender e analisar o processo de faturamento e de prestação de contas e propor um novo modelo informacional para melhorar o processo de faturamento de contas hospitalares entre hospitais e operadoras de planos de saúde foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória utilizando o método denominado *Design Research*.

O *Design Research* é um método prescritivo que se distingue dos outros padrões de métodos por que ele prescreve, ou seja, tenta produzir uma receita e visa gerar conhecimento e desenvolver artefatos, a fim de promover de forma distinta, um projeto para solucionar um problema e aprofundar o entendimento de como as coisas deveriam ser. De característica prescritiva, seu dinamismo permite que os resultados das análises durante o processo retroalimentem o conhecimento sobre um problema, facilitando a consolidação de um artefato bem como a verificação de sua efetividade nas aplicações de campo. (MANSON, 2006).

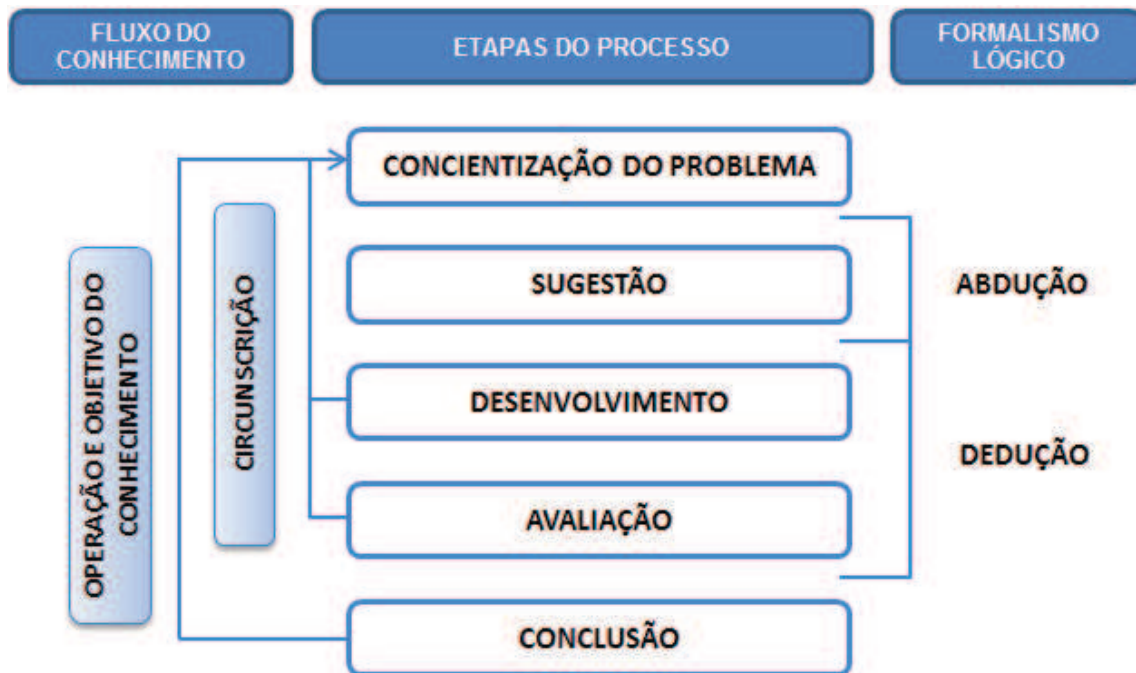
Segundo Manson (2006 *apud* VAISHNAVI; KUECHLER, 2009), os ciclos para construção de um artefato são consciência do problema; sugestão; desenvolvimento; avaliação e; conclusão. Tais ciclos são brevemente apresentados a seguir:

- i) **Conscientização do problema:** etapa onde o pesquisador tem contato com a fonte do problema (governo, indústria, novas tecnologias, setor de serviços entre outros), no qual um ou mais dados servem de argumento para a construção do artefato;

- ii) **Sugestão:** etapa onde o pesquisador fará uma ou mais tentativas de *design*, apresentando-as uma ou mais vezes. Este processo é criativo, logo as diferentes propostas sustentarão a busca por respostas ao problema;
- iii) **Desenvolvimento:** nessa etapa, o pesquisador irá construir um ou mais artefatos com o objetivo de solucionar problemas e gerar novos conhecimentos. O artefato deve conectar o ambiente interno ao ambiente externo;
- iv) **Avaliação:** após construído, o artefato deve ser avaliado em relação aos critérios desenvolvidos na fase de sugestão. Desvios devem ser registrados, sejam quantitativos ou qualitativos, haja vista que as hipóteses sobre o comportamento do artefato será ou não falseada, finalizando o processo da pesquisa;
- v) **Conclusão:** mesmo com algumas diferenças dos resultados projetados pelo artefato, após revisões múltiplas, o resultado pode ser considerado bom o suficiente. O conhecimento é registrado como consolidado ou “aberto”. Conhecimento consolidado é o que foi aprendido e pode ser replicado e o conhecimento aberto não foi consolidado e por isso, estará sujeito a futuras pesquisas.

Segundo Vaishnavi e Kuechler (2004), se o artefato não se mostrar aderente às necessidades da pesquisa durante o seu desenvolvimento ou na sua avaliação, o pesquisador poderá retornar à etapa de conscientização para compreender melhor o problema e, posteriormente, dar continuidade à pesquisa.

As aprendizagens construídas durante a execução do método geram novos conhecimentos, não só para o pesquisador, mas também para quem tem acesso à sua pesquisa. A Figura 8 traz uma esquematização das etapas do método. E, como resultado da conclusão, podem ser geradas cinco saídas do processo: constructos, modelos, métodos, instanciações e melhores teorias, as quais são conceituadas no Quadro 10.



Fonte: Vaishnavi;Kuechler (2004)

Quadro 10 – Saídas do Processo de *Design Research*

Saída	Descrição
Constructos	Vocabulário especializado do domínio do problema.
Modelos	Conjunto de proposições que apresentam as relações entre os constructos, permitindo aos pesquisadores de projetos manipulá-las durante as atividades de projetos, e são importantes no sentido de assegurar que os modelos representem solução ao problema estudado.
Método	Conjunto de passos, podendo ser um algoritmo, com intuito de permitir a realização de tarefas específicas. Estão sustentados na relação entre os constructos, esclarecendo qual o caminho para a busca da melhor solução.
Instanciações	Referem-se ao emprego dos artefatos no ambiente real, explicitando as relações entre os constructos, modelos e métodos. Nesse momento, o artefato é operacionalizado, demonstrando os resultados decorrentes do planejamento realizado a priori.
Melhores teorias	Sustenta como contribuição do <i>Design Research</i> a construção ou aprimoramento das teorias existentes.

Fonte: Vaishnavi; Kuechler (2004)

3.2 MÉTODO DE APLICAÇÃO

Considerando que o método de trabalho utilizado no desenvolvimento do projeto desta dissertação baseia-se em *Design Research* e seguiu as etapas propostas por Vaishnavi e Kuechler (2004), o produto final da dissertação será um modelo informacional de suporte ao processo de faturamento e prestação de contas

dos serviços realizados pelos hospitais para os beneficiários das operadoras de planos de saúde, baseado EDI.

A partir dessas definições, foram desenvolvidas as etapas do Método de Aplicação. O desenvolvimento deste trabalho foi realizado em duas fases, sendo a primeira fase, a fase de definição de escopo e premissas e a fase 2 a fase de desenvolvimento do modelo informacional. Visando apresentar e proporcionar um entendimento sucinto dos passos adotados no método do trabalho, a Figura 9 foi desenvolvida.

3.2.1 Fase 1 - Definição de Escopo e Premissas do Modelo Informacional

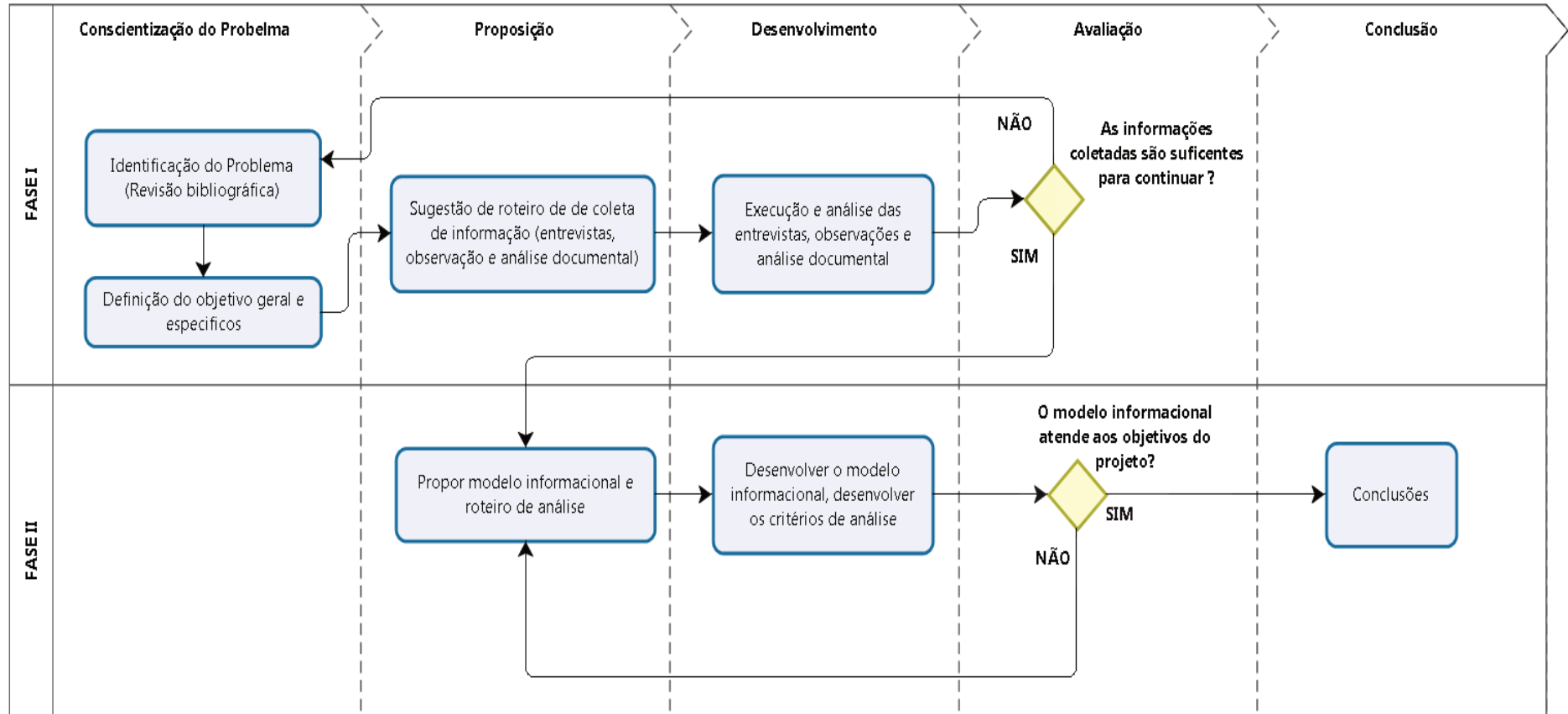
Nesta fase, foram realizadas as coletas de informações que definiram o escopo e as premissas do desenvolvimento do modelo informacional de suporte ao processo de faturamento e prestação de contas, através das etapas a seguir:

3.2.1.1 Fase 1 - Conscientização do Problema

Iniciou-se a pesquisa do assunto pela revisão bibliográfica. Foram realizadas buscas por livros, artigos científicos, revistas, *journals* e sites da *internet* que tivessem relação com o tema escolhido. A busca foi realizada pelas seguintes palavras chaves: Saúde Suplementar, Operadoras de Planos de Saúde, Beneficiários/Pacientes, Agência Nacional de Saúde Suplementar e Intercâmbio eletrônico de dados. Palavras correlatas em língua inglesa também foram utilizadas. O processo de busca de conhecimento ocorreu através de consultas realizadas em diversas bases de dados, dentre as quais se destacaram (CAPES, ScieLo, EnANAPAD, Biblioteca Virtual em Saúde entre outras). No site da CAPES, a busca pelas palavras chaves e os resultados foram: Saúde Suplementar (1.578 referências), Operadoras de Planos de Saúde (221 referências), Beneficiários/Pacientes (221 referências) e Intercâmbio Eletrônico de Dados (192 referências).

Com base nas referências encontradas, iniciou-se o processo de refinamento dos objetivos e da problematização e o desenvolvimento da justificativa e seleção do método de pesquisa.

Figura 9 – Método de Trabalho



Fonte: Elaborado pelo autor.

3.2.1.2 Fase 1 - Sugestão

Após a revisão bibliográfica, foi desenvolvido um roteiro para a coleta de informação através: das técnicas de entrevistas com especialistas da área; de observação das práticas de prestação de contas e faturamento de contas hospitalares; e da análise documental do processo de prestação de contas faturamento e também dos documentos sobre o padrão TISS.

3.2.1.3 Fase 1 - Desenvolvimento

Nesta etapa foram realizadas atividades de coleta de informações, as quais contemplam a execução das entrevistas, das observações e das análises documentais. Segundo Silva e Menezes (2001, p. 33), a definição do instrumento de coleta de dados dependerá dos objetivos que se pretende com a pesquisa e do universo a ser investigado. Os instrumentos tradicionais de coleta de dados são: pesquisa documental, observação, entrevista, questionário, formulários, medidas de opiniões e de atitudes, pré-teste, teste e análise de conteúdos. Nesta pesquisa, foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: entrevistas semiestruturadas, observação e análise documental.

Segundo Lakatos e Marconi (2003), a entrevista é um encontro que ocorre entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para coletar dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.

Para a aplicação das entrevistas foram selecionadas as seguintes organizações: dois Hospitais e duas Operadoras de planos de Saúde. Em cada organização, foram entrevistados três gestores, com cargos de superintendente, diretor, gerente ou coordenador, atuação nas áreas assistencial, administrativa ou financeira, possuindo mais de 5 anos de experiência no setor.

Coerente com o exposto no parágrafo anterior, o perfil do entrevistado devia atender às seguintes características, como *proxies* para representação de experiência compatível com o nível de informação desejado sobre o tema pesquisado:

- CARGO: possuir cargo de Diretor, Superintendente, Gerente ou Coordenador entendendo-se que estes cargos administrativos permitem melhor compreensão das variáveis e atores envolvidos com o problema estudado;
- ANOS DE EXPERIÊNCIA: possuir no mínimo 5 (cinco) anos de experiência no cargo, associando-se este tempo a um período de amadurecimento sobre o contexto estudado, permitindo melhor discernimento sobre as decisões e implicações associadas ao problema estudado;
- REPRESENTATIVIDADE DO ATOR: representar um ator hospitalar ou de operadora de planos de saúde, ambos com faturamento acima de R\$ 200 milhões de reais, entendendo-se que esses atores apresentam maior potencial de influenciar o contexto estudado.

Uma lista detalhada dos perfis dos entrevistados pode ser encontrada no Apêndice A. Os entrevistados oriundos de operadoras de planos de saúde foram nominados com o prefixo “EO” e os de hospitais, “EH”.

As entrevistas foram realizadas no ambiente profissional dos entrevistados e gravadas com consentimento dos mesmos e posteriormente transcritas. As entrevistas com os gestores dos hospitais e das operadoras de planos de saúde foram realizadas em aproximadamente 30 dias.

O objetivo das entrevistas foi identificar os principais problemas que existem na relação entre operadoras de planos de saúde e hospitais, visando assim identificar as informações, regras de negócio e exceções que devem ser contempladas no desenvolvimento do novo modelo informacional proposto nesta dissertação. Para orientar o processo de coleta de dados através das entrevistas, foi desenvolvido um instrumento que visa contemplar o levantamento de elementos contextuais, o modelo informacional e a identificação da melhor forma de implementar o processo de intercâmbio eletrônico de informação. O mesmo foi aplicado aos entrevistados, e está representado no Quadro 11.

Quadro 11 – Roteiro Inicial de Entrevistas

Categories	Questões	Pontos a observar	Autores
Contexto	<p>1) Na sua percepção, quais são os principais problemas que existem na relação entre prestadores de serviços médicos e as operadoras de planos de saúde?</p> <p>2) Como é realizado o processo de prestação de contas hospitalares entre os hospitais e operadoras de planos de saúde?</p>	<p>- Conhecimento do sistema de saúde suplementar</p> <p>- Percepção de diferentes atores</p>	<p>Marcera e Saintive (2004), Pietrobon, Graban (2012)</p>
Elementos contextuais	<p>3) Quantos colaboradores são envolvidos no processo de prestação de contas hospitalares entre os hospitais e operadoras de planos de saúde?</p> <p>4) Quanto tempo em média leva o processo de faturamento e prestação de contas hospitalares?</p> <p>5) Qual o modelo de remuneração utilizado entre os hospitais e as operadoras de planos de saúde?</p>	<p>- Elementos mais relevantes no processo de prestação de contas hospitalares e faturamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde</p> <p>- Elemento importante para a definição do modelo informacional. Definição do conteúdo de dados</p>	<p>ANAHP (2017), ANS (2017)</p>
Contextualização do processo de intercâmbio eletrônico de dados	<p>6) A sua organização utiliza o padrão TISS?</p> <p>7) Na sua percepção quais são os principais problemas do padrão TISS?</p> <p>8) A sua organização utiliza algum outro tipo de intercâmbio eletrônico de dados?</p>	<p>- Elementos importantes para a definição do método a ser implantado para a troca eletrônica de dados</p>	<p>ANS (2017), HL7 (2017)</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após o término do processo de realização das entrevistas iniciou-se em os processos de observação e análise documental nas duas operadoras de planos de saúde e nos dois hospitais do Rio Grande do Sul. Estes processos foram realizados também durante o período de um mês. O processo de observação e análise documental permitiu identificar os processos, informações, regras e exceções existentes no processo atual de troca de informação entre os atores.

Segundo Lakatos e Marconi (2003), a observação é uma técnica de coleta de dados para se obter informações. Não está limitada apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar. É um elemento básico de investigação científica, utilizada na pesquisa de campo. A observação auxilia o pesquisador a identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam o seu comportamento.

As observações das práticas de faturamento e prestação de contas médicas hospitalares foram realizadas no cotidiano de trabalho da equipe de faturamento dos hospitais e operadoras de planos de saúde, que constitui no acompanhamento das atividades desenvolvidas por estes profissionais, o pesquisador realizou o contato inicial com os participantes para conhecê-los e também para conhecer o local a ser observado. A observação foi utilizada para examinar, da forma mais abrangente possível, a dinâmica de trabalho realizado pelas equipes de faturamento dos hospitais e operadoras de planos de saúde.

Para a análise documental foi utilizada uma abordagem de pesquisa qualitativa e de técnica descritiva. As pesquisas descritivas visam a descrever as características de uma determinada população ou fenômeno (GIL, 1999). Foram analisados os seguintes documentos: manual de padrão de utilização do padrão TISS, visando assim obter conhecimento sobre a utilização deste protocolo padrão de troca de informações sobre a saúde; os documentos nos quais constam registros sobre a formalização das práticas executadas pelas equipes de faturamento dos hospitais; os documentos utilizados pelo processo de auditoria e controle das operadoras de planos de saúde; os documentos nos quais constam registros sobre os procedimentos e exames médicos realizados pelos beneficiários dos planos de saúde; os documentos nos quais constam registros sobre a formalização de negativa de pagamento dos procedimentos e exames médicos realizados pelos beneficiários dos planos de saúde.

Na análise documental, foram considerados os seguintes itens de verificação: formalização de práticas de gestão, formalização de processos, definições e monitoramento de indicadores, definições de responsabilidades, práticas de engajamento e comunicação interna. Considerando-se o interesse em investigar as práticas de prestação de contas dos hospitais com as operadoras de planos de saúde, entendeu-se por necessário analisar também os contratos firmados entre estes dois atores.

Ao término dessa etapa as informações coletadas foram compiladas de modo a criar um conjunto de categorias que foram utilizadas no processo de sugestão de hipóteses da Fase 2, a qual consiste no desenvolvimento do modelo informacional de suporte ao processo de faturamento e prestação de contas.

Para a realização da análise dos dados coletados foi utilizada a análise de conteúdo. Segundo Bardin (1977) esta técnica de análise contém de três etapas: (i) a pré-análise; (ii) a exploração do material; e (iii) o tratamento dos resultados e sua interpretação. O Quadro 12 resume os principais pontos a serem observados em cada etapa.

Quadro 12 – Fases da Análise de Conteúdo

Fases	Atividades
Pré-Análise	Escolha de documentos
	Formulação de hipóteses
	Elaboração de indicadores
Exploração	Administração das técnicas sobre o corpus
Tratamento dos resultados	Síntese e seleção dos resultados
	Interpretação
	Conclusões

Fonte: Bardin (1977)

A pré-análise é a fase que abrange a escolha do material, a formulação de suposições e objetivos e a elaboração de indicadores para a interpretação dos resultados (BARDIN, 1977). Na fase de exploração de material, os dados coletados durante as entrevistas, as observações e análise documental foram categorizados de forma a reunir o maior número de informações esquematizadas e associadas. A categorização foi realizada com base no mesmo marco referencial do Capítulo 2.

A etapa final deste processo foi o tratamento dos resultados e interpretação. Nesta fase as informações obtidas foram relacionadas juntamente com a fundamentação teórica, visando assim a relação que dará sentido a sua interpretação.

3.2.1.4 Fase 1 - Avaliação

A etapa de avaliação da primeira fase iniciou-se na Banca de Qualificação do Projeto desta dissertação, a qual foi composta por dois professores e mais o professor orientador, que, ao avaliar o trabalho apresentado, emitiram pareceres favoráveis quanto às etapas de conscientização do problema e fase de sugestão de

desenvolvimento do projeto. Após a aprovação destas etapas, o projeto avançou para a etapa de execução da coleta de dados e análise de conteúdo.

O resultado das análises das informações coletadas foi categorizado conforme apresentado no Capítulo 4. Posteriormente, o resultado foi submetido à avaliação dos gestores dos hospitais EH1 e EH2 e aos gestores das operadoras de planos de saúde EO1 e EO4, contatados anteriormente e que se dispuseram a participar novamente dessa etapa pesquisa. Estes gestores avaliaram estas informações através dos seguintes critérios: a identificação da influência dos modelos de remuneração na relação entre os atores do sistema (Prestadores e Planos de saúde); a identificação do cenário atual do processo de geração e faturamento de contas entre hospitais e operadoras de planos de saúde, informações, regras, parâmetros e a periodicidade necessária para implementar um modelo informacional de suporte ao faturamento.

Após avaliarem o resultado das análises das informações coletadas, os gestores dos hospitais e operadoras de planos de saúde concordaram que estas informações contemplam os dados necessários para o desenvolvimento de um novo modelo informacional para suporte ao processo de geração e faturamento de contas entre hospitais e operadoras de planos de saúde. Portanto, o projeto avançou para a fase 2, a qual contempla o desenvolvimento do modelo informacional proposto.

3.2.2 Fase 2 - Desenvolvimento do Modelo Informacional

Esta fase consiste nas atividades de desenvolvido do modelo informacional, o qual tem por objetivo dar suporte ao processo de faturamento e prestação de contas médicas hospitalares. O desenvolvimento desta fase foi realizado com base no escopo e nas premissas definidas na fase1, desenvolvido através das seguintes etapas:

3.2.2.1 Fase 2 - Sugestão

A partir dos artefatos desenvolvidos na fase 1 o trabalho desta etapa foi dirigido no sentido de sugerir o desenvolvimento de um modelo informacional de suporte ao processo de faturamento e prestação de contas médicas hospitalares. A sugestão abordou itens relativos ao contexto de geração e faturamento de contas, os atores envolvidos no processo e a sua relação comercial, o processo de geração e

faturamento de contas, os aspectos normativos identificados e os aspectos informacionais identificados.

A sugestão de desenvolvimento do modelo informacional também contemplou a definição de papéis, regras e exceções. O modelo informacional proposto é apresentado no Capítulo 5 desta dissertação.

3.2.2.2 Desenvolvimento

O processo de desenvolvimento do novo modelo informacional foi realizado através das etapas: identificação das variáveis e regras de negócio, identificação dos papéis e responsabilidades dos atores do processo, identificação dos fatores ambientais impactados pelo novo modelo, aspectos negociais e gerenciais necessários para o novo modelo, metodologia para tratamento das exceções e, por fim, dos aspectos de infraestrutura necessários para implementar o novo modelo proposto.

Cada etapa contemplou a análise dos resultados, a realização de novas rodadas de observações *in loco* dos processos dos hospitais e das operadoras de planos de saúde, isto é, quando necessário. Após o término de cada etapa, os resultados obtidos foram validados pelos gestores de ambos os atores. O processo finalizou com o novo modelo proposto concluído. O processo detalhado do desenvolvimento do novo modelo proposto encontra-se no Capítulo 5.

3.2.2.3 Avaliação

Nesta etapa os artefatos desenvolvidos foram submetidos à apreciação dos gestores dos hospitais e operadoras de planos de saúde, para fins de uma avaliação do novo modelo informacional de suporte ao processo de faturamento e prestação de contas médicas hospitalares. A avaliação do novo modelo informacional foi realizada em duas etapas, sendo a primeira a avaliação da estrutura do modelo informacional e a segunda etapa a execução de um teste de aplicação do modelo. O Quadro 13 apresenta os critérios que foram avaliados no modelo proposto.

Quadro 13 – Critérios de Avaliação do Modelo Proposto

ITENS AVALIADOS	CRITÉRIO DE APROVAÇÃO
-----------------	-----------------------

Mensagens	O modelo contempla mensagens para todas as interações entre hospitais e operadoras de planos de saúde?	Concordância integral das mensagens ou sugestão de mensagens opcionais não obrigatórias
	É possível gerar as mensagens do modelo proposto durante o processo do hospital de atendimento do paciente?	Concordância integral
	Os dados que contemplam as mensagens do modelo proposto são de conhecimento dos hospitais e das operadoras de planos de saúde?	Concordância integral
	A codificação de dados das mensagens é de conhecimento dos hospitais e das operadoras de planos de saúde?	Concordância integral
Regras de Negócio	O modelo permite a vincular regras de negócios as suas mensagens?	Concordância integral ou sugestão de elementos opcionais não estruturais
	O modelo permite criar regras de negócios para aprovação de procedimentos de forma automática?	Concordância integral
	O modelo permite a inclusão de regras de negócios por hospitais e operadoras de planos de saúde?	Concordância integral
Tratamento das Exceções	O modelo proposto permite tratar mensagens que não respeitem as regras de negócio?	Concordância integral
	O modelo proposto possibilita redução de tempo no processo atual de troca de informação entre hospital e operadora de plano de saúde	Concordância integral
	O modelo proposto possibilita a redução erros no processo atual de troca de informação entre hospital e operadora de plano de saúde	Concordância integral

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após os gestores dos hospitais e das operadoras de planos de saúde terem finalizado a análise da estrutura do modelo informacional, os mesmos emitiram pareceres. Não foram identificados pareceres desfavoráveis, ou seja, os critérios de aprovação do modelo foram atendidos, portanto o processo avançou para a etapa de teste de aplicação do modelo.

A etapa de execução de um teste de aplicação do modelo envolveu um hospital e uma operadora de planos de saúde, o mesmo é apresentado no Capítulo 5, seção 5.3 desta dissertação.

A aplicação do teste do modelo proposto envolveu as seguintes atividades: análises das mensagens desenvolvidas; análise das estruturas de configuração das mensagens, regras de negócios e tratamento de exceções e; por fim, a execução dos testes de parametrização das mensagens de elegibilidade do paciente, solicitação de autorização e execução de procedimentos, conforme disponibilização de acesso por parte dos atores participantes. Após a configuração destas três mensagens, os testes

seguiram para a validação do fluxo processual de troca de informações entre os atores. A não parametrização das demais mensagens não constitui impedimento de validação, entretanto, dado que os mecanismos de base de troca e os procedimentos sistemáticos requeridos seguem o mesmo padrão dos três grupos de mensagens modelados e implementados para teste.

Após os gestores dos hospitais e das operadoras de planos de saúde terem finalizado os testes da estrutura e da aplicação do modelo informacional, os mesmos emitiram pareceres. Não foram identificados pareceres desfavoráveis, ou seja, os critérios de aprovação do modelo foram atendidos, portanto o processo avançou para a etapa de conclusão do projeto.

3.2.2.4 Conclusão

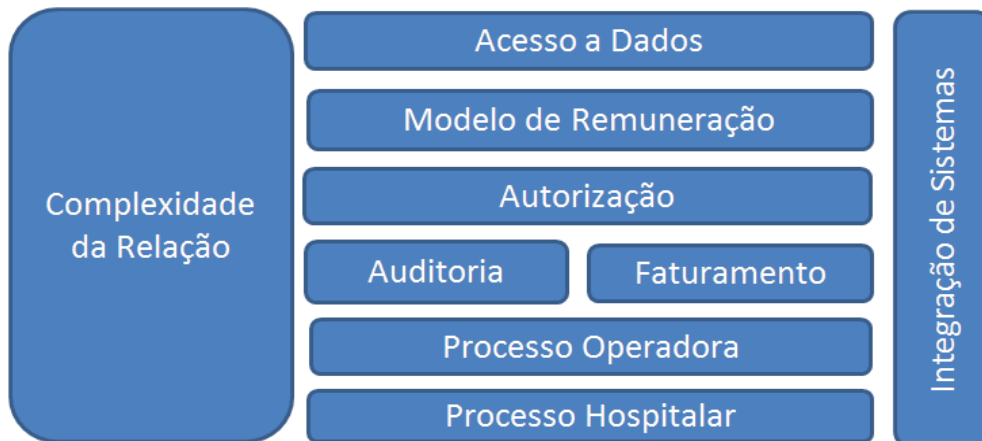
A partir da etapa anterior, como o funcionamento do artefato foi satisfatório na simulação dos testes, este foi considerado bom o suficiente para o contexto deste trabalho. As estruturas de mensagens, regras de negócios e tratamentos de exceções apresentadas no Capítulo 5 foram submetidas a análise e testes em ambiente simulado e apresentaram resultados positivos, os quais foram apresentados no Quadro 37.

Esta pesquisa concluiu-se com a entrega dos artefatos prometidos nos objetivos do projeto, o término dos testes de aplicação, os quais são apresentados no Capítulo 5 desta dissertação. Os critérios apresentados na seção anterior foram usados para considerar o modelo proposto validado, conforme a prerrogativa do *Design Research*.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: O PROCESSO DE TROCA DE INFORMAÇÃO OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE X PRESTADORES DE SERVIÇOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos através da análise de conteúdo desenvolvida após a etapa de coleta de informações, a qual utilizou as técnicas de entrevistas semiestruturada, observações e análise documental. Como já apresentado no capítulo anterior, as categorias abordadas foram predefinidas com base na literatura utilizada e no resultado da coleta de dados. As categorias analisadas são: **a Complexidade da Relação; o Acesso a Dados; o Modelo Remuneração; o Processo de Autorização de Procedimentos; os Processos de Auditoria e Faturamento de Contas; os processos das Operadoras e Hospitais; e o Processo de Integração de Sistemas.** A Figura 10 traz uma esquematização das categorias analisadas e suas correlações.

Figura 10 – Categorias Analisadas



Fonte: Elaborado pelo autor.

As categorias abordadas são apresentadas nas seções: o **Contexto de Geração e Faturamento de Contas, os Atores Envolvidos e a sua Relação Comercial; o Processo de Geração de Contas; os Aspectos Normativos Identificados; e os Aspectos Informacionais Identificados.** Ao final deste capítulo são apresentadas as influências dos modelos de remuneração no processo de troca de informações entre os atores envolvidos.

4.1 O CONTEXTO DE GERAÇÃO E FATURAMENTO DE CONTAS ANALISADO

Os processos de geração e faturamento de contas hospitalares analisadas são gerados e processados somente pelos dois atores identificados previamente: hospitais (ou, mais amplamente, prestadores) e operadoras de planos de saúde. Os hospitais são os responsáveis por realizar os atendimentos aos pacientes e as operadoras de planos de saúde são as responsáveis em disponibilizar acesso aos serviços hospitalares a seus beneficiários, bem como arcar com as despesas geradas pelos mesmos.

O mercado de saúde suplementar brasileiro se destaca pela co-dependência existente entre as operadoras de planos de saúde e os hospitais. A relação comercial destes dois atores será abordada na próxima seção deste capítulo.

4.1.1 Os atores envolvidos e sua relação comercial

Segundo a ANS (2000), as operadoras de planos de saúde e os hospitais no Brasil possuem relações comerciais desde o surgimento dos primeiros planos de saúde. Esta relação é baseada em acordos comerciais, onde as operadoras de planos de saúde consomem serviços dos hospitais através de seus beneficiários e os hospitais por sua vez prestam todo o atendimento médico hospitalar que os beneficiários demandarem.

Segundo a ANS (2017), os acordos comerciais entre ambos os atores devem ser celebrados através de contratos e devem possuir informações tais como: a tabela dos procedimentos médicos hospitalares, de materiais e medicamentos, a indicação de quais destes itens exigem autorização prévia para serem realizados e ou utilizados, o valor de cada item, a forma de reajustes dos valores de cada item, o modelo de remuneração a ser utilizado entre as partes e o prazo máximo que os hospitais poderão apresentar uma conta médico hospitalar para faturamento contra as operadoras de planos de saúde.

Os contratos estabelecem regras para realizar o reajuste da tabela de valores de procedimentos médicos, porém é comum acontecer rodadas extraordinárias de negociações para realizar reajustes dos valores da tabela de procedimentos médicos, bem como possíveis acordos de acréscimos e descontos. Segundo o entrevistado

EO1, isto ocorre devido ao fato da inflação do setor da saúde possuir valores diferentes da inflação geral do país.

Segundo o entrevistado EO2, as negociações de concessão de desconto para um determinado procedimento, material ou medicamento ocorrem muitas vezes baseada na frequência que este item ocorreu dentro de um determinado período de tempo, o qual está sendo avaliado pela negociação. Já as negociações para aplicação de acréscimo levam em consideração outros aspectos, tais como: a forma de execução do procedimento médico, o horário em que o procedimento será realizado, entre outros.

Segundo a ANS (2017), a maior parte dos contratos celebrados entre operadoras de planos de saúde e hospitais utiliza o modelo de remuneração *fee for service*, informação esta que foi confirmada durante o processo de entrevistas. Na visão dos entrevistados, o modelo de remuneração *fee for service* colabora para gerar um sentimento de desconfiança nesta relação, principalmente quando existem divergências entre os itens que foram previamente solicitados com os itens que realmente foram utilizados em um procedimento cirúrgico. Pode-se observar na fala do entrevistado EH3 esta preocupação:

O fechamento das contas hospitalares entre hospitais e operadoras de planos de saúde é um processo complexo, pois existem diversas regras a serem respeitadas. Quando um paciente vai até um hospital fazer um procedimento, o hospital precisa autorizar tudo antes de realizar a operação. Até aí tudo bem... o problema começa quando o médico solicita um procedimento e no ato da cirurgia realiza outro.

Durante a realização das entrevistas foi possível identificar que existe um sentimento de desconfiança entre operadoras de planos de saúde e hospitais. Quando questionados sobre a existência de desconfiança na relação, ambos os entrevistados confirmam a existência deste sentimento. Por parte dos hospitais, existe o sentimento que as operadoras de planos de saúde procuram encontrar mecanismos para aplicar glosas nos atendimentos prestados aos beneficiários, pois existem situações que itens são glosados mesmo existindo uma autorização por parte da operadora. Por parte das operadoras de planos de saúde, a existência do sentimento de desconfiança fica em evidência sempre que é encontrado diferenças entre a conta física do paciente, a qual é enviada em papel e a conta eletrônica enviada em arquivo digital gerada através do sistema de informação do hospital.

Segundo o entrevistado EO3, as diferenças encontradas entre a conta física e conta eletrônica despertam nas operadoras de planos de saúde a sensação que os hospitais podem estar apresentando contas hospitalares com itens adicionais, os quais podem não terem sido utilizados nos atendimentos prestados aos beneficiários. E o crescimento do sentimento de desconfiança entre as operadoras de planos de saúde e hospitais colabora para o aumento das despesas administrativas de ambos os atores.

Entretanto, segundo os entrevistados EH1 e EH2, as operadoras de planos de saúde estão constantemente modificando seus processos de gestão e faturamento de contas hospitalares, o que por consequência exige que os hospitais passem a enviar informações cada vez mais detalhadas sobre os procedimentos médicos hospitalares, materiais e medicamentos utilizados durante a internação do paciente.

O Quadro 14 apresenta a síntese dos conceitos abordados sobre a relação comercial entre operadoras de planos de saúde e hospitais.

Quadro 14 – Síntese dos Conceitos sobre a Relação Comercial entre os Atores

Atores envolvidos e sua relação comercial	
Acordos comerciais (contratos)	Os acordos comerciais entre os atores são celebrados através de contratos para definir valores de remuneração dos serviços realizados pelos hospitais.
Atualização de valores (reajustes)	Os valores são reajustados através de regras contratuais e também através de rodadas de negociações.
Modelo de remuneração	O modelo de remuneração com maior índice de utilização entre os atores é o <i>fee for service</i> .
Problemas	O principal problema da relação entre os atores é o sentimento de desconfiança entre as partes, o qual é impulsionado pela assimetria de informação e pelo modelo de remuneração.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.1.2 O processo de geração e faturamento de contas

Na visão dos entrevistados, o processo de geração e faturamento de contas hospitalares é um processo complexo. O mesmo é composto por diversas etapas, as quais envolvem a interação entre os hospitais e as operadoras de planos de saúde, e, internamente, a geração de informação relativa à conta também depende de interações entre setores e da dinâmica de evolução do paciente.

Durante o processo de observação *in loco* nos hospitais foi possível identificar que as contas hospitalares contemplam informações sobre: dados da elegibilidade do paciente, dados das prescrições médicas, dados das autorizações de procedimentos, dados dos procedimentos médico realizados, dados da evolução do paciente e por fim dados da alta do paciente.

O processo de construção das contas hospitalares inicia-se quando os beneficiários das operadoras de planos de saúde procuram por atendimento médico hospitalar, fato este que pode acontecer em duas situações, sendo elas: eletiva e de urgência e emergência. As situações eletivas são aquelas em que médico e paciente decidem em conjunto quando será realizado o procedimento médico. Já as situações de urgência e emergência, o atendimento é realizado de imediato, para ambos os casos existirá uma prescrição médica. Neste momento, uma série de documentos em papel (guias TISS – Anexo A, formulários padrão do hospital e documentos impressos do sistema de gestão do hospital) e dados eletrônicos são gerados.

Segundo o entrevistado EH4, o processo de inserção de dados no sistema de informação do hospital ocorre de forma paralela à geração dos documentos em papel, porém isto não é sincronizado, podendo assim gerar divergências entre as informações existentes nos documentos em papel e nos registros dos sistemas de informação.

Para minimizar o risco de gerar informações inconsistentes para consumo próprio e também para posterior envio as operadoras de planos de saúde, os hospitais realizam um processo criterioso de conferência e controle confrontando os documentos em papel e os dados inseridos nos sistemas de informações. E, em caso de identificação de inconsistências em uma conta hospitalar, os profissionais envolvidos neste processo são acionados para corrigir e equalizar as informações. Esse processo visa a assegurar qualidade de informação, mas é moroso e incorre em custos e ineficiências (retrabalho). Entretanto, sua importância pode ser observada na fala do entrevistado EH4:

Quando os documentos que compõem a conta do paciente descem do quarto do paciente para o nosso setor de contas hospitalares, eu aciono a minha equipe de enfermeiras auditoras para realizar a conferência de todos os itens e após estes documentos são encaminhados para o meu setor de conferência e controle, o qual tem a responsabilidade de validar se toda a informação que consta no papel foi inserida em nosso sistema de informação.

Durante as entrevistas com os gestores hospitalares foi possível identificar que o processo de internação hospitalar deve começar pela a elegibilidade do paciente, o qual é um processo simples, porém que pode impedir o faturamento de uma conta hospitalar de valores expressivos. Por essa razão, alguns hospitais estabelecem regras para iniciar o atendimento dos beneficiários. Pode-se observar na fala do entrevistado EH4 esta preocupação:

O beneficiário de um plano de saúde, ou seja, o meu paciente somente começa a ser atendido quando eu realizo o processo de elegibilidade deste beneficiário.

Entretanto, a elegibilidade não assegura correção total da informação. Durante a observação *in loco* dos processos hospitalares foi possível identificar uma conta de um paciente que estava apresentado um erro, o qual era oriundo do número da carteira de plano de saúde do paciente. O paciente foi internado utilizando uma carteira “X” e atualmente possui a carteira “Y”.

Os problemas oriundos da carteira do beneficiário estão atrelados ao fato de não existir uma integração entre os sistemas dos hospitais e as operadoras de planos de saúde. Outro fator que colabora para este problema é o fato de cada operadora possuir o seu método específico para realizar a elegibilidade do paciente, método este que pode variar desde um sistema *World Wide Web* (WEB), ligações telefônicas, entre outros.

Segundo o entrevistado EO4, durante o processo de elegibilidade do paciente a preocupação dos colaboradores do hospital está centralizada em verificar se o paciente em questão possui o direito a realizar os procedimentos médicos, neste processo não existe a preocupação em realizar a atualização do número da carteira do beneficiário no sistema de gestão do hospital.

O processo de admissão do paciente no hospital é realizado através de uma interação humana e envolve o cadastro do paciente no sistema de informação do hospital, processo este que é realizado apenas no primeiro atendimento ao paciente, para os próximos atendimentos são realizadas apenas a confirmação de dados cadastrais. Um número desatualizado de carteira de plano de saúde do beneficiário pode muitas vezes fazer que uma conta hospitalar demore dias ou até mesmo meses para ser faturada, gerando assim um prejuízo financeiro para os hospitais. (EO4).

Após o processo de admissão do paciente é realizada a análise ou geração da prescrição médica. Segundo o entrevistado EH5, a prescrição médica contempla as informações necessárias para realizar a internação do paciente, neste documento estão informados os procedimentos, materiais e medicamentos necessários para realizar o atendimento ao paciente.

Nas observações dos processos hospitalares foi possível identificar que as prescrições médicas são geradas antes e durante a internação hospitalar de um paciente. As prescrições geradas após a realização de um ato cirúrgico são oriundas do processo de evolução e acompanhamento do paciente.

Segundo o entrevistado EH3, a execução de procedimentos médicos e a utilização de materiais e medicamentos poderá exigir uma solicitação de autorização prévia, este fato ocorre por diversos motivos, sendo eles: o alto custo dos itens solicitados, execução de procedimentos de alta complexidade técnica e também pelo simples fato das operadoras de planos de saúde exigirem esta informação dos prestadores, visando assim ampliar o controle dos seus custos. O processo de autorização de procedimentos, materiais e medicamentos é um processo complexo, pois o tempo de resposta das operadoras de planos de saúde pode variar de acordo com o item solicitado, alguns itens podem ser aprovados de forma imediata e outros podem levar mais de um dia para ser aprovados, envolvendo a participação de auditores médicos.

Durante a realização do ato cirúrgico, o médico executante do procedimento pode identificar a necessidade de alterar o procedimento a ser realizado, utilizar materiais e medicamentos diferentes daqueles solicitados e aprovados inicialmente. Segundo o entrevistado EH3, esta situação ocorre em casos onde os exames de diagnósticos não foram assertivos sobre a situação clínica do paciente; portanto, quando o médico inicia o procedimento cirúrgico se depara com uma nova situação e, por consequência, realiza procedimentos diferentes dos planejados inicialmente.

Após a realização dos procedimentos cirúrgicos os hospitais realizam a conferência dos itens que foram solicitados e dos itens que foram realizados. Quando não existir divergências entre os itens solicitados pelos hospitais e autorizados previamente pelas operadoras de planos de saúde, o processo é finalizado, já para os casos em que ocorrem divergências, os hospitais necessitam realizar uma solicitação de autorização complementar.

Segundo o entrevistado EH3, as operadoras de planos de saúde possuem um tempo de resposta adequado para as solicitações de autorização prévia de procedimentos, porém o tempo de resposta para autorizações complementares pode demorar meses. Pode-se observar na fala do entrevistado EH4 esta preocupação:

Quando eu encontro divergências na conta do paciente entre os itens autorizados e os itens realizados eu já fico preocupado, pois sei que terei que aguardar dias para poder faturar esta conta.

Para as situações de divergência de informações, as operadoras de planos de saúde realizam análises criteriosas e solicitam novos documentos que comprovem a necessidade da mudança ocorrida. (EO3). Como observado nas entrevistas, esse sobrecontrole deve-se a condutas inadequadas ou equivocadas existentes no mercado, que reforçam a percepção de desconfiança entre os atores envolvidos.

Outro motivo que colabora para aumentar a complexidade do processo de faturamento das contas hospitalares é o fato que o processo de troca de informação entre os atores ocorre de forma assíncrona, isto é, nem sempre a informação é transmitida para as operadoras de planos de saúde no momento em que ocorreu o atendimento médico hospitalar, em alguns casos os processos de elegibilidade e autorização de procedimentos médicos ocorrem após a alta do paciente.

As atividades de análise de contas hospitalares contendo procedimentos que não foram autorizados ou com divergências de informações entre itens solicitados e autorizados podem adiar o faturamento de uma conta hospitalar por dias, fato este que gera impacto financeiro para ambas as partes envolvidas. Os hospitais ficam impossibilitados de receber os valores cobrados pelos atendimentos e por outro lado as operadoras de plano de saúde são impactadas através do seu custo operacional, pois necessitam investir uma quantidade de horas de análise adicional em uma determinada conta hospitalar.

Após a realização da elegibilidade, admissão, autorizações e execução dos procedimentos médicos, o processo de construção da conta hospitalar finaliza com a prescrição de alta do paciente. O processo de conclusão da conta envolve a compilação de todos os documentos que fazem parte da conta do paciente. (EH2).

Durante a realização das entrevistas com os gestores hospitalares foi possível identificar uma preocupação muito grande com o processo de geração e envio da

informação para as operadoras de planos de saúde. Pode-se observar na fala do entrevistado EH4 esta preocupação:

O processo de construção da conta do paciente é um processo que exige muito controle, pois os dados gerados através das guias em papel necessitam obrigatoriamente estar inseridos em nosso sistema de gestão, pois qualquer diferença entre os dados enviados em papel e o arquivo eletrônico gerado poderá ser motivo de glosa de um procedimento médico, material ou medicamento por parte da operadora.

Segundo o entrevistado EH5, os hospitais realizam uma validação dos documentos em papel e dos dados inseridos no sistema de informação para certificarem-se que todos os itens da conta do paciente estão de acordo com normas e regras das operadoras de planos de saúde, ou seja, verificar se os procedimentos médicos que necessitam de autorização foram autorizados e por fim enviar estes dados para as operadoras em dois formatos, sendo eles, os documentos em papel e o arquivo eletrônico no formato exigido pela ANS.

As contas hospitalares geradas em papel são enviadas através da empresa de correios ou de um colaborador do hospital, o qual realiza a entrega de forma presencial na operadora de planos de saúde, neste momento os hospitais recebem apenas um protocolo de entrega em papel. Já para as contas geradas no formato digital, as mesmas são enviadas através dos sistemas WEB das operadoras, sistemas estes que também são responsáveis pelo retorno dos dados processados.

Segundo os entrevistados EO1 e EH6, os hospitais e operadoras de planos de saúde realizam o faturamento de contas hospitalares em uma periodicidade quinzenal ou mensal, porém este prazo não é uma regra do mercado e pode variar dependendo do acordo comercial entre os atores. As operadoras de planos de saúde selecionadas para esta pesquisa somente iniciam os seus processos de faturamento de contas médicas hospitalares após receberem estas contas nos dois formatos, sendo eles, o formato em papel e o formato digital.

Segundo os entrevistados EO5 e EO6, após recepcionar as contas hospitalares, as operadoras de planos de saúde encaminham estas contas para os processos de auditoria administrativa, auditoria de enfermagem, auditoria médica e faturamento. Todas as contas recepcionadas são auditadas por completo, ou seja, as contas são auditadas item a item, fato este que torna este processo lento.

No processo de auditoria administrativa são realizadas as seguintes conferências: verificação se os dados dos documentos em papel estão de acordo com os dados dos arquivos digitais, verificação se todos os procedimentos foram executados de acordo com as regras contratuais, se os prestadores médicos estavam habilitados para executar os procedimentos e se os beneficiários estavam aptos e qualificados para realizar os procedimentos médicos. (EO6).

Segundo os entrevistados EO5 e EO6, quando as operadoras de plano de saúde encontram divergência entre os itens existentes nos documentos em papel e os itens dos arquivos, os itens divergentes são glosados, ou seja, a operadora se recusa a pagar pelos mesmos.

As cobranças de procedimentos médicos que desrespeitam as regras contratuais são glosadas. Segundo os entrevistados EO5 e EH3, os principais motivos deste tipo de glosas são: procedimentos cobrados com valor a maior do valor acordado em contrato, procedimentos realizados sem autorização prévia da operadora de plano de saúde e procedimentos sem cobertura contratual. Algumas contas hospitalares apresentam a execução de procedimentos realizados por médicos não qualificados para executar o procedimento em questão. Nestes casos, as operadoras realizam a glosa do procedimento.

Segundo o entrevistado EO4, este tipo de glosa ocorre em situações onde os procedimentos médicos são realizados por profissionais sem a especialidade médica necessária. Estes casos são comuns em localidades onde não existem médicos especialistas, somente clínicos gerais, porém em situações de urgência e emergência estes profissionais são acionados, nestes casos a auditoria médica tem autonomia para retirar a glosa realizada pela auditoria administrativa e autorizar o pagamento do procedimento. Segundo o entrevistado EO4, outro fator que colabora com este tipo de glosa é o fato do médico executante não possuir os seus dados cadastrais atualizados nas operadoras de planos de saúde, como por exemplo, ter concluído uma especialização médica e não ter informado a operadora de planos de saúde.

As operadoras de planos de saúde também realizam glosas devido ao fato dos prestadores de serviços médicos terem realizado atendimento para beneficiários inaptos e não qualificados. Nestes casos, podem ocorrer glosas de pagamento de valores aos hospitais, bem como a realização de uma cobrança integral do procedimento médico ao beneficiário do plano de saúde. Segundo o entrevistado EO4, os principais motivos desses casos de glosas são: os hospitais realizam o atendimento

médico sem ter realizado o processo elegibilidade do paciente, o plano de saúde do beneficiário não ter cobertura para o procedimento realizado, o beneficiário estar em carência, o médico executante não ter preenchido as informações da execução do procedimento de forma correta, entre outros.

Segundo o entrevistado EO5, ao término do processo de auditoria administrativa, as contas hospitalares são analisadas novamente, o processo de análise busca identificar se a conta hospitalar deve ser devolvida ao hospital ou se a mesma pode seguir para o próximo processo de auditoria.

Todas as contas médicas que possuem um grande volume de glosas ou possuem glosas nos principais itens da conta são devolvidas para o hospital. Segundo o entrevistado EO5, os principais motivos de devolução de contas por glosas são: beneficiário não identificado, procedimento não coberto pelo plano, entre outros.

O próximo processo do fluxo de auditoria é a auditoria de enfermagem. As operadoras de planos de saúde utilizam a auditoria de enfermagem para analisar se os procedimentos de acompanhamento e evolução do paciente durante o período de internação foram realizados de forma adequada, tais como, a administração de medicamentos para a dor e a dosagem administrada no paciente para este tipo de medicamento, entre outros.

Após a auditoria de enfermagem, inicia-se a auditoria médica. As operadoras de planos de saúde possuem critérios específicos para encaminhar uma conta hospitalar para a auditoria médica, tais como: o procedimento realizado, o tempo de permanência do paciente no hospital, o valor da conta hospitalar, entre outros.

Nas observações *in loco* foi possível identificar os principais fatores que levam uma conta ser glosada pela auditoria médica, sendo eles: procedimentos realizados sem uma justificativa técnica, utilização de materiais e medicamentos sem cobertura pelo plano de saúde do beneficiário, entre outros.

As contas com itens glosados podem ser recursadas pelos hospitais, as mesmas passam por um processo de recursos de glosas. Os processos de recursos de glosas envolvem uma nova análise administrativa e técnica, processo pelo qual são resolvidos os problemas da conta hospitalar, os quais envolvem desde um simples problema de elegibilidade do paciente até problemas complexos de solicitação de autorização de procedimentos.

Segundo o entrevistado EO5, as negociações de recursos de glosas buscam identificar os fatores que motivaram a glosa, identificar uma solução para resolver o

problema em questão, bem como realizar ajustes nos processos para que este problema não volte a se repetir, estas rodadas de negociações podem ocorrer a cada mês, semestre ou ano, este prazo é acordado em contrato entre os atores.

Após a execução das análises de auditoria de contas hospitalares as mesmas são encaminhadas para o setor financeiro realizar o pagamento, finalizando o processo de faturamento de contas. O Quadro 15 apresenta a síntese dos conceitos abordados sobre o processo de geração e faturamento de contas.

Quadro 15 – Síntese dos Conceitos sobre o Processo de Geração e Faturamento de Contas.

(continua)

Processo de geração e faturamento de contas hospitalares	
Características do processo de geração e faturamento	Este processo é considerado complexo, pois envolve a interação entre hospitais e operadora de planos de saúde, regras contratuais, processos de auditorias, entre outros.
Formato da geração das informações	As informações neste processo são geradas através de documentos em papel e também em formato digital. Para minimizar erros de divergência de dados, os hospitais realizam processos de conferência e controle dos dados gerados em papel e nos dados inseridos nos sistemas de informação.
Início do processo	Este processo é iniciado quando o beneficiário de um plano de saúde procura atendimento médico hospitalar. A procura por atendimento hospitalar acontece em caráter eletivo ou em caráter de urgência e emergência.
Elegibilidade do paciente	Processo simples, porém pode gerar impactos significativos, podendo até impedir o pagamento de uma conta hospitalar.
Problemas no processo de elegibilidade do paciente	Geralmente os problemas de elegibilidade são oriundos da informação do número do da carteira do plano de saúde do paciente desatualizada.
Formas de elegibilidade do paciente	O processo de elegibilidade do paciente possui variações conforme a operadora de planos de saúde, podendo ser via WEB, por telefone, entre outros.
Prescrição médica	É o documento que contempla todos os itens solicitados pelo médico para realizar o atendimento ao paciente, pode ser gerada antes e durante a internação hospitalar.
Autorização de procedimentos	Alguns procedimentos poderão exigir autorização prévia por parte da operadora. Dependendo do procedimento a autorização pode ser realizada de imediato ou poderá levar dias.
Execução dos procedimentos	Os procedimentos poderão ser alterados pelos médicos durante o ato cirúrgico. Os hospitais realizam um procedimento de conferência e controle dos procedimentos solicitados versus os procedimentos realizados.

(conclusão)

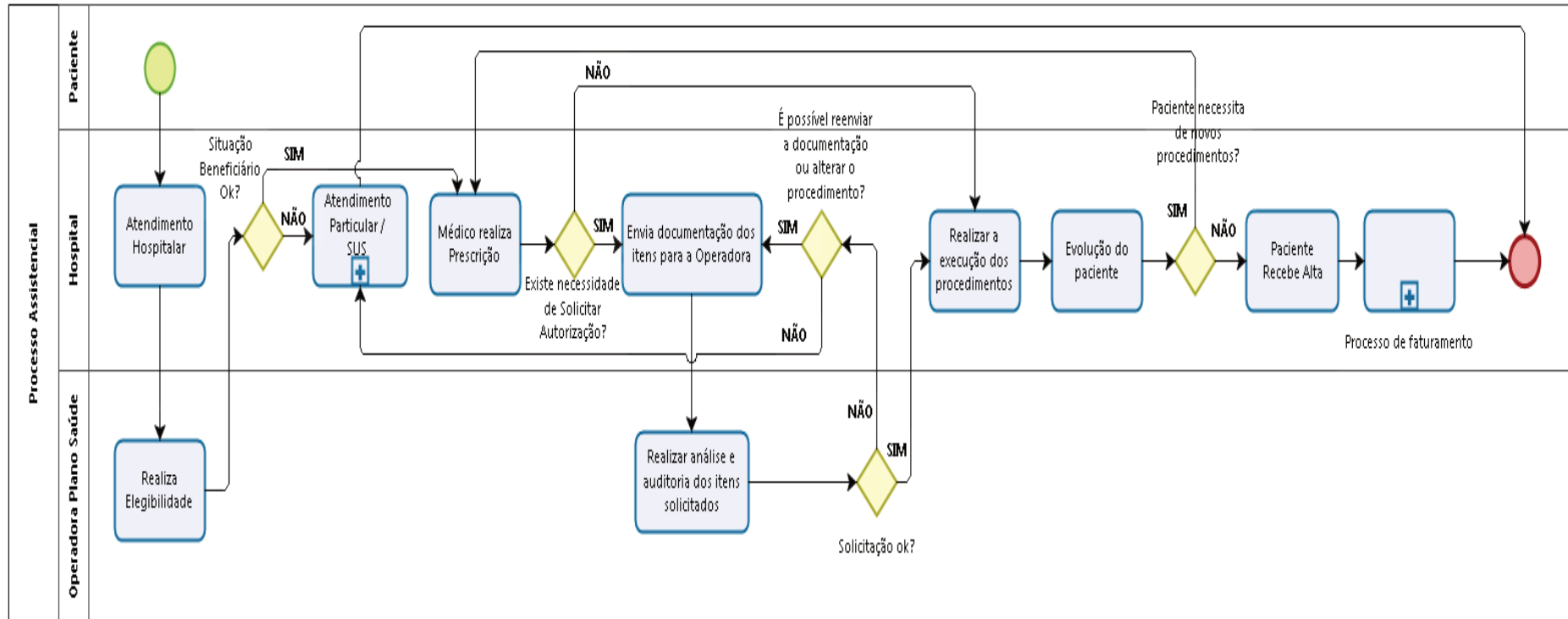
Processo de geração e faturamento de contas hospitalares	
--	--

Processo de interação entre hospital e operadora de plano de saúde	Este processo é assíncrono, ou seja, nem sempre a informação é enviada para a operadora no momento em que está sendo realizada no hospital.
Envio da conta para a operadora de plano de saúde	O processo de envio da conta para a operadora é realizado quando o paciente recebe alta, ou para casos de longa permanência é realizada o processo de alta administrativa. Neste processo o hospital realiza a conferência e controle dos documentos e envia a informação para as operadoras em papel e em arquivo digital.
Recepção das contas pelas operadoras de planos de saúde	As operadoras recebem as contas e certificam-se que as mesmas foram recebidas em formato físico e digital. Após iniciam os processos de auditoria administrativa, auditoria médica, rodadas de negociação de glosas e por fim o processo de faturamento.
Auditoria administrativa	Este processo realiza a busca por informações divergentes entre os itens cobrados pelos hospitais e os itens existentes em contratos.
Auditoria médica	Este processo realiza a busca por informações divergentes entre os serviços prestados pelos hospitais e as necessidades dos pacientes.
Negociações de glosas	Processo de negociação sobre itens negados pelas operadoras.
Faturamento	Processo de faturamento e pagamento de contas hospitalares.

Fonte: Elaborado pelo autor.

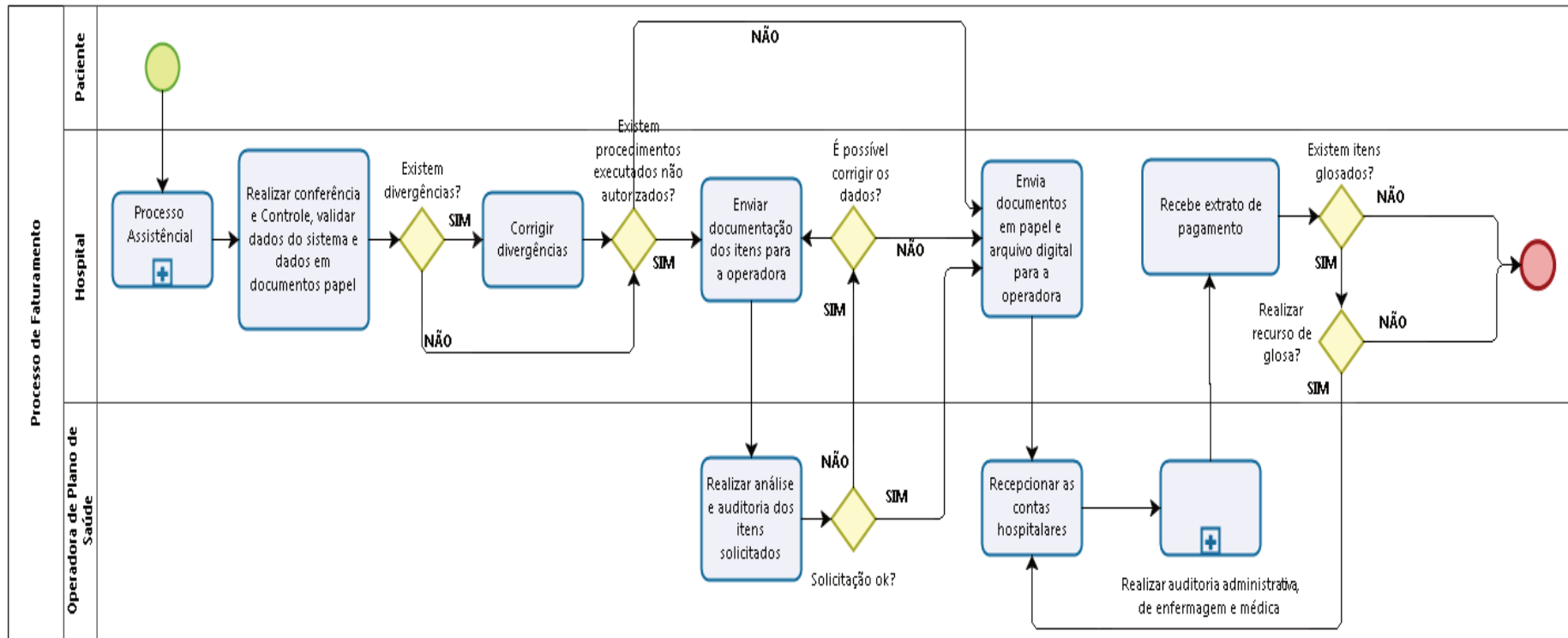
Com o objetivo de auxiliar a compreensão dos dados apresentados até o momento, a Figura 11 traz o fluxo do processo “assistência de atendimento ao paciente” e a Figura 12 o fluxo do processo “faturamento de contas hospitalares”.

Figura 11 – Fluxo do Processo “Assistência de Atendimento ao Paciente”



Fonte: Elaborado pelo autor.

Figura 12 – Fluxo do Processo “Faturamento de Contas Hospitalares”



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.1.3 Os aspectos normativos identificados

Desde o surgimento dos primeiros planos de saúde até os dias atuais, muitas ações foram realizadas para aprimorar a normatização dos processos existentes na relação entre operadoras de planos de saúde e hospitais, porém a regulação do setor iniciou somente em 1999 quando entrou em vigor a lei 9656/98, que dispõe sobre os planos de saúde e posteriormente com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. (ANS, 2017).

Durante o processo de coleta de dados, através das entrevistas, observações e análise documental foi possível identificar que os hospitais e as operadoras de planos de saúde possuem entre si regras para prestação e faturamento de serviços, regras para utilizar uma tabela padrão de codificação de procedimentos e regras para utilizar um padrão para troca de informações.

Para ofertar acesso aos serviços médicos hospitalares, os quais são previstos em lei através do rol de procedimentos da ANS, as operadoras de planos de saúde necessitam realizar contratos de prestação de serviços com os hospitais. Através dos contratos firmados com hospitais, as operadoras de planos de saúde contratam procedimentos médicos, estabelecem os valores a serem pagos por procedimento, materiais e medicamentos, bem como também estabelecem o modelo de remuneração que será utilizado pelos serviços. A celebração de contratos entre operadoras de planos de saúde e hospitais se tornou obrigatória em 2014 quando entrou em vigor a lei 13.003. (ANS, 2014). Segundo o entrevistado EO1, a lei 13.003 ajudou as operadoras de planos de saúde a formalizar os seus acordos comerciais com a rede de prestadores de serviços médicos hospitalares.

Nas observações *in loco* realizadas nos hospitais foi possível identificar que as informações geradas através dos atendimentos prestados pelos hospitais aos beneficiários das operadoras de planos de saúde estão padronizadas através TUSS. Também foi possível identificar que os documentos utilizados para gerar a informação a ser enviada para as operadoras de planos de saúde respeitavam o padrão TISS. A adaptação dos hospitais ao padrão TISS não fica vinculada apenas aos documentos em papel, mas também nas customizações dos seus sistemas de gestão, pois o arquivo de faturamento eletrônico enviado as operadoras de planos de saúde também necessitam atender este padrão.

O Quadro 16 apresenta a síntese dos conceitos abordados sobre os aspectos normativos identificados.

Quadro 16 – Síntese dos Conceitos sobre os Aspectos Normativos Identificados

Aspectos normativos identificados	
Lei 9.656	Esta lei estabelece a regulação do setor da saúde suplementar. Os hospitais não são regulados pela ANS.
Lei 13.003	Esta lei estabelece a obrigatoriedade da celebração de contratos em operadoras de planos de saúde e hospitais.
TUSS	A Terminologia Unificada da Saúde Suplementar estabelece a codificação dos procedimentos médicos realizados pelos prestadores de serviços das operadoras de planos de saúde.
TISS	A Troca de Informação na Saúde Suplementar estabelece o padrão para as operadoras de planos de saúde troca informações com os prestadores de serviços.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.1.4 Os aspectos informacionais identificados

Nos processos de observações *in loco* foi possível identificar que os hospitais possuem procedimentos padronizados para realizar o atendimento aos beneficiários das operadoras de planos de saúde e também para realizar o faturamento destas contas.

Os atendimentos aos beneficiários seguem a seguinte ordem: identificação e a elegibilidade do beneficiário, cadastro do beneficiário no sistema de atendimento, inserção da prescrição médica, solicitação de autorização da execução do procedimento médico, realização a execução do procedimento médico, acompanhamento da evolução do paciente, o processamento e faturamento da conta hospitalar e por último o recurso de glosas quando necessário.

Para cada tipo de atendimento realizado existe uma série de informações que são coletadas e inseridas em formulários padronizados pela ANS através do TISS. O padrão TISS estabelece os dados necessários para cada tipo de atendimento. As informações geradas pelos hospitais estão padronizadas através TUSS, a qual é dividida em quatro segmentos: procedimentos médicos; diárias e taxas; materiais e medicamentos; e OPME. A TUSS possui 54 tabelas de codificação, as quais juntas possuem aproximadamente mais de 560.000 itens que contemplam procedimentos médicos; diárias e taxas; materiais e medicamentos; e OPME. (ANS, 2017).

Durante a observação do processo de elegibilidade do paciente foi possível identificar que este processo exige dois parâmetros, o número da carteira do plano de saúde do beneficiário e o seu nome. Cada operadora possui um canal próprio para realizar este processo, o qual poderá ser uma central de atendimento via telefone ou um sistema WEB, entre outros.

O processo de elegibilidade do paciente retorna ao hospital um resultado, o qual poderá ser positivo ou negativo. Para os casos de resultados positivos, o hospital segue com o processo de atendimento, cadastrando o beneficiário em seu sistema de informação. Já para os casos de resultados negativos, o hospital poderá repetir o processo para confirmar o resultado, atender o paciente de forma particular ou não realizar o atendimento.

Durante o processo de observação *in loco* nos hospitais foi possível identificar duas situações de negativa de atendimento ao beneficiário, as quais ocorreram em função do processo de elegibilidade, motivadas pelos seguintes fatos: data de validade da carteira do plano de saúde vencida; e por falta de cobertura do plano de saúde do beneficiário para atendimento naquele hospital.

Para a situação de carteira de plano de saúde com validade vencida, o colaborador do hospital realizou o contato com a operadora de plano de saúde, informou o CPF e o nome do beneficiário que solicitava o atendimento, após receber estas informações a operadora de plano de saúde informou o número da nova carteira de plano de saúde do beneficiário para o hospital, o qual repetiu o processo de elegibilidade e obteve um resultado positivo, podendo assim, dar sequência ao atendimento ao beneficiário.

Para a situação de falta de cobertura do plano de saúde do beneficiário para atendimento naquele hospital, o colaborador do hospital informou o motivo para o beneficiário e questionou se o mesmo desejava continuar com o atendimento de forma particular, o beneficiário optou por não prosseguir com o atendimento, encerrando-se assim este processo.

Durante a realização das entrevistas com os gestores hospitalares foi possível identificar uma preocupação muito grande com o processo de elegibilidade do paciente. Pode-se observar na fala do entrevistado EH6 esta preocupação:

A elegibilidade do paciente é um processo importante, pois um erro neste processo poderá gerar complicações futuras durante o processo de faturamento da conta hospitalar.

Conforme apresentado na seção 4.1.2, durante o processo de observação foi possível identificar que a prescrição médica poderá dar origem a uma série de solicitação de autorização de procedimentos. Este processo exige a interação entre hospitais e operadoras de planos de saúde e envolve uma série de informações, as quais estão diretamente ligadas ao procedimento solicitado.

Segundo o entrevistado EH3, o hospital envia a solicitação de autorização de procedimentos para a operadora de plano de saúde com as informações do procedimento, as operadoras de planos de saúde realizam a análise e a auditoria da solicitação e emitem um parecer positivo ou negativo.

Para casos de retorno positivo, o hospital segue com o fluxo de atendimento ao paciente. Para os casos de retorno negativo, o hospital busca informações junto à operadora de plano de saúde para entender a situação e, caso seja possível fazer ajustes na solicitação, reúne novas informações e repete o processo. Caso receba nova negativa, realiza uma nova análise da situação. Para casos não urgentes, comunica o paciente, o qual deve decidir se cancela a execução do procedimento ou se realiza o mesmo de forma particular; para casos urgentes, os hospitais realizam o procedimento e após decidem como realizar a cobrança, a qual poderá ser feita diretamente ao paciente ou através de uma nova rodada de negociações com a operadora de planos de saúde.

Segundo o entrevistado EO3, os casos mais frequentes de negativas pelas operadoras de planos de saúde estão associados à solicitação de autorização para uso de: OPME importado, procedimentos fora do ROL da ANS e medicamentos não regularizados pela ANVISA. Para as solicitações de OPME importados os médicos auditores das operadoras de planos de saúde podem sugerir a utilização de um OPME nacional, nestas situações os hospitais analisam a situação e por vezes refazem a solicitação, a qual contemplará a sugestão da operadora.

Segundo o entrevistado EH3, os hospitais também realizam solicitações de autorização após a realização do procedimento, pois durante a execução do ato cirúrgico, o médico pode necessitar realizar procedimentos adicionais ou decidir realizar outro procedimento e utilizar material diferente do qual foi solicitado e autorizado previamente. Esta situação obriga os hospitais realizarem correções nas informações geradas e solicitar novas autorizações de procedimentos as operadoras de planos de saúde.

Segundo o entrevistado EH3, as operadoras de planos de saúde autorizam os procedimentos médicos solicitados previamente entre 2 a 5 dias, porém para os casos em que a solicitação é feita após a realização da cirurgia as operadoras chegam a demorar mais de 30 dias para dar um retorno e solicitam diversas informações adicionais que justifiquem o porque da solicitação não ter sido realizada anteriormente.

Durante a construção da conta do paciente o hospital também utiliza documentos próprios para reunir informações sobre as prescrições médicas, dados referentes à parte de enfermagem e administração de medicamentos. Todos estes dados são validados e posteriormente inseridos nos sistemas de informações dos hospitais, os quais são transformados no padrão TISS quando as contas são enviadas para as operadoras de planos de saúde.

As contas dos pacientes são enviadas para faturamento contra a operadora de plano de saúde em duas situações, quando o paciente recebe alta, isto é, quando deixa o hospital ou em situações em que o paciente fica internado por um longo período, nestes casos os hospitais e as operadoras de planos de saúde negociam pagamentos parciais, isto é, as despesas geradas pelos pacientes até aquele momento são verificadas e faturadas contra as operadoras de planos de saúde. A conta do paciente é enviada em dois formatos, sendo eles, os documentos em papel e o arquivo digital no formato padrão TISS.

Os hospitais possuem contratos com diversas empresas de planos de saúde e o contrário também é verdadeiro. Quando um hospital finaliza uma conta de um paciente, ele precisa identificar a operadora de planos de saúde daquele beneficiário para identificar qual o canal de comunicação deverá ser utilizado. As operadoras de planos de saúde possuem canais diferentes para recepcionar os arquivos eletrônicos, isto se caracteriza devido ao fato de cada operadora possuir o seu próprio sistema WEB (portal de transações). Segundo o entrevistado EH4, o fato de cada operadora possuir sistemas diferentes, prejudica o processo interno do hospital.

As operadoras de planos de saúde recebem os dados enviados pelos hospitais através de um canal de comunicação pré acordado com os hospitais. De posse dos arquivos digitais e físicos as operadoras iniciam os seus processos internos de auditoria, faturamento e pagamento das contas hospitalares.

O processo de auditoria de contas hospitalares das operadoras de planos de saúde envolve os seguintes profissionais: auditores administrativos; auditores de

enfermagem e auditores médicos. Estes profissionais auditam todos os itens das contas e, quando identificam divergências em algum item realizam a glosam do mesmo.

Durante o processo de observação *in loco* nas operadoras de planos de saúde foi possível identificar dois casos de glosas de contas hospitalares, sendo eles: conta hospitalar vinculada a um beneficiário com uma carteira de plano de saúde inválida e; conta hospitalar contemplando procedimento não autorizado.

Durante a realização das entrevistas com os gestores das operadoras de planos de saúde foi possível identificar uma insatisfação com o conjunto de informações recebidas dos hospitais. Pode-se observar na fala do entrevistado EO3 esta insatisfação:

A auditoria de contas hospitalares é um processo complexo, pois a execução de um procedimento médico possui uma série de dados variáveis, os quais muitas vezes o auditor não possui acesso no momento em que está analisando uma conta. Caso o hospital esqueça de enviar uma informação que justifique a execução de um procedimento ou a utilização de um material ou medicamento, este item será glosado, fato este que implicará por consequência em uma série de atividades extras para regularizar este pagamento. Poderíamos reduzir este tipo de glosa se tivéssemos acesso à informação no momento em que ela está acontecendo.

Ao término do processo de auditoria de contas hospitalares, as operadoras realizam o pagamento dos itens não glosados e enviam para os hospitais um extrato detalhado das contas processadas. Neste extrato estão contempladas as informações dos itens pagos e dos itens glosados.

Ao receber o retorno das operadoras de planos de saúde referente às contas hospitalares enviadas para faturamento, os hospitais realizam a identificação e análise dos itens glosados, e posteriormente realizam o processo de recurso de glosas. Os processos de recursos de glosas envolvem por parte dos hospitais a apresentação de informações complementares referentes aos procedimentos realizados aos beneficiários das operadoras de planos de saúde.

Segundo o entrevistado EH2, para resolver a situação de carteira de plano de saúde inválida, o hospital realiza contato com o beneficiário e até mesmo com a operadora de plano de saúde para obter o número atual da carteira do beneficiário e atualizar esta informação na conta do paciente para posteriormente reenviar esta conta para faturamento contra a operadora de planos de saúde. O entrevistado também reporta que esta situação poderia ter sido evitada se esta informação tivesse

sido atualizada no sistema de informação do hospital no momento da elegibilidade do paciente.

Segundo o entrevistado EH4, o envio de contas hospitalares contemplando procedimentos não autorizados se justifica pelo fato das mudanças dos procedimentos realizados pelos médicos durante o ato cirúrgico. Para este tipo de glosa realizada pela operadora, o hospital busca reunir informações do ato cirúrgico que comprovem a necessidade de alteração do procedimento para posteriormente reenviar esta conta para faturamento contra a operadora de planos de saúde.

Por parte das operadoras é realizado uma nova análise para decidir se o recurso é aceito ou não. Para recursos aceitos, a operadora dá sequência ao pagamento destes procedimentos, para recursos negados a operadora envia um novo extrato para os hospitais, os quais poderão realizar um novo recurso de glosa, repetindo assim este ciclo de recursos. O recurso de glosa poderá ser repetido quantas vezes os hospitais e as operadoras acharem necessário.

O Quadro 17 apresenta a síntese dos conceitos abordados sobre os aspectos informacionais identificados.

Quadro 17 – Síntese dos Conceitos sobre os Aspectos Informacionais Identificados

Aspectos informacionais identificados	
Processos padronizados	O padrão TISS possui um formulário padrão para cada tipo de atendimento realizado pelos hospitais aos beneficiários das operadoras de planos de saúde.
Dados padronizados	O padrão TISS possui tabelas de codificação de procedimentos, materiais e medicamentos e permite acordos entre hospitais e operadoras de planos de saúde para a inserção de novos itens. Os dados são gerados em documentos em papel e também no formato digital.
Resultados dos processos (positivos e negativos)	Os processos realizados pelos hospitais e operadoras geram resultados que podem ser positivos ou negativos, para cada resultado existe um fluxo e um conjunto de informações que necessitam ser tratadas. Os resultados negativos permitem ajustes e reproprocessamento.
Canal de transmissão de dados	As contas hospitalares digitais são enviadas através de sistemas WEB das operadoras de planos de saúde. O fato dos hospitais interagirem com diversas operadoras implica nos hospitais utilizarem diversos sistemas WEB.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2 A INFLUÊNCIA DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO

Os modelos de remuneração identificados durante o processo de observação *in loco* nas organizações selecionadas para esta pesquisa foram o *fee for service* e o DRG. O *fee for service* é o modelo de remuneração oficial destas organizações, já o

DRG está em uma fase experimental de implantação através de um projeto piloto entre um hospital e uma operadora de planos de saúde.

Conforme já mencionado no Capítulo 2 desta dissertação, no modelo de remuneração *fee for service* os hospitais são remunerados por todo os procedimentos e itens utilizados durante a assistência médica prestada ao paciente, fato este que transfere todo o risco financeiro do negócio para as operadoras de planos de saúde. Outro impacto negativo do modelo de remuneração *fee for service* é fato do mesmo não permitir a estas organizações prever de forma antecipada qual será a sua despesa mensal, oriunda das contas hospitalares de seus beneficiários.

As operadoras de planos de saúde por sua vez buscam encontrar formas de reduzir riscos de arcar com despesas desnecessárias a assistência dos beneficiários através dos seus processos de autorização de procedimentos, conferência e controle e auditorias. Segundo os gestores das operadoras de planos de saúde entrevistados, as operadoras possuem profissionais capacitados para realizar auditorias técnicas que as auxiliam a encontrar divergências nos procedimentos solicitados e executados pelos hospitais.

Segundo o entrevistado EO5, para os processos de auditoria de contas hospitalares as operadoras de planos de saúde investem aproximadamente 10% de seus colaboradores para realizar a conferência manual destas contas. Os processos de conferências são realizados com o objetivo de encontrar cobranças indevidas. Estes processos geram impactos nos hospitais, pois a cada mudança realizada pelas operadoras, os mesmos necessitam adaptar os seus processos internos para atender as novas solicitações evitando assim glosas futuras. Segundo os gestores hospitalares entrevistados, os hospitais investem aproximadamente entre 10% a 15% do seu quadro de colaboradores para realizar atividades de solicitação de autorização de procedimentos e conferência e controle da construção da conta hospitalar.

O modelo de remuneração *fee for service*, atrelado à inexistência de um modelo interativo de troca de informação entre hospitais e operadoras de planos de saúde, colabora para fomentar o sentimento de desconfiança entre estes atores. Uma forma de melhorar os processos de faturamento de contas hospitalares entre hospitais e operadoras que utilizam o modelo de pagamento *fee for service* é aproximar os atores, ou seja, tornar o processo de troca de informações entre os atores interativo. Segundo o entrevistado EO2, o acesso à informação no momento em que a mesma é gerada proporcionaria ao processo de faturamento uma redução no sentimento de

desconfiança existente entre ambos os atores. Pode-se observar esta afirmação em sua fala:

O modelo de pagamento *fee for service* incentiva a produção serviços médicos, fato este que colabora para surgir desconfiança entre as partes envolvidas, portanto se conseguíssemos acessar a informação no momento em que ela está sendo gerada seríamos mais assertivos em nossos processos administrativos de faturamento de contas médicas.

Em outra perspectiva, a utilização do modelo de pagamento por DRG afeta diretamente o atual modelo de negócios entre hospitais e operadoras de planos de saúde, pois altera a forma de relacionamento entre esses atores. Conforme já apresentado no Capítulo 2 desta dissertação, no modelo de pagamento por DRG, hospitais e operadoras de planos de saúde necessitam realizar um processo inicial de codificação de procedimentos, ou seja, ambos os atores necessitam acordar as características que farão um determinado procedimento receberá um código DRG. Após vencida a etapa de codificação de procedimentos, hospitais e operadoras de planos de saúde estarão aptos para iniciar o faturamento de contas hospitalares.

Durante o processo de observação *in loco* na operadora de planos de saúde que está implementando o piloto DRG, pioneiro no país até onde acessível a informação nas fontes consultadas, foi possível identificar que no processamento de contas hospitalares não é necessária a solicitação de autorização de procedimentos. Neste caso os hospitais necessitam apenas reunir informações que comprovem que um determinado atendimento possui as características do código DRG atribuído ao mesmo. Entretanto durante o atendimento a um determinado paciente, o mesmo poderá ter a sua admissão hospitalar motivada por um código DRG e a sua alta por outro código DRG. Nesse caso, os processos descritos anteriormente ainda se aplicam.

Dadas as características do modelo de pagamento por DRG é possível identificar que um modelo interativo de troca de informações entre hospitais e operadoras também produz benefícios, pois, se de um lado este modelo reduz a necessidade de solicitação de autorização e auditoria de procedimentos, o mesmo não elimina a necessidade de se realizar a elegibilidade do paciente, a necessidade da operadora de plano de saúde conhecer quando os seus beneficiários estão realizando uma internação hospitalar, bem como conhecer também a evolução do

quadro de saúde do beneficiário, buscando assim mitigar os seus riscos financeiros e zelar pela assistência a saúde do mesmo.

O Quadro 18 apresenta a síntese dos conceitos sobre os modelos de pagamento *fee for service* e o modelo de pagamento por DRG

Quadro 18 – Síntese dos Conceitos sobre os Modelos de Pagamento *fee for service* e o Modelo de Pagamento por DRG

Aspectos informacionais identificados		
	<i>FEE FOR SERVICE</i>	DRG
Formato de remuneração dos serviços	Os serviços são remunerados por produção médica, ou seja, quanto mais o hospital produzir, mais irá receber.	O pagamento é realizado por um determinado pacote de serviços classificados por uma codificação.
Impacto no modelo de negócio atual	Este modelo de pagamento incentiva o desenvolvimento de processos de auditoria e controle de contas hospitalares.	Este modelo elimina a necessidade de solicitação de autorização de procedimentos e a auditoria item por item da conta hospitalar.
Impacto no modelo proposto	Necessita de diversas interações para enviar e receber retornos sobre a realização de procedimentos.	Necessita de poucas interações durante a realização de procedimentos.

Fonte: Elaborado pelo autor.

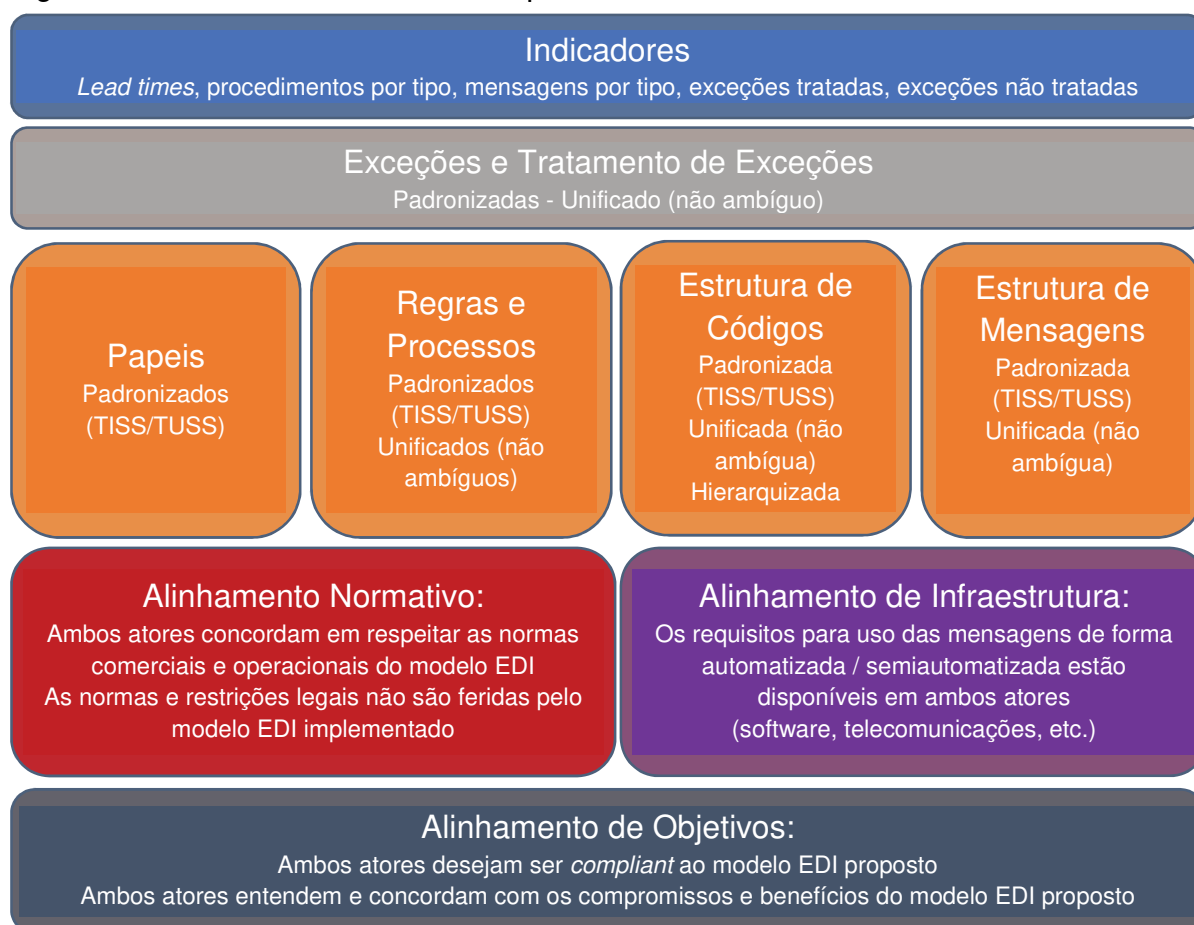
Os modelos de remunerações moldam o relacionamento entre as operadoras de planos de saúde e os hospitais, pois os mesmos estabelecem regras para gerar as receitas dos hospitais e as despesas das operadoras de planos de saúde. O modelo atual de troca de informações entre as operadoras de planos de saúde e hospitais não colabora para uma gestão eficaz dos processos existentes. Pelo contrário, o modelo atual prejudica os processos atuais gerando sentimentos de desconfianças entre os atores, portanto estes fatores motivam o desenvolvimento de um novo modelo de troca de informações entre estes atores.

5 MODELO PROPOSTO

Este capítulo apresenta o artefato principal desta pesquisa, isto é, o modelo informacional proposto, alinhado ao objetivo de dar suporte ao processo de faturamento e de prestação de contas dos serviços realizados pelos hospitais para os beneficiários das operadoras de planos de saúde. A proposta visa a possibilitar, em tempo hábil, o controle de dados de contas hospitalares, e a redução da assimetria de informação de ambas partes, hospitais e operadoras de planos de saúde, durante esse processo.

O modelo proposto foi desenvolvido com base nas premissas de EDI e elementos dos modelos de troca de informações descritos no Capítulo 2, em particular o TISS. Também contempla as evidências compiladas da coleta de campo apresentadas no Capítulo 4. A Figura 13 apresenta graficamente a estrutura do modelo proposto.

Figura 13 – Estrutura do Modelo Proposto



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.1 COMPONENTES DO MODELO PROPOSTO

Conforme apresentado na Figura 13, o modelo proposto é constituído por 5 componentes, sendo eles: alinhamento de objetivos; alinhamentos normativo e de infraestrutura necessários para adoção do modelo; definição de Papeis, Regras e Processos, Estrutura de Códigos e Estrutura de Mensagens; tratamento de Exceções; e indicadores de monitoramento e controle. Estes componentes serão apresentados de forma detalhada nas seções a seguir.

5.1.1 Alinhamento de Objetivos

Conforme apresentado no Capítulo 4, os acordos comerciais e alinhamentos de objetivos entre hospitais e operadoras de planos de saúde são celebrados por meio de contratos, os quais contemplam uma série de alinhamentos negociais, tais como: os serviços que serão prestados pelos hospitais aos beneficiários das operadoras; as regras de negócios que necessitam ser respeitadas para a execução dos procedimentos contratados, os prazos em que serão realizadas as cobranças dos procedimentos executados, os valores cobrados por procedimentos realizados, entre outros.

Entretanto alguns fatores, tais como o modelo de remuneração vigente, a configuração dos sistemas e as práticas de troca de informação, interferem diretamente na relação destes atores. Por consequência os processos, regras e prazos acordados previamente em contratos, podem não ser respeitados. Sem a adequada gestão dessa informação, perdas decorrentes de ineficiências e de desconfiças entre as partes podem gerar ônus que serão carregados para a operação e, por consequência, para o paciente, via sistema de saúde.

O modelo de EDI proposto possui características que também necessitam inclusão, quando da celebração do contrato entre prestador e operadora, para alinhar detalhadamente os objetivos entre os atores, tais como: os papeis e responsabilidades de cada ator; os processos que serão contemplados pelo modelo; a estrutura das mensagens; as regras de negócio, tais como prazos para envio e resposta das mensagens e; tratamento de exceções. Os hospitais e operadoras de planos de saúde necessitam conhecer, compreender e concordar com os compromissos e benefícios oriundos do modelo proposto.

Os compromissos de ambos os atores com o modelo proposto passam pelas configurações dos 5 componentes do modelo, as quais contemplam as definições de: normas comerciais para a execução e a adequação dos seus processos operacionais; definição e alinhamento de infraestrutura necessária para implementação do modelo de EDI proposto; a definição de papéis, regras e processos, estrutura de códigos e mensagens; exceções e tratamento de exceções; e, por último, a definição de indicadores para monitorar os resultados desses processos, bem como identificar melhorias e correções a serem aplicadas ao modelo de EDI proposto.

Conforme apresentado no Capítulo 4, atualmente os hospitais geram informações sobre os atendimentos realizados aos seus pacientes e transmitem estas informações ao final destes atendimentos ou através de cobranças parciais, as quais são acordadas previamente com as operadoras de planos de saúde. O processo atual também possui regras contratuais para a realização de processos que não são respeitadas, tais como, a solicitação de autorização de procedimentos, onde os hospitais não respeitam os prazos para realizar esta atividade.

O modelo de EDI proposto tem como premissa o alinhamento de objetivos entre os atores para realizar a troca de informações durante todo o processo de atendimento ao paciente, para tanto se faz necessário que ambos os atores tenham conhecimento de seus papéis e responsabilidades, que possuam a infraestrutura adequada e, que cada um realize as suas atividades respeitando as regras e os processos. Sendo assim, o processo de solicitação de autorização de procedimento ocorrerá através de transações do modelo de EDI proposto, ou seja, dentro das regras e prazos preestabelecidos entre os atores e, caso desrespeite estas regras, a mesma será identificada e tratada pelo componente de exceções.

O modelo de EDI proposto tem como objetivo melhorar o processo de troca de informação entre os atores e, por consequência explicitar situações que atualmente não respeitam as regras contratuais. Para tanto, hospitais e operadoras de planos de saúde deverão acordar quais processos do modelo utilizarão, os momentos em que cada mensagem deverá ser gerada e enviada do hospital para a operadora, o prazo de respostas para cada mensagem enviada, o conjunto de regras e o tratamento das exceções a estas regras. Nesse sentido, é necessário considerar que prazos e práticas vigentes, baseadas em um modelo manual de troca de informações, necessitam ser revistos e rediscutidos. Por exemplo, eventos de envio e retorno de informações parciais podem se tornar mais frequentes, conforme acordado entre as

partes, de modo a evitar que informações equivocadas gerem processos de auditoria posteriores, reduzindo a carga de trabalho e os prazos globais do faturamento da conta. Da mesma forma, prazos de retorno de autorizações podem ser reduzidos, conforme acordado entre as partes, com base nos parâmetros informados nas mensagens EDI e previamente contratados. Dessa forma, processos baseados em DRG, por exemplo, poderiam ser beneficiados, ainda que se estime que benefícios ainda maiores possam ser evidenciados em outros modelos de pagamento, como o *fee for service*.

O Quadro 19 apresenta os principais objetivos que hospitais e operadoras de planos de saúde precisam alinhar para iniciar a utilização do modelo proposto. O detalhamento desses itens é apresentado nas seções seguintes.

Quadro 19 – Alinhamento de Objetivos entre Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde

Alinhamento de Objetivos
Definição dos papéis e responsabilidades de cada ator.
Definição dos processos do modelo proposto que serão utilizados.
Definição dos momentos em que cada mensagem deverá ser enviada do hospital para a operadora.
Definição do tempo de respostas das mensagens recebidas por parte das operadoras.
Definição da forma de tratar as exceções.

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.1.2 Alinhamentos Normativos

Conforme apresentado nos capítulos 2 e 4, a relação comercial existente entre hospitais e operadoras de planos de saúde é marcada pela forte regulação da ANS. Dessa forma, o modelo de EDI proposto foi desenvolvido observando os aspectos normativos da TISS e TUSS, seguindo o padrão já requerido normativamente.

O processo atual de troca de informações entre hospitais e operadoras de planos de saúde ocorre através do envio de dados em dois formatos, sendo eles, em papel, através das guias TISS, e também em formato digital, através de arquivos XML, os quais atualmente são utilizados com ênfase ao suporte do processo de faturamento das contas hospitalares. Estes arquivos também são gerados dentro do padrão TISS e TUSS.

Conforme apresentado no Capítulo 4, os atuais aspectos normativos desta relação obrigam ambos os atores a utilizarem documentos em papéis, decisão esta

que é imposta pelas operadoras aos hospitais. O modelo de EDI proposto contempla mensagens que suportam a substituição das guias em papel por arquivos eletrônicos. Porém, ainda que fortemente recomendado, coerentemente com os princípios de existência do EDI, o modelo não obriga os atores a abandonarem as guias em papel. Logicamente, a manutenção de guias em papel tornará o processo moroso e os prazos de respostas para tratamento de dados e de exceções deverão ser compatibilizados com essa restrição.

O uso de guias em papel é relacionado a aspectos de segurança jurídica e resguardo contábil. Entretanto, o investimento em sistemas de Gestão Eletrônica de Documentos (GED) pode atender os mesmos quesitos de segurança, reduzindo custos de armazenagem e de operação para ambos atores, além de mitigar riscos de perda ou extravio de informação. (ROSSÉS et al. 2016).

O modelo de EDI proposto também contempla normas que necessitam ser respeitadas por ambos os atores. Essas normas são manifestadas nos papéis e nas responsabilidades de cada ator dentro do modelo proposto. Os dados transacionados devem, pelo menos, suprir todos os campos requeridos na TISS, no padrão da TUSS, e também informativos legais e fiscais requeridos pela legislação vigente. Tais campos são transacionados como conteúdo das mensagens, registradas por ambas partes em seus sistemas, após decodificação. Prazos para geração e transmissão das mensagens de um ator para o outro podem ser reduzidos conforme o grau de confiança e suporte de infraestrutura das partes, mas não podem exceder prazos máximos requeridos pela ANS, por exemplo. Dessa forma, observa-se que o conteúdo e o processo de trânsito das mensagens devem ser concebidos de forma a atender aspectos normativos relacionados às práticas em saúde, definidos pelos organismos reguladores. Diferem, portanto, em forma e em dinâmica, mas não em conteúdo, do processo realizado atualmente.

5.1.3 Alinhamento de Infraestrutura

Conforme apresentado nos capítulos 2 e 4, atualmente os hospitais e operadoras de planos de saúde possuem sistemas de informação que são aderentes ao padrão TISS e TUSS, os quais já contemplam funcionalidades para gerar arquivos eletrônicos no padrão TISS ou suprir eventuais carências por meio de formulários em papel.

Atualmente ambos atores já possuem processos de troca de informação entre si. Porém o foco desta atividade está centralizado no processo de faturamento de contas hospitalares, o qual ocorre após o processo de alta dos pacientes: os hospitais geram arquivos de cobrança (*ex-post-facto*) e transmitem estes arquivos para as operadoras de planos de saúde, as quais recebem estes arquivos e os submetem as suas rotinas de processamento de regras de negócios, como consequência deste processamento geram os pagamentos e as glosas dos procedimentos cobrados pelos hospitais.

As operadoras de planos de saúde aplicam regras de negócios que são definidas em contratos comerciais entre os atores, porém as mesmas são aplicadas somente ao final do processo atual de troca de informações. Ou seja, se o ator gerador da informação cometer algum erro, o mesmo somente tomará conhecimento de seu erro no final do processo.

O alinhamento de infraestrutura para o modelo proposto prevê um acordo entre as partes sobre a adaptação (se necessário) dos sistemas informacionais, de modo que as mensagens transacionadas pelo EDI possam ser adequadamente lidas e tratadas em cada organização. Prevê também a decisão sobre a incorporação de sistemas GED em ambas partes, premissa que tem impacto direto sobre a eficiência do processo de troca de informações.

Uma vez que ambos os atores tenham concordado em utilizar o modelo de EDI proposto e customizado os seus sistemas de informação para atender as necessidades do mesmo, o processo de troca de informação deverá ser interativo. Isto é, deverá ocorrer durante o tempo de internação do paciente, bem como o tempo de resposta da operadora, o qual deverá ocorrer dentro dos prazos pré-acordados entre os atores. Para tal, os processos de suporte e de infraestrutura computacional precisam estar mapeados e ajustados a essa dinâmica diferenciada do padrão vigente de troca de informações.

A estrutura de troca de informação do modelo de EDI proposto ocorre através de um conjunto de mensagens herdadas do padrão TISS e também de mensagens específicas do próprio modelo. Para realizar a geração, envio e recepção destas mensagens ambos os atores necessitam dispor de um sistema de informação que contemple estas funcionalidades. Conforme apresentado no Capítulo 4, ambos os atores consideram a criação de novas mensagens uma tarefa possível de ser realizada. Sob o ponto de vista técnico, a camada de troca de mensagens pode ser

implementada por módulos existentes em sistemas ERP ou por módulos acoplados, responsáveis especificamente por codificar-transmitir-decodificar as mensagens entre as partes. Nesse sentido, segue-se o modelo conceitual difundido e padronizado pelos sistemas EDI em geral.

O conjunto de mensagens existentes no modelo de EDI proposto será apresentado na seção 5.1.4. Os hospitais e operadoras de planos de saúde deverão alinhar em conjunto quais as mensagens serão utilizadas, bem como também deverão definir quais mensagens serão automatizadas e quais serão semiautomatizadas. As mensagens deverão ser transmitidas através dos sistemas de informação utilizando a internet.

Uma vez que ambos os atores passem a contar com os seus sistemas de informação configurados para suportar o modelo proposto, isto é, um sistema com as mensagens de troca de informação definidas, com as regras de negócios definidas e o tratamento de exceções definidos, os mesmos poderão optar por não utilizar mais as guias TISS em papel.

Conforme apresentado no Capítulo 3, o uso de um modelo de EDI é motivado por diversas razões, dentre as quais a redução: do fluxo de papéis; da entrada manual de dados e; do tempo para o ciclo de transações comerciais. Todos estes benefícios estão disponíveis no modelo de EDI proposto.

5.1.4 Papeis e responsabilidades

O modelo proposto estabelece papeis e responsabilidades para as operadoras de planos de saúde e hospitais, visando assim reduzir – ou, até mesmo, eliminar – o sentimento de desconfiança existente no processo atual de troca de informação. O sucesso da implantação do modelo proposto está diretamente ligado ao comprometimento de ambos os atores se engajarem para colocar em prática a sua utilização.

As operadoras de planos de saúde e os hospitais têm por responsabilidade definir, em conjunto: as mensagens, as regras de negócios e o tratamento das exceções que serão utilizados durante o processo de troca de informação eletrônica. Também é de responsabilidade desses atores desenvolver em conjunto os indicadores do modelo proposto. Estas definições serão apresentadas nas respectivas seções a seguir.

Conforme apresentado no Capítulo 4, os hospitais são fornecedores de serviços para as operadoras de planos de saúde. Portanto, por definição, o processo de geração de informação iniciará por este ator, ou seja, o hospital será o responsável por gerar as informações e transmitir as mesmas para a operadora de plano de saúde. As operadoras de planos de saúde por sua vez serão responsáveis por processar as informações recebidas e enviar retorno com o resultado deste processamento.

Os hospitais têm, por definição, a responsabilidade de enviar mensagens para as operadoras de planos de saúde em tempo hábil para que a mesma tenha condições de realizar a análise e o processamento da informação recebida acessando dados atuais da internação do paciente. Conforme apresentado no Capítulo 4, um dos entrevistados citou em sua fala que o acesso à informação durante a internação do paciente ajudaria a resolução de problemas, pois desta forma as dúvidas envolvidas no processo poderiam ser reduzidas e até mesmo eliminadas.

As operadoras de planos de saúde por sua vez, têm a responsabilidade em dar o retorno às mensagens enviadas pelos hospitais no tempo pré-definido por ambos. A mensagem de retorno da operadora de plano de saúde contemplará quatro tipos de retornos, sendo eles: aguardando análise, retorno positivo, retorno negativo ou exceção à regra. As operadoras de planos de saúde também têm a responsabilidade de informar o tempo de resposta para mensagens retornadas com o status de aguardando análise e o motivo pelos quais retornaram as mensagens com resultados negativos.

O Quadro 20 apresenta a síntese dos papéis e responsabilidades das operadoras de planos de saúde e hospitais.

Quadro 20 – Síntese dos Papeis e Responsabilidades

(continua)

Item	O que?	Quem?
Seleção de mensagens do modelo proposto	Definir as mensagens que serão utilizadas para troca de informação entre os atores	Operadoras de planos de saúde e Hospitais
Gerar as mensagens de envio	Enviar dados de um ator para o outro	Hospitais

(conclusão)

Item	O que?	Quem?
Gerar as mensagens de retorno	Processar as mensagens recebidas e enviar retorno	Operadoras de planos de saúde
Regras de negócio	Definir as regras de negócio que irão ser aplicadas nas mensagens utilizadas	Operadoras de planos de saúde e Hospitais

Tratar exceções	Resolver os motivos que geraram exceções	Operadoras de planos de saúde e Hospitais
-----------------	--	---

Fonte: Elaborado pelo autor.

A próxima seção apresenta a estrutura de códigos e mensagens do modelo proposto.

5.1.5 Estrutura de Códigos e Mensagens

A estrutura de códigos e mensagens do modelo proposto contempla as codificações do padrão TUSS, mensagens herdadas do padrão TISS e mensagens específicas, as quais foram desenvolvidas utilizando o *layout* do padrão TISS e a codificação dos dados do padrão TUSS, padrões estes que foram apresentados no Capítulo 2 desta dissertação.

A codificação dos dados do modelo proposto segue o padrão TUSS, conforme apresentado no Capítulo 4, este padrão tem por objetivo codificar os procedimentos, materiais e medicamentos utilizados durante o atendimento prestados pelos hospitais aos beneficiários das operadoras de planos de saúde. O Quadro 21 apresenta exemplos de itens contemplados na TUSS.

Quadro 21 – Exemplo de Itens da TUSS

Código	Termo
10101012	Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)
10101020	Consulta em domicílio
10101039	Consulta em pronto socorro

Fonte: ANS (2018)

As mensagens do padrão TISS que foram herdadas pelo modelo de EDI proposto são: Elegibilidade do Paciente; Comunicação de Internação do Paciente; Solicitação de Autorização de Procedimentos; Comunicação de Alta do Paciente; Cobrança de Serviços de Saúde; e Demonstrativo de Retorno e Recurso de Glosa. As mensagens específicas, as quais foram adicionadas no modelo são: **Prescrição Médica**; **Execução do procedimento**; e **Evolução do Paciente**. O Quadro 22 apresenta o corpo completo de mensagens do modelo proposto.

Quadro 22 – Mensagens do Modelo Proposto

CODIGO	MENSAGEM	TISS (S/N)	LOCAL
01	ELEGIBILIDADE DO PACIENTE	SIM	ANEXO B
02	PRESCRIÇÃO MÉDICA	NÃO	APENDICE B
03	COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE	SIM	ANEXO B
04	SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS	SIM	ANEXO B
05	EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS	NÃO	APENDICE B
06	EVOLUÇÃO DO PACIENTE	NÃO	APENDICE B
07	COMUNICAÇÃO DE ALTA PACIENTE	SIM	ANEXO B
08	DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO	SIM	ANEXO B
09	COBRANÇA DE SERVIÇOS	SIM	ANEXO B
10	RECURSO DE GLOSAS	SIM	ANEXO B

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os *layouts* das mensagens apresentadas no Quadro 22 estão apresentados no Anexo B e no Apêndice B. Estas mensagens serão geradas através de arquivos no formato XML. A Figura 14 apresenta um exemplo de mensagem.

Figura 14 – XML Mensagem Elegibilidade do Paciente

```
<?xml version="1.0" encoding="iso-8859-1"?>
<pedidoElegibilidadeWS xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance" xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <cabecalho xmlns="http://www.ans.gov.br/padroes/tiss/schemas">
    <identificacaoTransacao>
      <tipoTransacao>VERIFICA_ELEGIBILIDADE</tipoTransacao>
      <sequencialTransacao>88139</sequencialTransacao>
      <dataRegistroTransacao>2016-12-29</dataRegistroTransacao>
      <horaRegistroTransacao>14:35:15</horaRegistroTransacao>
    </identificacaoTransacao>
    <origem>
      <identificacaoPrestador>
        <CNPJ>3[REDACTED]</CNPJ>
      </identificacaoPrestador>
    </origem>
    <destino>
      <registroANS>347361</registroANS>
    </destino>
    <Padrao>3.03.00</Padrao>
    <loginSenhaPrestador>
      <loginPrestador>hoclab</loginPrestador>
      <senhaPrestador>eb18c027936c7b6cea8639b64b70f485</senhaPrestador>
    </loginSenhaPrestador>
  </cabecalho>
  <pedidoElegibilidade xmlns="http://www.ans.gov.br/padroes/tiss/schemas">
    <dadosPrestador>
      <cnpjContratado>3[REDACTED]</cnpjContratado>
      <nomeContratado>HOSPITAL [REDACTED].TDA</nomeContratado>
    </dadosPrestador>
    <numeroCarteira>9[REDACTED]</numeroCarteira>
    <nomeBeneficiario>[REDACTED]</nomeBeneficiario>
    <validadeCarteira>[REDACTED]</validadeCarteira>
  </pedidoElegibilidade>
  <hash xmlns="http://www.ans.gov.br/padroes/tiss/schemas">88a96d606d4076a08f31d18335a84197</hash>
</pedidoElegibilidadeWS>
```

Fonte: ANS (2016)

A próxima seção apresenta a estrutura de regras do modelo proposto.

5.1.6 Regras

Conforme apresentado no Capítulo 4, a relação atual entre hospitais e operadoras de planos de saúde consiste no hospital realizar atendimentos à pacientes e, ao final deste processo, enviar os dados destes atendimentos para as operadoras de planos de saúde.

Durante o atendimento ao paciente, o hospital realiza diversos processos, tais como: verificar a elegibilidade e a admissão do paciente, realizar prescrição médica, solicitar autorização e executar procedimentos, acompanhar a evolução do paciente e, por fim realizar a alta e o faturamento da conta do paciente. Para todos estes processos existem regras. Porém, conforme apresentado no Capítulo 4, as mesmas podem não ser atendidas de forma padronizada, pois a falta de um modelo interativo de troca de informações entre os atores não permite aos mesmos validarem se estão ou não seguindo as regras previamente estabelecidas contratualmente entre ambos. O modelo operacional atual destes atores motiva os hospitais a primeiro realizarem os atendimentos aos pacientes, mas somente ao término de um conjunto de atendimentos, que podem levar dias, registrar e enviar os dados para faturamento contra as operadoras de planos de saúde.

A aplicação das regras contratuais somente ao final do processo gera retrabalho para ambos os atores, pois, conforme apresentado no Capítulo 4, a incidência de dados que não respeitam as regras contratuais nas contas hospitalares é algo rotineiro. A elevada frequência de não aderência às regras contratuais ou normativas é, em parte, fruto da justa priorização ao atendimento do paciente, mas, em parte, deve-se também à falta de temporalidade de registro da informação. Essa, associada à gestão manual de processos e à falta de visibilidade da aderência dos registros, gera glosas em contas e custos adicionais desnecessários de operação.

Com base nestes fatos, o modelo proposto foi desenvolvido com um conjunto de processos de verificação de regras, baseadas na relação comercial definida entre as operadoras de planos de saúde e os hospitais. As regras de negócio estão associadas diretamente aos processos que serão realizados pelos hospitais durante o atendimento dos pacientes oriundos das operadoras de planos de saúde.

Para o processo de elegibilidade do paciente, o modelo proposto disponibiliza uma estrutura de mensagem para a troca de informação, bem como uma estrutura para suportar as regras desenvolvidas por ambos os atores. As regras comuns para

a elegibilidade do paciente são, pelo menos: (i) a verificação da identidade do paciente; (ii) a verificação da data de validade da carteira; e (iii) a validação se o plano do paciente possui cobertura para internação hospitalar. Outras regras podem ser adicionadas.

Durante o atendimento do paciente, o hospital necessitará, pelo menos: (i) solicitar autorização de procedimentos; e (ii) informar a operadora sobre procedimentos já realizados e que não foram autorizados previamente. A segunda situação é frequente em atendimentos de urgência e emergência, fazendo parte da natureza do processo assistencial hospitalar. Para ambas situações o modelo proposto também contempla uma estrutura de mensagens e de regras, visando assim, dar agilidade ao processo para ambos os atores. Da mesma forma, outras regras podem ser adicionadas, seguindo a mesma estrutura proposta.

Conforme apresentado no Capítulo 4, o processo de solicitação de autorização tem por objetivo autorizar ao hospital realizar procedimentos e ou utilizar materiais e medicamentos. Neste contexto, hospitais e operadoras de planos de saúde criam regras para proteger os seus interesses: de um lado o hospital necessita da autorização para evitar glosas futuras; de outro, a operadora busca criar mecanismos para controlar a assistência e os custos envolvidos no processo de atendimento ao paciente prestado pelo hospital. Ainda, existem casos que um procedimento ou material é solicitado e no momento do ato cirúrgico os médicos realizam outros. No processo atual, existem regras para validar se um OPME utilizado durante uma cirurgia de coluna foi solicitado e aprovado previamente, assim como também existem regras para validar se este material possui registro no ANVISA, entre outros.

As regras mínimas para o processo de autorização contemplam: (i) verificar se o procedimento solicitado está coberto no rol de procedimentos da ANS; (ii) validar se um medicamento oncológico está registrado na ANVISA; (iii) validar se um medicamento de controle especial está registrado na ANVISA; e (iv) validar se uma prótese, órtese ou material especial foi autorizado para uso em dado procedimento. Novamente, outras regras podem ser incorporadas pelas partes, conforme o proposto pelo modelo.

A estrutura de regras de negócio do modelo proposto tem por objetivo auxiliar e reduzir os esforços dos setores de auditoria das operadoras de planos de saúde, pois foi desenvolvida para permitir a aprovação automática de todas as mensagens, que atenderem os parâmetros das regras de negócio. Já as mensagens que não

atenderem as regras de negócios serão transferidas automaticamente para a estrutura de tratamento de exceções. A definição do tratamento das exceções do modelo proposto está diretamente associada às regras de negócios definidas anteriormente. O Quadro 23 apresenta a síntese regras que modelo proposto contempla.

Quadro 23 – Síntese das Regras

Item	Descrição
Procedimentos eletivos	O atendimento ao paciente somente poderá iniciar após o processo de elegibilidade do paciente.
Procedimentos Ambulatoriais	Os procedimentos ambulatoriais não poderão gerar cobrança de taxas de internação hospitalar.
Procedimentos de urgência e emergência	Procedimentos de urgência e emergência não poderão ser solicitados quando o paciente estiver internado.
Procedimentos via DRG	Procedimentos executados por hospitais que possuam o modelo de remuneração por DRG com operadoras de planos de saúde serão autorizados automaticamente, ou seja, nestes casos não existirão glosas.
Autorização de exames	As solicitações de autorização de exames serão submetidas as regras de cada exame, utilizando-se informações do exame, tais como: o órgão do corpo humano em que será realizado o exame. Assim como também serão considerados as informações dos pacientes, tais como: a idade e o sexo.
Autorização de OPME	As autorizações de OPME envolvem a verificação se o OPME solicitado realmente é necessário, neste caso serão coletados dados dos pacientes. Autorizações de OPME também passam por regras que validam a cobertura do plano de saúde do beneficiário, e o registro da OPME na ANVISA.
Modificação de autorização	As modificações de autorizações envolvem fatores que ocorrem durante o ato cirúrgico, para estes casos são necessárias a coleta de informações das prescrições médicas realizadas antes e após a cirúrgica.
Modificação de DRG	As modificações de DRG envolvem a necessidade de coleta de dados da evolução do paciente, visando assim identificar os fatores que comprovem o motivo destas alterações.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A próxima seção apresenta a estrutura de exceções e tratamento de exceções do modelo proposto.

5.1.7 Exceções e Tratamento de Exceções

O relacionamento atual dos hospitais e operadoras de planos de saúde engloba processos, regras e exceções. Considerado este contexto e a coerência com os conceitos de EDI, o modelo proposto foi desenvolvido necessariamente contemplando um componente para tratar exceções.

As informações transmitidas através do modelo que não estiverem de acordo com as regras inseridas no modelo serão consideradas exceções. O modelo prevê que para cada exceção gerada, os hospitais e as operadoras de planos de saúde deverão realizar uma análise (individual ou em conjunto) para identificar os motivos geradores desta exceção. O objetivo da análise e discussão conjunta sobre as exceções gerada visa identificar padrões que possam levar a revisões de regras ou mensagens. Dessa forma, por meio da gestão de exceções, o modelo pode ser operacionalmente revisado e realimentado, gerando benefícios e redução de custos a ambos os atores.

O modelo de EDI proposto possui componentes para definir a estrutura de mensagens e regras de negócios e, conforme apresentado no Capítulo 4, as exceções geradas através do modelo serão específicas para situações adversas, as quais estarão categorizadas por grupos de exceções. O Quadro 24 apresenta os grupos de categorias de exceções.

Quadro 24 – Categorias de Exceções

GRUPO	DESCRIÇÃO
Autorizações	Exceções geradas por procedimentos não autorizados ou não previamente estabelecidos nos contratos com as operadoras de planos de saúde.
Escopo de função	Exceções geradas por atendimentos de profissionais de saúde ou procedimentos não compatíveis com as regras definidas. Por exemplo, o atendimento de um médico ginecologista a um paciente do sexo masculino.
Prazos	Exceções geradas por transações que excederem o prazo de retorno acordado entre os atores.
Quantidade	Exceções geradas por procedimentos que excederem a quantidade de itens permitidos ou autorizados, os quais deverão estar configurados no componente de regras do modelo proposto.
Procedimentos Inexistentes	Exceções geradas por procedimentos inexistentes, ou seja, procedimentos não cobertos pelo rol de procedimentos da ANS e ou não cobertos pelos contratos de hospitais e operadoras de planos de saúde.
Materiais e Medicamentos Inexistentes	Exceções geradas por materiais e medicamentos inexistentes, ou seja, procedimentos não cobertos pelo rol de procedimentos da ANS e ou não cobertos pelos contratos de hospitais e operadoras de planos de saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A próxima seção apresenta a estrutura de indicadores do modelo proposto.

5.1.8 Indicadores

O componente de indicadores tem por objetivo dar visibilidade aos benefícios oriundos do modelo proposto. Para tanto, hospitais e operadoras de planos de saúde

deverão alinhar em conjunto quais indicadores utilizarão. Como mínimo sugerido, os indicadores do modelo proposto terão por responsabilidade dar visibilidade: (i) à quantidade de mensagens transacionadas pelo modelo de EDI; (ii) aos procedimentos mais transacionados dentro das mensagens; (iii) à quantidade de exceções geradas por mensagens; e (iv) à quantidade de exceções geradas por categoria.

Como mencionado anteriormente, os indicadores, além de darem visibilidade aos números transacionados pelo modelo de EDI proposto, também auxiliarão no processo de melhoria contínua: uma vez identificado que uma mesma exceção está ocorrendo por diversas vezes, os atores poderão analisar se transformam esta exceção em uma regra do modelo ou revisar seus processos internos de modo a mitigar essa ocorrência. Um exemplo desta situação ocorre quando o hospital necessita pedir autorização para realizar um procedimento e, posteriormente também pedir autorização para os materiais que serão utilizados para a realização do procedimento, como na execução do procedimento de apendicectomia por videolaparoscopia. A exceção pode ser gerada pela ausência de autorização de materiais, por exemplo. Logo, se o procedimento exige materiais, este processo poderá ser melhorado se o procedimento e todos os itens necessários forem solicitados e autorizados em conjunto. Da mesma forma, procedimentos de exceção gerados por substituição de OPME poderão levar a acordos de tabelas de códigos substitutivos de itens entre as partes.

As revisões das exceções poderão ser tratadas através da leitura dos indicadores.

5.2 O FLUXO PROCESSUAL CONSIDERANDO O MODELO PROPOSTO

Conforme apresentado nas seções anteriores, a etapa inicial do modelo proposto contempla a celebração de um acordo entre hospitais e operadoras de planos de saúde para: alinhar objetivos; alinhar aspectos normativos e de infraestrutura; papéis e responsabilidades, regras de negócios, processos, mensagens e suas codificações, exceções e seus tratamentos e; indicadores.

Para hospitais e operadoras de planos de saúde que utilizarem o modelo de remuneração *fee for service* e que por consequência optarem por utilizar todas as mensagens do modelo, o resultado produzido será a estrutura representada pelo Quadro 25.

Quadro 25 – Configuração do Modelo Proposto (Mensagens Seleccionadas)

DADOS DA OPERADORA:		OPERADORA1	DADOS DO HOSPITAL:		HOSPITAL1
CODIGO	MENSAGEM				
01	ELEGIBILIDADE DO PACIENTE				
02	PRESCRIÇÃO MÉDICA				
03	COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE				
04	SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS				
05	EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS				
06	EVOLUÇÃO DO PACIENTE				
07	COMUNICAÇÃO DE ALTA PACIENTE				
08	DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO				
09	COBRANÇA DE SERVIÇOS				
10	RECURSO DE GLOSAS				

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após a seleção das mensagens, a próxima etapa consiste na definição de regras de negócios e tratamento das exceções. Para exemplificar, os Quadros 26 e 27 apresentam respectivamente um exemplo da configuração de regras de negócio e das exceções para a mensagem de elegibilidade do paciente.

Após esta etapa de configuração, o modelo proposto estará apto a ser utilizado. Em um contexto geral, o hospital é o gerador da informação e a operadora de planos de saúde é a responsável por validar a informação solicitada. Os processos realizados pelos hospitais e operadoras de planos de saúde durante o atendimento ao paciente são: elegibilidade do paciente; admissão do paciente; prescrição médica; comunicação de internação do paciente; solicitação de autorização para realizar e utilizar procedimentos, materiais e medicamentos; execução do procedimento;

acompanhamento da evolução do paciente; alta do paciente; envio da conta hospitalar do paciente para faturamento; recursos de glosas e; a conciliação da conta do paciente. Estes processos são apresentados nas seções a seguir.

Quadro 26 – Configuração do Modelo Proposto (Regras)

DADOS DA OPERADORA:		OPERADORA1	DADOS DO HOSPITAL:		HOSPITAL1
CODIGO	MENSAGEM		DATA INÍCIO	DATA FIM	
01	ELEGIBILIDADE DO PACIENTE		01/01/2018	31/12/2999	
PAPEIS E REPOSABILIDADES					
HOSPITAL			OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE		
É o gerador da mensagem de solicitação de informação.			Tem a responsabilidade de retornar a informação da solicitação de elegibilidade do paciente.		
CODIGO REGRA	DESCRIÇÃO DA REGRA		DATA INÍCIO	DATA FIM	
01	VALIDAR PACIENTE		01/01/2018	31/12/2999	
ITEM A VALIDAR	NÚMERO CARTEIRA				
OBRIGATÓRIO (S/N)?	SIM				
REGRAS DE VALIDAÇÃO					
01	O paciente não pode estar em período de carência contratual.				
02	A carteira do plano de saúde do paciente deve estar ativa e dentro do prazo de validade.				
N...	Outras regras...				

Fonte: Elaborado pelo autor.

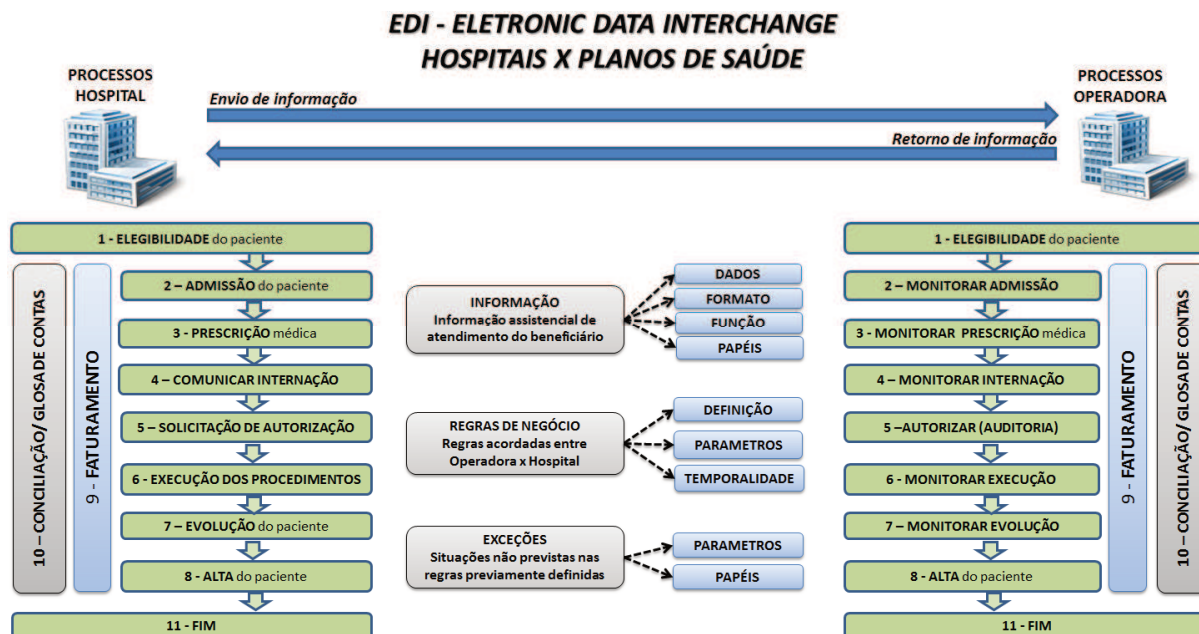
Quadro 27 – Configuração do Modelo Proposto (Exceções)

DADOS DA OPERADORA:		OPERADORA1	DADOS DO HOSPITAL:		HOSPITAL1
CODIGO	MENSAGEM		DATA INÍCIO	DATA FIM	
01	ELEGIBILIDADE DO PACIENTE		01/01/2018	31/12/2999	
PAPEIS E REPOSABILIDADES					
HOSPITAL			OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE		
É o solicitante da informação			Tem a responsabilidade de retornar a informação da solicitação, bem como os dados atualizados (número da carteira do paciente, cobertura de procedimentos e internação hospitalar) do plano de saúde do paciente.		
CODIGO REGRA	DESCRIÇÃO DA REGRA		DATA INÍCIO	DATA FIM	
01	VALIDAR PACIENTE		01/01/2018	31/12/2999	
COD REGRA VALIDAÇÃO	REGRAS DE VALIDAÇÃO				
01	O paciente não pode estar em período de carência contratual.				
TRATAMENTO DE EXCEÇÕES					
01	Liberar atendimento para situações de urgência e emergência				
ALERTA:	Enviar mensagem ao solicitante		PRAZO DE RESOLUÇÃO:	1 Dia	

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Figura 15 apresenta graficamente os processos que serão abordados nesta seção.

Figura 15 – Fluxo Processual



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2.1 Processo de elegibilidade

O processo de elegibilidade é realizado pelo hospital para dar início ao atendimento do paciente, para pacientes que estejam em situação de urgência e emergência, a elegibilidade é realizada após o atendimento do paciente. A elegibilidade do paciente é um processo simples, porém conforme evidenciado no Capítulo 4, se o hospital não utilizar este processo para obter o número atual da carteira do plano de saúde do paciente, o mesmo poderá enfrentar problemas no processo de faturamento de contas hospitalares, pois contas hospitalares apresentadas com número de carteira de plano de saúde inválida são glosadas pelas operadoras de planos de saúde. Por outro lado, o processo oferecido pelas operadoras para elegibilidade é moroso para o hospital, pois tipicamente envolve o acesso manual a um portal específico de cada operadora, gerando esperas desnecessárias e erros de manipulação decorrentes da ausência de padronização entre os portais.

Através da utilização do modelo proposto, as mensagens de retorno da elegibilidade do paciente contemplarão os dados atualizados da carteira de planos de saúde do paciente. Dessa forma, possibilitam que ambas partes capturem e atualizem informações sobre o paciente: aos hospitais, que dados do paciente sejam atualizados nos seus sistemas de informação, eliminando problemas futuros no processo de

faturamento de contas hospitalares; às operadoras, sobre o uso indevido ou equivocado de carteiras vencidas, por exemplo.

A partir do momento que o hospital estiver utilizando o modelo proposto, ao concluir a inserção dos dados do paciente no seu sistema de informação, o mesmo realizará a elegibilidade do paciente automaticamente, utilizando a transmissão de dados via internet. A operadora de plano de saúde receberá os dados do hospital, aplicará as regras de negócio e, por fim, enviará retorno ao hospital com a resposta de elegibilidade do paciente, caso o hospital receba uma resposta positiva, deverá atualizar os dados do paciente em seu sistema de informação, caso contrário deverá analisar se ocorreu uma exceção a ser tratada, podendo assim repetir ou encerrar o processo. A Figura 16 apresenta o fluxo do processo de elegibilidade do paciente.

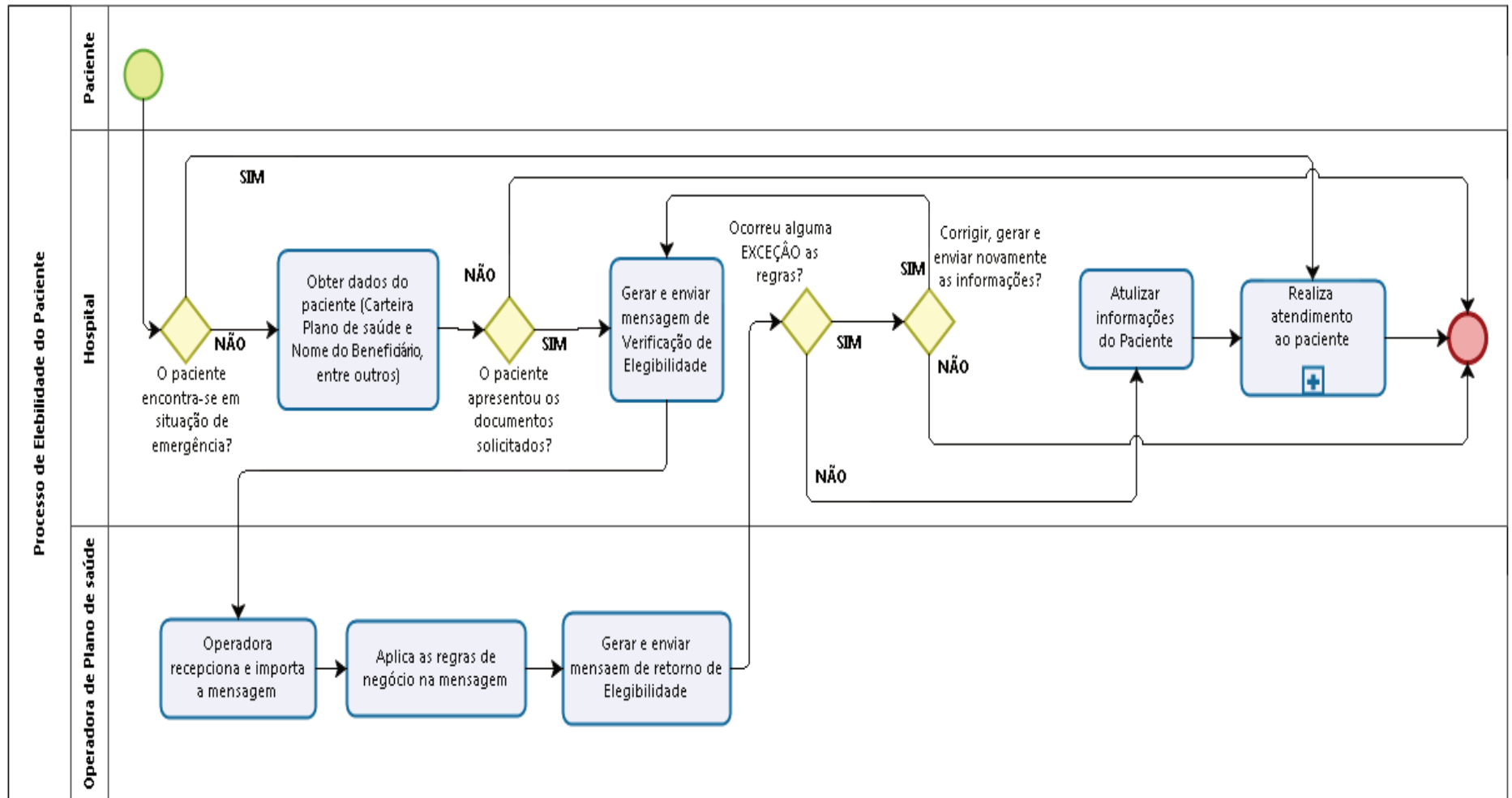
Após a realização do processo de elegibilidade, o fluxo do processo segue para a admissão do paciente. Este processo será apresentação na próxima seção.

5.2.2 Admissão do paciente

Conforme apresentado no Capítulo 4, a admissão do paciente é um processo interno dos hospitais e não gera troca de informações entre hospitais e operadoras de planos de saúde. Este processo é responsável por obter as primeiras informações do estado de saúde do paciente e, encaminhar o mesmo para o atendimento de um profissional médico. O profissional médico examinará o paciente para identificar o estado clínico de saúde do mesmo, objetivando assim realizar um diagnóstico e uma prescrição médica contemplando as necessidades de assistência do paciente.

Após a realização do processo de admissão do paciente, o fluxo do processo segue para o processo de prescrição médica, o qual será apresentação na seção a seguir.

Figura 16 – Processo de Elegibilidade



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2.3 Prescrição médica

O processo de prescrição médica é realizado pelo médico no hospital, neste processo o hospital passa a conhecer qual, ou quais procedimentos, materiais e medicamentos serão necessários durante o atendimento do paciente e, posteriormente informa as operadoras de planos de saúde. A assistência a ser prestada ao paciente poderá contemplar: a execução de procedimentos ambulatoriais, os quais não necessitarão de internação hospitalar; a execução de procedimentos de urgência e emergência, os quais poderão ou não gerar uma internação hospitalar e; a execução de procedimentos cirúrgicos, os quais necessitarão de internação hospitalar.

O modelo proposto possui uma mensagem específica para realizar a transmissão e troca de informação sobre a prescrição médica entre hospitais e operadoras de planos de saúde, porém a utilização desta mensagem está condicionada à concordância de ambos os atores em sua utilização: os parâmetros, regras e exceções para esse tratamento já terão sido acordados previamente, restando o esforço e foco de auditoria apenas para o tratamento das exceções. Conforme apresentado no Capítulo 4, este processo poderá dar origem a uma série de solicitações de autorização, tais como: internação, procedimentos, materiais e medicamentos. Esses processos serão apresentados nas próximas seções.

5.2.4 Comunicado de Internação

O modelo proposto estabelece um padrão de mensagens para o hospital comunique a operadora de plano de saúde sobre a internação de um determinado paciente. Conforme apresentado no capítulo 4, este processo ajudará a aproximar os hospitais e as operadoras de planos de saúde, pois atualmente as operadoras de planos de saúde não são comunicadas quando os seus beneficiários estão internados e, acabam por ter acesso a esta informação somente no momento em que são acionadas para realizar o pagamento de uma conta hospitalar, fato este que colabora com o sentimento de desconfiança entre os atores.

5.2.5 Solicitação de autorização

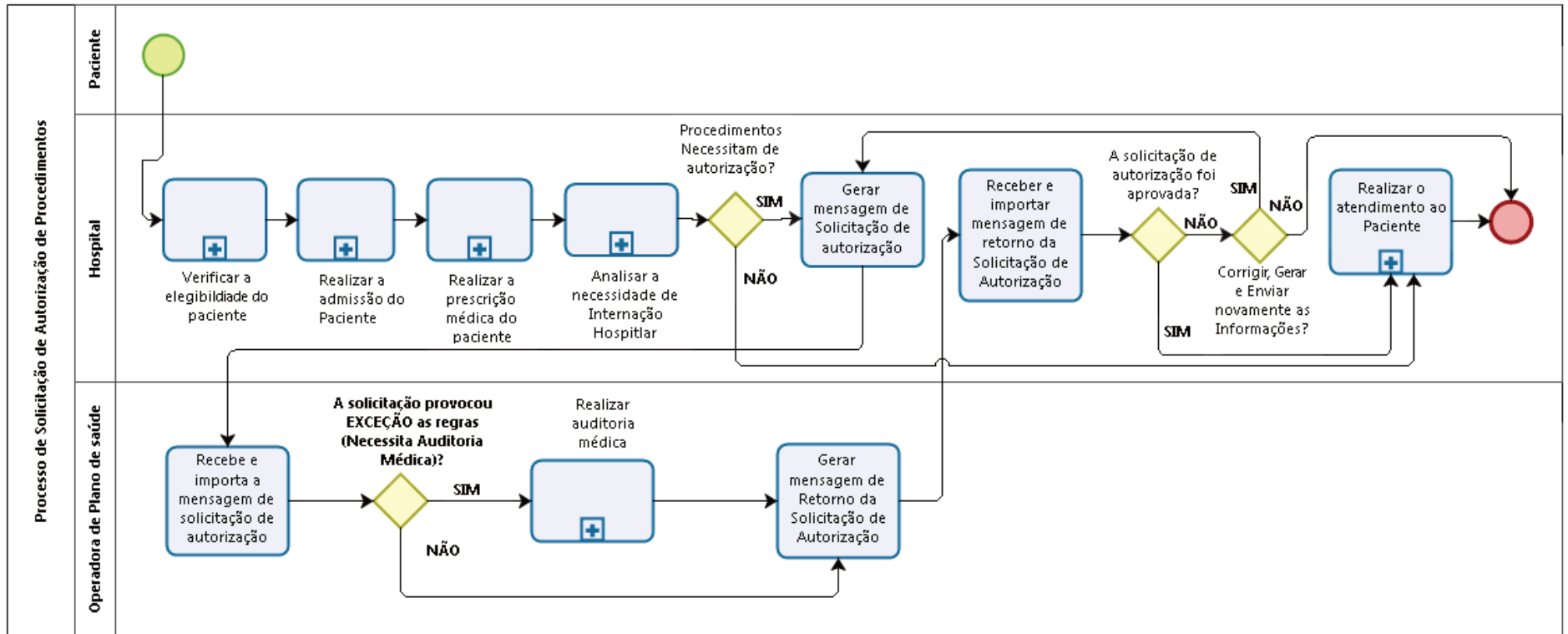
As solicitações de autorização para atender as necessidades de assistência médica dos pacientes são oriundas das prescrições médicas, porém nem todo item prescrito pelo médico necessita ser autorizado. Conforme apresentado no Capítulo 4, a identificação dos itens que necessitam ser autorizados antes da sua execução segue os acordos comerciais existentes entre hospitais e operadoras de planos de saúde.

Os hospitais deverão identificar quais os itens da prescrição médica necessitam de solicitação de autorização para sua execução e, após deverão gerar e enviar a mensagem de solicitação de autorização para a operadora de planos de saúde. Ao receber a solicitação de autorização, as operadoras devem submeter esta solicitação às regras do modelo proposto, a solicitação de autorização poderá ser respondida de forma automática ou poderá necessitar de análise de auditoria médica. Os itens que respeitarem os parâmetros configurados nas regras do modelo do proposto e não necessitem de análise de auditores médicos serão autorizados de forma automática. Já os itens que necessitarem de análise de um auditor médico não serão autorizados de forma automática, como por exemplo, solicitações de utilização de OPME importados, as quais sempre necessitam passar por análise de auditores. A Figura 17 apresenta o fluxo do processo de solicitação de autorização.

5.2.6 Execução dos procedimentos

A execução de procedimentos é um processo realizado pelo médico no hospital. Ao término da execução dos procedimentos, o hospital verifica se todos os procedimentos realizados foram autorizados previamente e, caso encontre um procedimento sem autorização prévia, necessitará realizar um novo processo de autorização de procedimentos, ou seja, irá repetir o fluxo descrito na seção anterior.

Figura 17 – Processo de Solicitação de Autorização



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2.7 Evolução do paciente

O processo de evolução do paciente é realizado pelo hospital, neste processo o hospital realiza o acompanhamento da evolução do quadro clínico de saúde do paciente. Durante a evolução do paciente poderão surgir necessidades de realizar novos exames, novos procedimentos, utilizarem medicamentos e materiais especiais.

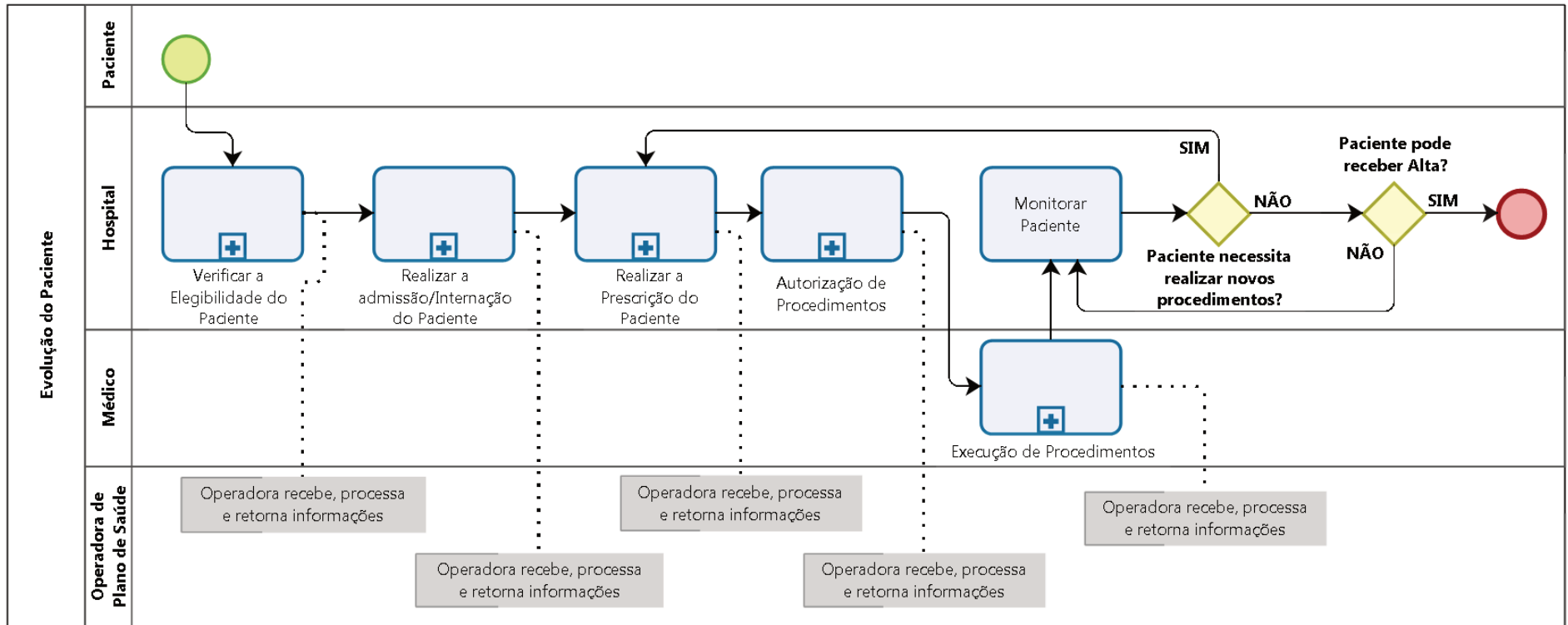
Este processo é um processo de monitoramento do paciente, isto é, caso seja necessário realizar novos procedimentos ao paciente, o fluxo do processo retornará ao processo de prescrição médica, o qual está descrito na seção 5.2.3. A Figura 18 apresenta o fluxo de evolução do paciente.

5.2.8 Alta do paciente

O processo de alta do paciente é realizado pelo hospital, neste processo o hospital realiza a liberação do paciente, neste momento ele deve enviar as informações para a operadora de planos de saúde através da mensagem de comunicação de alta do paciente, a qual é oriunda do componente de conteúdo e estrutura do padrão TISS, comunicação de internação, indicando o tipo de evento como “alta”.

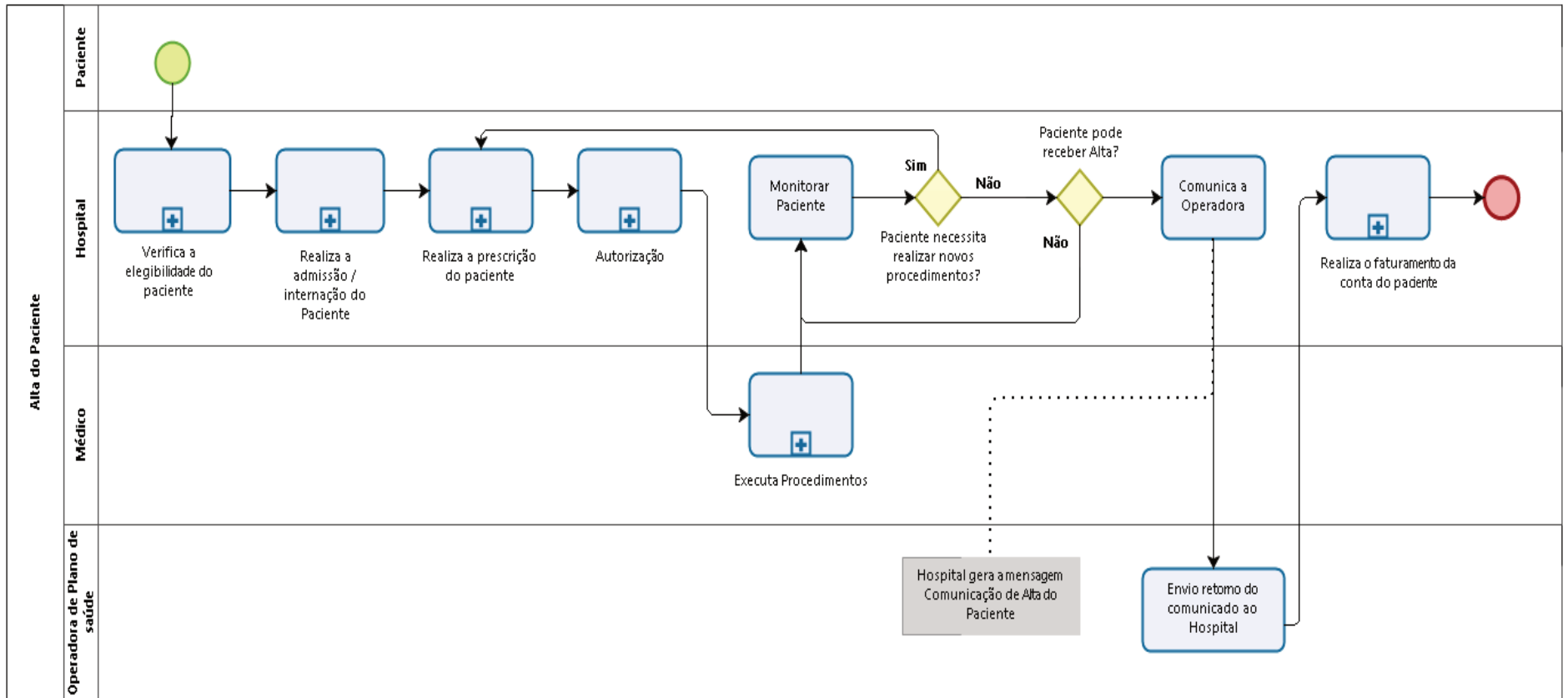
Neste momento a operadora de plano de saúde passa a ter a informação que o seu beneficiário recebeu alta do hospital. A Figura 19 apresenta o fluxo de evolução do paciente.

Figura 18 – Processo de Evolução do Paciente



Fonte: Elaborado pelo autor.

Figura 19 – Processo de Alta do Paciente



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2.9 Processo de faturamento

Os processos de faturamento das contas hospitalares dos pacientes iniciam pelo hospital, através do envio dos dados em papel e também do arquivo digital. Até este ponto o processo continua igual ao processo anterior, porém devido a toda interação de troca eletrônica de dados que ocorreram até este processo, o mesmo será executado de forma mais assertiva, pois estará focado nos itens que realmente necessitam ser auditados pelas auditorias administrativa, de enfermagem e médicas.

Os procedimentos, materiais e medicamentos já aprovados nas regras existente no processo de troca de informação entre hospitais e operadoras não serão analisados pelas auditorias, isto é, se as operadoras acatarem as decisões já realizadas pelas regras do modelo.

O modelo proposto estabelece processos que torna o processo de faturamento mais eficaz, pois neste momento os auditores examinarão as contas que contenham procedimentos, materiais e medicamentos que realmente necessitam ser analisados. O processo de auditoria continuará da mesma forma que o processo anterior, porém com mais agilidade, pois o modelo reduz a quantidade de contas a serem auditadas, bem como a quantidade de itens por conta que necessitam ser analisados. As contas auditadas que contemplarem itens glosados seguiram o mesmo fluxo do processo anterior, ou seja, serão devolvidos para os hospitais, os hospitais poderão recorrer as glosas se assim entenderem, ou simplesmente acatar as glosas. As contas que não contemplarem glosas serão encaminhadas para o pagamento.

Os ganhos para o prestador de serviços refletem-se diretamente da adequada informação de dados, reduzindo o tempo de faturamento e melhorando seu fluxo de caixa. Para a operadora, os ganhos refletem-se por meio da redução do esforço e das equipes de auditoria, que envolvem profissionais com qualificação específica e com valor de remuneração elevado. Esses, muitas vezes, são ocupados em tarefas de menor importância ou na auditoria de contas desnecessárias, representando perdas diretas a essas organizações. O fluxo do processo faturamento da conta do paciente é apresentado no Capítulo 4, na Figura 12.

5.3 APLICAÇÃO

O modelo proposto foi submetido à análise e à aplicação de testes envolvendo um hospital e uma operadora de plano de saúde para validar se as suas funcionalidades atendem os propósitos desta pesquisa. As organizações selecionadas para estas atividades possuem uma relação comercial celebrada através de um contrato de prestação de serviços que contempla regras de negócios, papéis e responsabilidades para ambas as partes.

Os aspectos negociais e ambientais desta relação envolvem: (i) o modelo de remuneração *fee for service*; (ii) os sistemas de informações que utilizam o padrão TISS e TUSS para realizar o envio e recebimento de contas hospitalares; e (iii) os processos de auditoria, faturamento, pagamento e recursos de glosas de contas hospitalares.

O hospital selecionado para o teste possui uma equipe de faturamento de contas hospitalares que representa 10% do total de colaboradores da organização, equipe esta que revisa todas as contas hospitalares antes enviar as mesmas para as operadoras de planos de saúde. Já a operadora de planos de saúde selecionada, possui uma equipe de auditoria de contas hospitalares que representa aproximadamente 15% do total de colaboradores da organização. Esta equipe também revisa todas as contas recebidas dos hospitais, item a item.

As análises do modelo proposto realizadas pelo hospital e pela operadora de planos de saúde envolveram as seguintes atividades: (i) análise das estruturas de mensagens, regras de negócio e exceções; (ii) identificação de customizações e adaptações dos processos atuais para a utilização do modelo; e (iii) identificação dos benefícios que serão obtidos com a utilização do modelo. Os critérios de validação utilizados foram os apresentados no Capítulo 3.

O hospital e a operadora de plano de saúde confrontaram estas informações identificadas contra os seus atuais sistemas de informações e emitiram parecer favorável quanto a estes itens. Pode-se observar esta afirmação na fala do entrevistado EH2:

Atualmente o nosso hospital já realiza a troca de informação com as operadoras de planos de saúde utilizando o padrão TISS, com dados no padrão TUSS, bem como também possui regras de negócios acordadas em contratos, portanto acredito que o modelo proposto contempla os itens

necessários para proporcionar uma troca de informação entre o nosso hospital e as operadoras de planos de saúde.

A mesma afirmação também pode ser observada na fala do entrevistado EO3:

A nossa operadora de planos de saúde já realiza a troca de arquivos no padrão TISS, com dados no padrão TUSS com diversos hospitais, portanto se o modelo proposto contemplar estas características, eu acredito que o mesmo atendera as necessidades das operadoras e também dos hospitais.

Estas organizações identificaram que a implantação do modelo proposto implicará na customização de seus sistemas de informação. Porém ponderaram que as mesmas não seriam complexas de serem realizadas. Novamente, na fala do entrevistado EH2:

Atualmente o nosso sistema de informação já possui a função de gerar mensagens no padrão TISS, portanto acredito que a customização necessária para gerar novas mensagens é algo viável de ser realizado.

O último item analisado foram os possíveis benefícios que o modelo poderá gerar aos atores. Hospital e operadora de planos de saúde identificaram que o modelo proposto irá aproximá-los através da definição de regras e resolução de exceções e problemas durante a troca de informação, proporcionando assim redução de tempo nos processos de auditoria e faturamento. Mostraram-se, portanto, receptivos ao esforço requerido, em função dos benefícios identificados a partir do modelo proposto.

Após a etapa de análise do modelo proposto, ambos os atores acordaram em dar início aos testes. Os testes foram simulados, tendo por base dados reais de fluxos de pacientes, amostrados das bases dos participantes. Não contemplam, entretanto, a implantação efetiva das alterações sobre os sistemas corporativos, ação que demandaria investimentos e prazos maiores do que os aceitáveis para esta pesquisa de mestrado.

Para a realização dos testes não foi requerido reunir representantes do hospital e da operadora de plano de saúde em um mesmo local. Isto não é um fator complicador, pois esta situação não acontecerá na prática, quando o modelo for implantado. Os testes consistiram em duas etapas: a etapa de configuração das mensagens, das regras de negócio e das exceções; e a etapa de simulação do fluxo da informação. Durante o processo, o pesquisador visitou o hospital e a operadora de plano de saúde, de modo a acompanhar a execução dos testes.

5.3.1 Etapa de Configuração da Simulação

A primeira ação realizada por estas organizações foi a seleção de todas as mensagens do modelo proposto, uma vez que o modelo de remuneração utilizado por elas é o *fee for service*. O Quadro 25 apresenta esta configuração.

Após a seleção das mensagens, os atores evoluíram para a etapa de configuração das regras e tratamento de exceções. Para realizar a configuração das regras e tratamento de exceções foram selecionadas apenas as mensagens de elegibilidade de paciente, solicitação de autorização e execução de procedimentos.

Conforme apresentado no Capítulo 4, a tabela TUSS possui uma grande quantidade de itens cadastrados, portanto para a realização dos testes de configuração de regras e exceções da mensagem de solicitação de autorização foram selecionados dois procedimentos, sendo um eletivo e um cirúrgico, para a mensagem de execução de procedimento foi selecionado um procedimento de urgência e emergência. O resultado dos testes de configuração de regras e tratamentos de exceções para a elegibilidade do paciente é apresentado no Quadro 28 e o resultado das configurações dos procedimentos são apresentados nos Quadros 29, 30 e 31.

Quadro 28 – Configuração Regras da Elegibilidade do Paciente

DADOS DA OPERADORA:		OPERADORA1	DADOS DO HOSPITAL:		HOSPITAL1
CODIGO	MENSAGEM		DATA INÍCIO	DATA FIM	
01	ELEGIBILIDADE DO PACIENTE		01/01/2018	31/12/2018	
PAPÉIS E REPOSABILIDADE					
HOSPITAL			OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE		
É o gerador da mensagem de solicitação de informação.			Tem a responsabilidade de retornar a informação da solicitação de elegibilidade do paciente.		
CODIGO REGRA	DESCRIÇÃO DA REGRA		DATA INÍCIO	DATA FIM	
01	VALIDAR PACIENTE		01/01/2018	31/12/2018	
ITEM A VALIDAR		NÚMERO CARTEIRA			
OBRIGATÓRIO (S/N)?		SIM			
REGRAS DE VALIDAÇÃO					
01	O paciente não pode estar em atendimento hospitalar.				
02	A carteira do plano de saúde do paciente deve estar ativa e dentro do prazo de validade.				
TRATAMENTO DE EXCEÇÕES					
01	Liberar atendimento para situações de urgência e emergência				
ALERTA:	Enviar mensagem ao solicitante		PRAZO DE RESOLUÇÃO:	1 Dia	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 29 – Configuração Regras do Procedimento Eletivo

DADOS DA OPERADORA:		OPERADORA1	DADOS DO HOSPITAL:		HOSPITAL1
CODIGO	MENSAGEM			DATA INÍCIO	DATA FIM
01	SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS			01/01/2018	31/12/2018
PAPÉIS E REPOSABILIDADE					
HOSPITAL			OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE		
É o gerador da mensagem de solicitação de informação.			Tem a responsabilidade de retornar a informação da solicitação de elegibilidade do paciente.		
CODIGO REGRA	DESCRIÇÃO DA REGRA			DATA INÍCIO	DATA FIM
01	AUTORIZAR PROCEDIMENTOS			01/01/2018	31/12/2018
ITEM A VALIDAR		PROCEDIMENTO - DIAGNÓSTICO EM BIÓPSIA SIMPLES			
OBRIGATÓRIO (S/N)?		SIM			
VALOR MÍNIMO		R\$ 0,00	VALOR MÁXIMO:		R\$ 100,00
QUANTIDADE MÍNIMA		1	QUANTIDADE MÁXIMA		1 P/ SEMANA
REGRAS DE VALIDAÇÃO					
01	O procedimento deve estar dentro dos parâmetros definidos.				
TRATAMENTO DE EXCEÇÕES					
01	Analisar motivo da exceção e, possível alteração nas regras de negócios.				
ALERTA:	Enviar mensagem ao solicitante		PRAZO DE RESOLUÇÃO:		5 dias úteis

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 30 – Configuração Regras do Procedimento Cirúrgico

DADOS DA OPERADORA:		OPERADORA1	DADOS DO HOSPITAL:		HOSPITAL1
CODIGO	MENSAGEM			DATA INÍCIO	DATA FIM
01	SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS			01/01/2018	31/12/2018
PAPÉIS E REPOSABILIDADE					
HOSPITAL			OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE		
É o gerador da mensagem de solicitação de informação.			Tem a responsabilidade de retornar a informação da solicitação de elegibilidade do paciente.		
CODIGO REGRA	DESCRIÇÃO DA REGRA			DATA INÍCIO	DATA FIM
01	AUTORIZAR PROCEDIMENTOS			01/01/2018	31/12/2018
ITEM A VALIDAR		PROCEDIMENTO - PARTO			
OBRIGATÓRIO (S/N)?		SIM			
VALOR MÍNIMO		R\$ 2.000,00	VALOR MÁXIMO:		R\$ 5.000,00
QUANTIDADE MÍNIMA		1 POR ANO	QUANTIDADE MÁXIMA		1 POR ANO
REGRAS DE VALIDAÇÃO					
01	O procedimento deve estar dentro dos parâmetros definidos.				
02	Procedimento autorizado somente para pacientes do sexo feminino.				
TRATAMENTO DE EXCEÇÕES					
01	Analisar motivo da exceção e, possível alteração nas regras de negócios.				
ALERTA:	Enviar mensagem ao solicitante		PRAZO DE RESOLUÇÃO:		5 dias úteis

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 31 – Configuração Regras do Procedimento Urgência e Emergência

DADOS DA OPERADORA:		OPERADORA1	DADOS DO HOSPITAL:		HOSPITAL1
CODIGO	MENSAGEM		DATA INÍCIO	DATA FIM	
01	EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTO		01/01/2018	31/12/2018	
PAPÉIS E REPOSABILIDADE					
HOSPITAL			OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE		
É o gerador da mensagem de solicitação de informação.			Tem a responsabilidade de retornar a informação da solicitação de elegibilidade do paciente.		
CODIGO REGRA	DESCRIÇÃO DA REGRA		DATA INÍCIO	DATA FIM	
01	AUTORIZAR PROCEDIMENTOS		01/01/2018	31/12/2018	
ITEM A VALIDAR		PROCEDIMENTO – PRONTO SOCORRO			
OBRIGATÓRIO (S/N)?		SIM			
VALOR MÍNIMO		R\$ 50,00	VALOR MÁXIMO:		R\$ 5.000,00
QUANTIDADE MÍNIMA		1	QUANTIDADE MÁXIMA		365
REGRAS DE VALIDAÇÃO					
01	O paciente não pode estar em atendimento hospitalar.				
02	Este atendimento não permite procedimentos eletivos.				
03	Procedimentos que exigem autorização precisam estar autorizados antes de sua execução.				
TRATAMENTO DE EXCEÇÕES					
01	Analisar motivo da exceção e, possível alteração nas regras de negócios.				
ALERTA:	Enviar mensagem ao solicitante		PRAZO DE RESOLUÇÃO:		1 Dia

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após o processo de configuração de regras de negócio e tratamento de exceções, os gestores envolvidos nos testes emitiram parecer favoráveis sobre a experiência que tiveram ao definirem regras. Um dos aspectos positivos evidenciados foi a compreensão das dúvidas de interpretação das regras. Da mesma forma, diferenças de interpretação foram alinhadas ao escreverem de forma explícita a forma de tratar exceções, fato este que por vezes gera um grande volume de pauta nas reuniões técnicas para acertos de glosas no processo atual. Pode-se observar esta afirmação na fala do entrevistado EH2:

Quando enviamos uma conta de paciente para faturamento contra a operadora de planos de saúde não conseguimos saber de forma antecipada se todas as informações estão corretas, pois não temos um local para consultar as regras, logo acredito que esta estrutura de regras do modelo proposto irá nos ajudar a gerarmos contas mais precisas.

Os entrevistados acreditam que a aproximação dos atores e a definição de regras em conjunto trará ganhos para a relação comercial de ambos, pois desta forma será possível reduzir a desconfiança que existe atualmente no processo de faturamento de contas hospitalares. Pode-se observar esta afirmação na fala do entrevistado EO3:

Eu acredito que se as regras contratuais estivessem em local de fácil acesso para hospitais e operadoras de planos de saúde e, principalmente se as mesmas fossem seguidas, o número de glosas e a desconfiança existente entre os hospitais e operadoras seria bem menor.

A análise das estruturas das mensagens, regras de negócios e exceções do modelo proposto foram realizadas através da apresentação de um arquivo Excel, o qual contemplou os Quadros 22, 23 e 24 desta dissertação e confrontadas com o ambiente atual dos atores. O Quadro 32 apresenta as informações utilizadas para a realização desta análise.

Quadro 32 – Análise do Modelo Proposto pelos Atores (Hospital x Operadora)

ANÁLISE DO MODELO PROPOSTO			
	SITUAÇÃO ATUAL	MODELO PROPOSTO	RESULTADO
Mensagens	Padrão TISS e Codificação TUSS.	Padrão TISS e Codificação TUSS; Possui mensagens específicas.	Aprovado. Customização: Exige a necessidade de customizações para atender as mensagens específicas do modelo. Benefício: Melhorar o processo de troca de informação.
Regras de Negócio	Disponíveis no contrato comercial e nos sistemas de ambos os atores	Exige a definição e parametrização de regras e a disponibilização das mesmas no modelo proposto.	Aprovado , necessidade de reuniões para validar e parametrizar regras. Customização: Exige a necessidade de disponibilizar as regras contratuais em tela de parametrização de regras. Benefício: Dar visibilidade as regras e esclarecer a sua utilização.
Exceções	Resolvidas em reuniões presenciais entre os atores, a qual ocorre em periodicidade variada.	Exige a definição e parametrização do tratamento das exceções as regras do modelo.	Aprovado , ambos os atores concordam que existe a possibilidade de realizar acordos para padronizar o tratamento das exceções que ocorrem durante o processo de troca de informação. Customização: Exige a necessidade de disponibilizar as regras de tratamento de exceções em tela de parametrização de regras de exceção. Benefício: Dar visibilidade ao tratamento de exceções.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A implantação do modelo proposto implica em customizações nos sistemas de informação do hospital e da operadora de planos de saúde, portanto os testes foram realizados através de planilhas em Excel, utilizando dados de atendimentos já

realizados por estas organizações. As planilhas Excel contemplavam as mensagens de envio e retorno, a estrutura de regras e exceções do modelo proposto.

5.3.2 Etapa de Execução da Simulação

Os testes de simulação do fluxo da informação iniciaram quando o hospital gerou a mensagem de elegibilidade do paciente e transmitiu a mesma para a operadora de plano de saúde. Ao receber a mensagem a operadora identificou que o paciente não possuía plano de saúde ativo e negou o atendimento. O hospital repetiu o processo com outro paciente, e a operadora identificou que a carteira do novo paciente estava vencida; porém, identificou também que o mesmo possuía uma carteira ativa, sendo assim, aprovou o atendimento e retornou o número da carteira atual para o hospital, o qual atualizou esta informação em seu cadastro. O Quadro 33 apresenta o fluxo da informação.

Quadro 33 – Elegibilidade de Paciente

ANÁLISE DO MODELO PROPOSTO			
	HOSPITAL	OPERADORA	RESULTADO
1º Envio	Elegibilidade de paciente Informação: Código Paciente	Retorno negativo.	Reprovado: Paciente sem plano ativo
2º Envio	Elegibilidade de paciente Informação: Código Paciente	Retorno positivo. Operadora informa que a carteira informada está vencida e retorna para o hospital o número da nova carteira.	Aprovado. Hospital atualiza número da carteira em seu registro.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O hospital e a operadora de plano de saúde acordaram que toda a vez que o hospital informar um código de carteira inválida de paciente, esta transação violará uma regra e posteriormente será encaminhada ao tratamento de exceções. Neste exemplo, esta exceção foi configurada para verificar se o paciente possui uma carteira válida e, para casos positivos, aprovar a elegibilidade do paciente e retornar o número da carteira atual do paciente para que o hospital possa atualizar a mesma em seu sistema de informação.

Após a elegibilidade do paciente, os testes seguiram sem apresentar problemas e ou dificuldades para as mensagens: prescrição médica e comunicação de

internação. Para o procedimento eletivo, diagnóstico em biópsia simples, o hospital preencheu a mensagem de solicitação de autorização de procedimento informando valores superiores ao limite máximo, à operadora ao receber a informação, retornou a mensagem com o resultado informando a ocorrência de uma exceção à regra, o hospital optou por corrigir a informação e, reenviar a mensagem, recebendo assim um retorno positivo. O Quadro 34 apresenta o fluxo da informação.

Quadro 34 – Solicitação de Autorização – Procedimento Eletivo

ANÁLISE DO MODELO PROPOSTO			
	HOSPITAL	OPERADORA	RESULTADO
1º Envio	Solicitação de autorização de Procedimento Informação: Valor superior	Retorno negativo, valor superior de tabela.	Reprovado: Valor superior de tabela.
2º Envio	Solicitação de autorização de Procedimento Informação: Valor dentro do intervalo permitido	Retorno positivo.	Aprovado: Procedimento autorizado

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para o procedimento cirúrgico, parto Cesário, o hospital preencheu a mensagem de solicitação de autorização de procedimento informando o sexo errado da paciente e valores superiores ao limite máximo. A operadora, ao receber a informação submeteu a mensagem às regras. A mensagem violou as regras e foi direcionada para o componente de exceções, o qual não possuía uma exceção para estas duas violações, sendo assim, a operadora retornou para o hospital a mensagem com o resultado negativo, informando a ocorrência de duas exceções à regra, sendo elas, sexo da paciente é inválido para executar o procedimento e valores superiores ao de tabela. O hospital corrigiu a informação do sexo da paciente, porém não alterou os valores da conta e retransmitiu a mesma para a operadora. A operadora, ao receber a informação submeteu a mensagem às regras, a mensagem por sua vez violou as regras e foi direcionada para o componente de exceções, neste caso, existia uma exceção cadastrada, a qual permitia a cobrança de valores superiores de tabelas para casos de pacientes que necessitassem de cuidados especiais. A operadora, portanto, aprovou a solicitação, mesmo com os valores superiores ao de tabela por entender que esta situação era uma exceção à regra. O Quadro 35 apresenta o fluxo da informação.

Quadro 35 – Solicitação de Autorização – Procedimento Cirúrgico

ANÁLISE DO MODELO PROPOSTO			
	HOSPITAL	OPERADORA	RESULTADO
1º Tentativa	Solicitação de autorização de Procedimento Informação: Sexo errado e Valor superior	Retorno negativo, sexo não permitido para este tipo de procedimento, valor superior de tabela.	Reprovado: Sexo não permitido Valor superior de tabela.
2º Tentativa	Solicitação de autorização de Procedimento Informação: Valor superior	Retorno positivo. Tratamento de exceção Hospital justifica a necessidade de cuidados especiais	Aprovado: Procedimento aprovado pelo tratamento de exceções.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após os testes da mensagem de solicitação de autorização de procedimentos, o teste seguiu para a mensagem de execução de procedimento. Para este teste foi utilizado um procedimento de urgência e emergência: o hospital preencheu a mensagem de solicitação de execução de procedimento informando um paciente que já estava internado e um procedimento eletivo. A operadora, por sua vez, ao receber a informação, retornou a mensagem com o resultado informando a ocorrência de uma violação à regra, juntamente com os motivos da violação (paciente já internado e procedimento não autorizado para situações de urgência e emergência). O hospital corrigiu a mensagem informando o paciente correto, e a operadora retornou novamente a mensagem com o resultado informando a ocorrência de uma violação à regra, informando o motivo (procedimento não autorizado para situações de urgência e emergência). O hospital corrigiu a mensagem novamente, informando o procedimento correto. A operadora aprovou a mensagem. O Quadro 36 apresenta o fluxo da informação.

Quadro 36 – Execução de Procedimento – Urgência e emergência

ANÁLISE DO MODELO PROPOSTO			
	HOSPITAL	OPERADORA	RESULTADO
1º Tentativa	Execução de Procedimento Informação: Paciente Internado; Procedimento eletivo.	Retorno negativo.	Reprovado: Paciente Internado, Procedimento eletivo
2º Tentativa	Execução de Procedimento Informação: Paciente correto Procedimento eletivo	Retorno negativo.	Reprovado: Procedimento eletivo
3º Tentativa	Execução de Procedimento Informação: Paciente correto, Procedimento correto	Retorno Positivo.	Aprovado: Aprovado.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após a execução do procedimento, os testes seguiram sem apresentar problemas e ou dificuldades para as mensagens: evolução do paciente, comunicação de alta do paciente, demonstrativo de pagamento, cobrança de serviços e recursos de glosas.

5.3.3 Análise da Simulação

Após o término dos testes, os atores envolvidos reportaram satisfação com os resultados alcançados, expressaram facilidade ao utilizar configurar o modelo proposto, utilizar a estrutura de mensagens, regras e tratamento de exceções, bem como em gerar, enviar e processar as mensagens e a troca de informação entre hospital e operadora de plano de saúde. O hospital e a operadora de plano de saúde também reportaram satisfação em relação às funcionalidades de automação e validação de regras automáticas, fato este que reduz o tempo de processamento e o esforço das equipes de auditoria de conta, permitindo assim uma análise eficaz e mais eficiente dos itens que necessitam de atenção manual efetiva. O hospital também reportou satisfação ao fato de não necessitar mais ter que entrar no portal da operadora de planos de saúde para autorizar procedimentos, pois acredita que assim também reduzirá o tempo de seus processos operacionais. Os critérios utilizados para aprovar ou reprovar os itens de cada componente do modelo proposto foram apresentados no Capítulo 3, Quadro 13.

O Quadro 37 apresenta o resultado dos testes realizados pelo hospital e pela operadora de plano de saúde.

Quadro 37 – Resultado dos Testes (Hospital e Operadora)

(continua)

ANÁLISE DO MODELO PROPOSTO			
	ITEM AVALIADO	HOSPITAL	OPERADORA
Configuração das mensagens	Formato de dados conhecidos	Aprovado	Aprovado
	Codificação de dados conhecidos	Aprovado	Aprovado
	Fácil seleção de mensagens	Aprovado	Aprovado
Regras de negócio	Facilidade ao configurar as regras de negócio	Aprovado	Aprovado
Configuração das Exceções	Facilidade ao configurar as exceções	Aprovado	Aprovado

(conclusão)

ANÁLISE DO MODELO PROPOSTO			
	ITEM AVALIADO	HOSPITAL	OPERADORA
Resultados diversos	O modelo proposto possibilita redução de tempo no processo atual de troca de informação entre hospital e operadora de plano de saúde	Aprovado	Aprovado
	O modelo proposto possibilita a redução erros no processo atual de troca de informação entre hospital e operadora de plano de saúde	Aprovado	Aprovado

Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se que, após a simulação, não foram feitas sugestões de inclusão de outros elementos por parte dos participantes. Em particular, o modelo foi considerado suficiente para atender os processos realizados por esses representantes. Os impactos do modelo proposto sobre o atual processo de faturamento analisado serão apresentados na próxima seção.

5.4 IMPACTOS DO MODELO PROPOSTO SOBRE O PROCESSO DE FATURAMENTO ANALISADO

Após a validação dos dados, conforme o método de pesquisa, os participantes foram convidados a analisar os impactos que o modelo proposto gerará sobre o processo atual de faturamento. As informações compiladas foram analisadas com base no referencial estabelecido, permitindo listar os seguintes aspectos, sob a perspectiva temporal: (i) aumento imediato de número de contas com itens glosados; (ii) ajustes nas regras de negócios entre os atores; (iii) ajustes no processo dos hospitais para geração de contas hospitalares e nos processos das operadoras, para realização de autorizações e processamento das contas; (iv) redução de glosas após os ajustes dos processos; e (v) redução do volume de trabalho e dos custos operacionais para ambas partes, em particular nos processos de manutenção e auditoria de contas.

O aumento imediato de número de itens glosados nas contas hospitalares ocorrerá em função da substituição da validação manual por validação eletrônica das regras de negócios: hospital e operadora de plano de saúde acreditam que este aumento de glosas é indesejado, mas mostrará “o que está abaixo do nível d’água”. Superado o impacto inicial, irá aproximá-los para revisar as regras de negócio atuais,

visando assim ajustá-las para reduzir geração e envio de contas com informações erradas por parte dos hospitais. O ganho residirá na redução de despesas não mensuradas, decorrentes das ineficiências não monitoradas dos processos.

Os ajustes nas regras de negócios entre os atores consistirão em ajustar a geração de contas hospitalares com valores dentro dos parâmetros das regras de negócios. Os processos operacionais dos hospitais serão impactados, pois necessitarão ser executados em tempos diferentes dos atuais, objetivando assim atender as regras do modelo de EDI proposto. Por exemplo: realizar a elegibilidade do paciente antes de iniciar o atendimento, e solicitar a autorização do procedimento antes de realizar a sua execução, entre outros. Ambos atores acreditam que, após os ajustes nas regras, o número de glosas reduzirá, podendo até ser eliminado para alguns procedimentos. Essa expectativa é motivada pelo fato que alguns procedimentos serão configurados com regras que possibilitarão aprovação automática. Esse efeito, por consequência, reduzirá o volume de trabalho das operadoras de planos de saúde no processo de auditoria, bem como também impactará na redução dos processos de recursos de glosas, impactando positivamente o custo operacional de ambas partes. Com a redução do volume de trabalho as equipes de auditoria de contas médicas poderão destinar maior atenção a casos complexos, o que por consequência impactará em uma auditoria mais assertiva. A perspectiva estabelecida é a de migrar de um modelo moroso de inspeção 100% para um modelo que trata exceções como exceções. O Quadro 38 apresenta uma síntese dos impactos do modelo proposto sobre o processo de faturamento analisado.

Quadro 38 – Síntese de Impactos do Modelo Proposto sobre o Processo Atual

MODELO PROPOSTO X PROCESSO ATUAL DE FATURAMENTO	
IMPACTO	DESCRIÇÃO
Aumento Imediato de Glosas	O primeiro impacto do modelo proposto sobre o processo atual é o aumento de volume de glosas devido a validação eletrônica de regras que hoje são realizadas de forma manual.
Ajustes de Regras de Negócio	O aumento de glosas motivará ambos os atores a conhecer e ajustar as regras e processos atuais para eliminar erros causadores de glosas.
Redução de Glosas Após Ajustes	Após aprendizagem e equalizar o conhecimento entre os atores, ambos irão gerar informações corretas, reduzindo assim as glosas.
Redução do Volume de Auditoria de Contas	A redução das glosas irá impactar diretamente na redução do volume de trabalho no processo de auditoria de contas hospitalares.

Fonte: Elaborado pelo autor.

6 CONCLUSÃO

A relação comercial dos hospitais e operadoras de planos de saúde é caracterizada por uma co-dependência entre estes atores, um modelo de remuneração que incentiva a produção médica, problemas de assimetria de informação e um sentimento de desconfiança sobre os processos de faturamento de contas hospitalares. Motivado por esses fatos, este trabalho buscou analisar os processos de faturamento de contas entre hospitais e operadoras de planos de saúde, e propor um modelo informacional baseado em EDI. O objetivo deste trabalho restringiu-se ao incremento da eficiência desse processo. Mais especificamente, à proposição de melhorias no padrão e no processo de troca de informações da conta do paciente, para suportar decisões em temporalidade mais adequada e reduzir a assimetrias entre esses atores.

O objetivo deste trabalho está sustentado por três objetivos intermediários: (i) analisar a influência dos modelos de remuneração na relação entre os hospitais e operadoras de planos de saúde; (ii) analisar o cenário atual do processo de geração e faturamento de contas entre hospitais e operadoras de planos de saúde, identificando as informações, regras, parâmetros e a periodicidade necessária para implementar o modelo informacional proposto; e (iii) analisar potenciais impactos que o modelo informacional proposto gerará no processo de faturamento, na visão de hospitais e operadoras de planos de saúde.

Para atender esses objetivos, foi proposta uma melhoria no modelo de troca de informações eletrônicas entre os atores, com base na revisão bibliográfica e na coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas, observações *in loco* e análise documental. Os conteúdos coletados foram analisados, permitindo identificar categorias dos processos realizados por ambos os atores. As categorias emergidas desta análise foram: a Complexidade da Relação, o Acesso a Dados, o Modelo Remuneração, o Processo de Autorização de Procedimentos, Os Processos de Auditoria e Faturamento de Contas, Os processos das Operadoras e Hospitais e por fim o Processo de Integração de Sistemas.

A Complexidade da Relação foi definida como itens que envolvem acordos comerciais, definições de regras e processos operacionais de ambos os atores. A categoria **Acesso a Dados** demonstrou que ambos os atores conhecem a importância

do acesso imediato aos dados, porém devido ao seu modelo atual de faturamento não realizam esta ação.

A categoria **Modelo de Remuneração** demonstrou que os modelos de remuneração impactam diretamente a relação comercial dos hospitais e operadoras de planos de saúde, podendo incentivar ou reduzir despesas e impactar diretamente na qualidade da assistência a saúde aos pacientes. As categorias **Processo de Autorização de Procedimentos, de Auditoria e Faturamento de Contas** vinculadas às categorias **Processos Operacionais dos Hospitais e das Operadoras de Planos de Saúde e de Integração de Sistemas** permitiram analisar o cenário atual do processo de geração e faturamento de contas entre prestadores e operadoras de planos de saúde, permitindo identificar as informações, regras, parâmetros e a periodicidade necessária para propor melhorias no atual modelo informacional de suporte ao faturamento;

A análise da influência dos modelos de remuneração na relação entre hospitais e operadoras de planos de saúde apresentou dados que comprovaram os já apresentados no Capítulo 2: os modelos de remuneração existentes na relação entre hospitais e operadoras podem influenciar a produção médica, bem como prejudicar o relacionamento entre estes atores. A análise do cenário atual do processo de geração e faturamento de contas entre hospitais e operadoras de planos de saúde, foi realizado através de entrevistas, observações *in loco* no ambiente operacional dos atores, e resultou na identificação que o padrão TISS e a codificação TUSS estão aderentes a necessidade para troca de informações entre hospitais e operadoras. Este processo de coleta de dados também auxiliou a identificar regras, parâmetros e da periodicidade necessária para implementar o novo modelo informacional proposto de suporte ao faturamento.

Durante a etapa de aplicação e testes das melhorias propostas para o atual modelo informacional de troca de informação foi identificado, pelos atores, que através da utilização de um conjunto de mensagens, da configuração e parâmetros de regras e tratamento de exceções ambos poderão reduzir o tempo e os custos envolvidos no processo de faturamento de contas hospitalares. Os impactos que o modelo proposto gerará sobre o processo atual de faturamento são: (i) o aumento imediato de número de contas com itens glosados; (ii) refinamentos nas regras de negócios entre os atores; (iii) melhoria no processo dos atores para geração, análise e auditoria de contas hospitalares; (iv) redução de glosas após os ajustes dos processos; e (v)

redução do volume de trabalho e dos custos operacionais e de auditoria para ambos atores.

O modelo de EDI proposto impactará nos processos e atitudes dos hospitais e das operadoras de planos de saúde, especificamente nos processos de geração e faturamento de contas hospitalares. A ausência de uma camada de gestão de informação capaz de processar grandes volumes de dados gerados nas operações rotineiras leva à criação de *overheads* de auditoria e a processos de inspeção 100%, ambos morosos e de grande impacto em custos operacionais. Em contrapartida, o modelo proposto abre a possibilidade de tratar, no âmbito de geração e faturamento de contas, rotina como rotina e exceção como exceção.

Com base em uma análise metodologicamente sustentada, esta pesquisa buscou identificar como aumentar a eficiência do processo de prestação de contas no relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde, terminando por propor um modelo de EDI para suportar em tempo hábil o processo de troca de informações entre hospitais e operadoras de planos de saúde. Busca-se, portanto, evidenciar o conteúdo de prática transformadora do trabalho apresentado. Não é possível, no entanto, avaliar se os atores envolvidos mobilizar-se-ão em termos da adoção e execução das ações propostas.

Este trabalho contribui também para o desenvolvimento acadêmico de estudantes e profissionais na área de gestão em saúde no que diz respeito ao conhecimento do mercado da saúde suplementar, bem como na forma de analisar e desenvolver modelos de troca de informação eletrônica através de EDI. Estudos adicionais são encorajados, em especial, pelos impactos práticos que podem ser trazidos em benefício dos pacientes.

Ainda, a pesquisa, como toda outra atividade, apresenta limitações. Sempre que possível buscou-se usar mais de um representante de hospitais e operadoras de planos de saúde. Entretanto, no momento da aplicação do modelo não foi possível gerenciar ampla participação de atores representantes do segmento. Outro tema limitado referente à aplicação prática do modelo proposto é sua implementação real, uma vez que requer customizações de sistemas de informação e um tempo maior dos atores envolvidos. Estudos focados nessas limitações podem revelar refinamentos ainda necessários para a eficácia do modelo proposto e não percebidos de outra forma. Por fim, o trabalho deixa lacunas de continuidade sobre o tema estudado e que podem dar origem a outros estudos.

A implantação do modelo de EDI proposto e sua real utilização e disseminação no mercado da saúde suplementar é um tema relevante para sua efetiva adoção entre hospitais e operadoras de planos de saúde do país. E a análise retrospectiva das percepções apresentadas neste trabalho, e de estudos similares, apresenta-se como oportunidade de melhoria do serviço de saúde prestado à população. Neste sentido, recomenda-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas abordando este tema na saúde brasileira.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/apresentacao_preliminar_modelos_de_remuneracao_prestadores_saude_panorama.pdf/>. Acesso em: setembro de 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/>>. Acesso em: março de 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2015**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_2016007.pdf/> Acesso em: abril de 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2016**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/Mapa_Assistencial_2016.pdf/> Acesso em: dezembro de 2017.

ALVES, Danielle Conte; BAHIA, Ligia; BARROSO, André Feijó. **O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. The role of the court system in regulating health insurance plans in Brazil**. CAD. Saúde Pública, v. 25, n. 2, p. 279-290, 2009.

ANDREAZZI, M. **Formas de Remuneração de Serviços de Saúde**. Brasília. 2003.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS. **Observatório ANAHP**. São Paulo, 2017.

BAHIA, L.; VIANA. **A. Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BARDIN, L., **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977.

BRASIL. **Lei Federal 9.656/98**: Brasília, 1998.

BRASIL. **Lei Federal 9.961/00**: Brasília, 2000.

BRASIL. **Lei Federal 13.003/14**: Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp/>. Acesso em: abril de 2017.

CAMELO, TV. et al. Saúde Suplementar: **Relação Entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviço**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

CUNHA, BIBIANA DUTRA ANTUNES DA. **Análise de Cenário na Saúde Suplementar: Um estudo sobre a entrada de capital estrangeiro a partir da perspectiva de prestadores de serviços**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Negócios) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Porto Alegre. 2014.

CROZATTI, Jaime. **Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações**. Cad. estud., São Paulo, n. 18, p. 01-20, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-92511998000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em abril de 2017.

DAVENPORT, T.H.; PRUSAK, L. **Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação**. São Paulo: Futura, 1998b. 18p.

DE AZEVEDO, Paulo Furquim et al. **A CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL**: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas. São Paulo, 2016.

DEE–CADE - Departamento de Estudos Econômicos do CADE. **Cadernos do Cade – Mercado de Saúde Suplementar: Condutas – 2015**. Disponível em <http://www.cade.gov.br/aceso-a-informacao/publicacoes-institucionais/dee-publicacoes-anexos/copy_of_cadernos-do-cade-2013-mercado-de-saude-suplementar-condutas-2013-2015.pdf>. Acesso em 25 de abril de 2017.

ESCRIVAO JUNIOR, Álvaro; KOYAMA, Marcos Fumio. **O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS**. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 903-914, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 13 de abril de 2017.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DOS HOSPITAIS. Disponível em: <<http://fbh.com.br/home-institucional/o-que-e-saude-suplementar/>>. Acesso em: abril de 2017.

FLICK, U. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 2. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo, Atlas, 1999.

GOUVEIA JUNIOR, Amauri. **O conceito de modelo e sua utilização nas ciências do comportamento: breves notas introdutórias**. *Estud. psicol.(Campinas)*, v. 16, n. 1, p. 13-6, 1999.

GRABAN, M.; SWARTZ, Joseph E. **Change for health. Management Services**, v. 56, n. 2, p. 35-39, 2012.

GLASER, John P.; DEBOR, Greg; STUNTZ, Laurance. **The New England Healthcare EDI Network. Journal of Healthcare Information Management—Vol**, v. 17, n. 4, p. 43, 2003.

HARVARD BUSINESS REVIEW – HBR. Disponível em: <<http://hbrbr.uol.com.br/modelos-de-remuneracao-na-saude/>>. Acesso em: abril de 2017.

HEALTH LEVEL SEVEN (HL7). Disponível em: </http://www.hl7.org>. Acessado em 30 março 2017.

INSTITUTO COALIZAÇÃO SAÚDE (ICOS). Disponível em: <http:// http://icos.org.br/>. Acesso em: dezembro de 2017.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Guia da Saúde Suplementar de 2013**. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.iess.org.br/>. Acesso em: abril de 2017.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). Disponível em: <http://www.iess.org.br/>. Acesso em: abril de 2017.

JAPAISSU, H e Marcondes. **Pequeno dicionário de filosofia**. São Paulo: Jorge Zahar Ed., 1989.

LADEROZA, L. **Intercambio Eletrônico de Dados. Conceitos e Implementação em Ambientes Abertos**. São Paulo: UNICAMP. 1992.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2008.

LAUDON, Kenneth C.; LAUDON, Jane P. **Management information systems: a contemporary perspective**. Prentice Hall PTR, 1990.

LEAL, Rodrigo Mendes. **O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde**. 2014. Tese de Doutorado. Tese de doutorado do Programa de Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento, do Instituto de Economia da UFRJ.

MANSON, N. J. **Is operations research really research?** Operations Society of South Africa, v. 22, n. 2, p. 155-180, 2006.

MACERA, A. P.; SAINTIVE, M. B. **O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil**. Brasília: SEAE/MF Documento de Trabalho nº 31; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário Temático Saúde Suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar: Brasília, 2009.

MODELOS de Remuneração: Passando a Régua. Revista Visão Saúde, São Paulo, ano 2, n. 3, p. 18-23, jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services. Report of a WHO Study Group**. WHO Technical Report Series, n. 829. Geneva: OMS, 1993.

PEREIRA FILHO, **Luiz Tavares**. **Iniciativa privada e saúde**. Estud. av., São Paulo, v. 13, n. 35, p. 109-116, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de abril de 2017.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. **Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. Physis, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de abril de 2017.

PREVIDENCIA SOCIAL. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/>>. Acesso em: abril de 2017.

REUSCH, MARCUS. **Avaliação de Desempenho de Unidade Hospitalar por *Diagnosis Related Groups* – Casuística Cirúrgica: Um Estudo de Caso**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Negócios) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Porto Alegre. 2015.

ROSSÉS, Gustavo F. et. al. A gestão eletrônica de documentos (GED) em uma cooperativa de prestação Assistencial à saúde: um estudo de caso. **Revista de Gestão e Organizações Cooperativas**, Santa Maria, v.3, n.6, p. 43-58, jul./dez. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/rgc/article/view/23964>>. Acesso em 5 out. 2017.

SILVA, A. **Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico**. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2003.

SILVA, Edna L. da; MENEZES, Estera M. **Metodologia de Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 2. ed. ver. Florianópolis: UFSC, 2001.

TAKEDA H, VEERKAMP P, TOMIYAMA T & YOSHIKAWA H, 1990, **Modeling design processes, Artificial Intelligence Magazine**, 11(4), pp. 37–48.

TAKAHASHI, Ana Cláudia Diniz. **Análise do modelo de remuneração hospitalar no mercado de saúde suplementar paulistano**. 2011. Tese de Doutorado.

UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE (UNECE). Disponível em: <<http://www.unece.org/fileadmin/DAM/cefact/refer/comp/intro3.htm/>>. Acessado em dezembro 2017.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE (UNIDAS). **Pesquisa Unidas de 2016**. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.unidas.org.br/uploads/381282c1e3907d8430d669d4b1582f66.pdf/>>. Acesso em: abril de 2017.

VAISHNAVI, V.; KUECHLER, W. (2004). “**Design Research in Information Systems**” January 20, 2004, last updated August 16, 2009. Disponível em <<http://desrist.org/design-research-in-information-systems>> Acesso em: mar. 2017.

Vaccaro, G. L. R.; Ahlert, F. C.; Azevedo, D. C. **Simulação Aplicada à Logística**. Ed. Unisinos, 2016. 210 p. ISBN 978-85-7431-743-4

VILARINHO, P. F. **O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu**. Rio de Janeiro: Cadernos EBAPE FGV, 2004.

X12. McLean, 2018. Disponível em: <<http://www.x12.org/>>. Acesso em: 03 fev. 2018.

APÊNDICE A – PERFIL DOS ESPECIALISTAS E EXECUTIVOS ENTREVISTADOS

O Quadro 39 apresenta a descrição do perfil dos especialistas e executivos dos hospitais e planos de saúde que participaram da pesquisa na etapa de entrevista, processo de observação e na etapa de avaliação do modelo proposto.

Quadro 39 – Perfil dos Especialistas e Executivos Entrevistados

Código	Cargo	Atuação no mercado	Formação	Experiência no Cargo	Especialização	Fase de Participação
EO1	Superintendente Executivo	Operadora de Planos de Saúde	Administração de Empresas	6 anos	MBA Executivo Gestão Econômica e Estratégica de Negócios	Entrevistas
EO2	Gerente Executivo	Operadora de Planos de Saúde	Administração de Empresas	5 anos	MBA Executivo em Gestão em Negócios de Saúde	Entrevistas
EO3	Coordenador de Faturamento de Contas Hospitalares	Operadora de Planos de Saúde	Ciências Contábeis	7 anos	MBA Executivo em Liderança Estratégica de Pessoas e Negócios	Entrevistas
EO4	Gerente Executivo	Operadora de Planos de Saúde	Administração de Empresas	18 anos	Especialização em administração	Entrevistas
EO5	Coordenador de Faturamento de Contas Hospitalares	Operadora de Planos de Saúde	Enfermagem	13 anos	Especialização em administração	Entrevistas
EO6	Coordenador de Faturamento de Contas Hospitalares	Operadora de Planos de Saúde	Administração de Empresas	9 anos	Especialização em administração	Entrevistas
EH1	Coordenadora Comercial	Prestador de Serviços	Enfermagem	20 anos	MBA Executivo em administração	Entrevistas
EH2	Coordenador de Faturamento de contas	Prestador de Serviços	Administração de Empresas	10 anos	MBA Executivo em administração	Entrevistas
EH3	Coordenador do setor de autorizações	Prestador de Serviços	Administração de Empresas	5 anos	MBA Executivo em administração	Entrevistas
EH4	Gerente de Contas Hospitalares	Prestador de Serviços	Enfermagem	7 anos	Mestrado Profissional em Gestão e Negócios	Entrevistas
EH5	Supervisora de Contas do Paciente	Prestador de Serviços	Administração de Empresas	5 anos	MBA Executivo em administração	Entrevistas
EH6	Diretor Financeiro	Prestador de Serviços	Enfermagem	20 anos	MBA Executivo em administração	Entrevistas

Fonte: Elaborado pelo autor.

APÊNDICE B – MENSAGENS PRÓPRIAS DO MODELO DE EDI PROPOSTO

A Figura 20 apresenta a mensagem própria do modelo, prescrição médica.

Figura 20 – Mensagem Prescrição Médica

(continua)

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Data da solicitação	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Fonte: Adaptado de ANS (2017)

A Figura 21 apresenta a mensagem própria do modelo, execução do procedimento.

Figura 21 – Mensagem Execução do Procedimento

(continua)

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicional. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicional. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.

(conclusão)

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Data da solicitação	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicional. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial executado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais executados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.
Código do procedimento ou item assistencial executado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial executado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento ou item assistencial executado	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial executado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade executada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial executado pelo prestador.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Fonte: Adaptado de ANS (2017)

A Figura 22 apresenta a mensagem própria do modelo, evolução do paciente.

Figura 22 – Mensagem Evolução do Paciente

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Situação do Paciente	String	100		Indica o quadro clínico do paciente, isto é, indica se o paciente continuará com a mesma prescrição médica, ou se o mesmo necessitará de nova prescrição médica	Obrigatório.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.

Fonte: Adaptado de ANS (2017)

ANEXO A – GUIAS PAPEL (TISS)

A Figura 23 apresenta a guia de comprovante presencial versão impressa.

Figura 23 – Guia de Comprovante Presencial

Logo da Empresa		GUIA COMPROVANTE PRESENCIAL			2 - Nº Guia no Prestador: 12345678901234567890	
1 - Registro ANS						
Dados do Contratado						
3 - Código na Operadora			4 - Nome do Contratado		5 - Código CNES	
6 - Nome do Profissional Executor				7 - Conselho Profissional	8 - Número no Conselho	9 - UF
Beneficiários						
11 - Data do atendimento	12 - Número do cartão	13 - Nome do Beneficiário	14 - Número de Guia Principal	15 - Assinatura		
01-						
02-						
03-						
04-						
05-						
06-						
07-						
08-						
09-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
16 - Data		17 - Assinatura do Contratado				

Fonte: ANS (2017)

A Figura 25 apresenta a guia de Solicitação de Internação versão impressa.

Figura 25 – Guia de Solicitação de Internação

Logo da Empresa		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890	
1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN
10 - Nome				11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora			13 - Nome do Contratado		
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho	17 - UF
					18 - Código CBO
Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ			20 - Nome do Hospital/Local Solicitado		21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica					
29 - CID 10 Principal (Opcional)	30 - CID 10 (2) (Opcional)	31 - CID 10 (3) (Opcional)	32 - CID 10 (4) (Opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		36 - Descrição		37 - Qtde Solic
					38 - Qtde Aut
01-					
02-					
03-					
04-					
Dados da Autorização					
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas		41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado			43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa					
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Fonte: ANS (2017)

A Figura 26 apresenta a guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia / SP/SADT versão impressa.

Figura 26 – Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia / SP/SADT

Logo da Empresa		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT				2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890							
1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN						
Dados do Solicitante													
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado											
15 - Nome do Profissional Solicitante				16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica									
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtde. Soltos	28 - Qtde. Aut.						
1 -													
5 -													
Dados do Contratado Executante													
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado					31 - Código CNEB						
Dados do Atendimento													
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento								
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
36 - Data	37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
1 -													
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)													
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF	55 - Código CBO
1 -													
2 -													
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série													
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -					
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -					
58 - Observação / Justificativa													
59 - Total de Procedimentos (R\$)								60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
1 -								2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização								67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			

Fonte: ANS (2017)

A Figura 27 apresenta a guia de Guia de Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME versão impressa.

Figura 27 – Guia de Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Logo da Empresa		ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME			2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira			8 - Nome		
Dados do Profissional Solicitante					
9 - Nome do Profissional Solicitante		10 - Telefone	11 - E-mail		
Dados da Cirurgia					
12 - Justificativa Técnica					
OPME Solicitadas					
13-Tabela	14-Código do Material	15-Descrição	16-Opção	17- Qtde. Solicitada	18- Valor Unitário Solicitado
21-Registro ANVISA do Material	22-Referência do material no fabricante		23-Nº Autorização de Funcionamento		19- Qtde. Autorizada
20- Valor Unitário Autorizado					
01-					
02-					
24 - Especificação do Material					
25- Observação / Justificativa					
26 - Data da Solicitação		27- Assinatura do Profissional Solicitante		28- Assinatura do Responsável pela Autorização	

Fonte: ANS (2017)

A Figura 28 apresenta a guia de Guia de Honorários médicos versão impressa.

Figura 28 – Guia de Honorários Médicos

Logo da Empresa		GUIA DE HONORÁRIOS (Somente para pacientes internados)				2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890					
1 - Registro ANS		3- Nº Guia de Solicitação de Internação		4 - Senha		5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora					
Dados do Beneficiário											
6 - Número da Carteira			7 - Nome			8 - Atendimento a RN					
Dados do Contratado (onda foi executado o procedimento)											
9 - Código na Operadora			10 - Nome do Hospital/Local			11 - Código CNES					
Dados do Contratado Executante											
12 - Código na Operadora			13 - Nome do Contratado			14 - Código CNES					
Dados da internação											
15 - Data do Início do Faturamento			16 - Data do Fim do Faturamento								
Procedimentos Realizados											
17-Data	18-Hora Inicial	19-Hora Final	20-Tabela	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Qtds.	24-Via	25-Tec	26-Fator Red / Acresc	27-Valor Unitário - R\$	28-Valor Total - R\$
01-											
10-											
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
29-Seq Ref	30-Grau Part.	31-Código na Operadora/CPF	32-Nome do Profissional			33-Conselho Profissional	34-Número no Conselho		35-UF	36-Código CBO	
37 - Observação / Justificativa										38- Valor total dos honorários	
39 - Data de emissão			40 - Assinatura do Profissional Executante								

Fonte: ANS (2017)

A Figura 29 apresenta a guia de Outras Despesas versão impressa.

Figura 29 – Guia de Outras Despesas

Logo da Empresa		ANEXO DE OUTRAS DESPESAS (para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)											
1 - Registro ANS _____		2 - Número da Guia Referenciada _____											
Dados do Contratado Executante			5 - Código CNES _____										
3 - Código na Operadora _____		4 - Nome do Contratado _____											
Despesas Realizadas													
6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$			
	17-Registro ANVISA do Material		18-Referência do material no fabricante						19-Nº Autorização de Funcionamento				
01-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
	20-Descrição _____												
07-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
	20-Descrição _____												
08-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
	20-Descrição _____												
09-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
	20-Descrição _____												
10-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
	20-Descrição _____												
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$)		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		26 - Total de Diárias (R\$)		27 - Total Geral (R\$)	
_____		_____		_____		_____		_____		_____		_____	

Fonte: ANS (2017)

ANEXO B – LAYOUT MENSAGENS PADRÃO TISS

O Anexo B tem como objetivo apresentar o *layout* das seguintes mensagens eletrônicas do padrão TISS: Verificação de Elegibilidade do beneficiário, Solicitação para Realização de Procedimentos, e Comunicação ou Alta do beneficiário, Cobrança de Serviços de Saúde, Demonstrativo de Retorno e Recurso de Glosa. Estas mensagens e as demais mensagens estão disponíveis para consulta do sitio da ANS. A Figura 33 apresenta o *layout* da mensagem de Verificação de Elegibilidade.

Figura 33 – Mensagem de Verificação de Elegibilidade do beneficiário.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário.	Opcional.
Data de validade da carteira	Date	8	AAAA-MM-DD	Data da validade da carteira do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso a informação conste na carteira do beneficiário.

Fonte: ANS(2017)

A Figura 34 apresenta o *layout* da mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimento

Figura 34 – Mensagem de Solicitação de Autorização para Realização de Procedimento.

(continua)

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Solicitação de SP/SADT					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicional. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Data da solicitação	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Obrigatório.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicionado. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do procedimento ou item assistencial solicitado	String	10		Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Obrigatório.
Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado	String	150		Descrição do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador	Obrigatório.
Quantidade solicitada do procedimento ou item assistencial	Integer	3		Quantidade do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador.	Obrigatório.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário	Opcional.

Fonte: ANS(2017)

A Figura 35 apresenta o *layout* da mensagem de Comunicado de Internação ou Alta do Paciente

Figura 35 – Mensagem de Comunicado de Internação ou Alta do Paciente.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável, nos termos do Art. 12, inciso III, alínea a, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o beneficiário seja o responsável e "N" - não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicional. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Data do evento	Date	8	AAAA-MM-DD	Data de ocorrência do evento (data da internação ou data da alta)	Obrigatório.
Tipo do evento	String	1		Tipo de evento referente à comunicação (internação ou alta)	Obrigatório.
Motivo de encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento da internação, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicional. Deve ser informado se o comunicado for de encerramento da internação.
Tipo de internação	String	1		Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57.	Condicional. Deve ser informado se o comunicado for de início de internação.

Fonte: ANS(2017)

A Figura 36 apresenta o *layout* da mensagem de Cobrança de Serviços de Saúde.

Figura 36 – Mensagem de Cobrança de Serviços de Saúde.

(continua)

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Número do lote	String	12		Número atribuído pelo prestador ao enviar um conjunto de guias para a operadora.	Obrigatório.
Guias de SP/SADT					
Registro ANS	String	6		Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Obrigatório.
Número da guia no prestador	String	20		Número que identifica a guia no prestador de serviços.	Obrigatório.
Número da guia principal	String	20		Número da guia principal	Condicionado. Deve ser preenchido com o número da guia principal no prestador quando se tratar de solicitação de SADT em paciente internado ou na cobrança de honorário médico em separado para procedimentos ambulatoriais
Número da guia atribuído pela operadora	String	20		Número que identifica a guia atribuído pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.
Data da autorização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Senha	String	20		Senha de autorização emitida pela operadora	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.
Data de validade da senha	Date	8	AAAA-MM-DD	Data de validade da senha de autorização do procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.
Número da carteira do beneficiário	String	20		Número da carteira do beneficiário na operadora	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Indicador de atendimento ao recém-nato	String	1		Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do	Obrigatório. Deve ser informado "S" - sim - caso o atendimento seja do recém-nato e o
Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório.
Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	Condicionado. Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.
Identificador biométrico do beneficiário	Binário			Código biométrico de identificação do beneficiário	Opcional.
Código do contratado solicitante na operadora	String	14		Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório. Quando não informado pelo solicitante, o executante deve preencher com o campo com "99999999999999", exceto se o solicitante e o executante forem o mesmo.
Nome do contratado solicitante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que <u>está solicitando o procedimento</u>	Obrigatório.
Nome do profissional solicitante	String	70		Nome do profissional que está solicitando o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica.
Conselho profissional do solicitante	String	2		Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26.	Obrigatório.
Número do solicitante no conselho profissional	String	15		Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional.	Obrigatório.
UF do conselho do profissional solicitante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24.	Obrigatório.
Data da solicitação	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o profissional está solicitando os procedimentos ou itens assistenciais.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de autorização pela operadora.
Caráter do atendimento	String	1		Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23.	Obrigatório.
Indicação clínica	String	500		Indicação clínica do profissional embasando a solicitação.	Condicionado. Deve ser preenchido pelo solicitante no caso de pequena cirurgia, terapia, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código identificador do prestador contratado executante junto a operadora, conforme contrato estabelecido.	Obrigatório.
Nome do contratado executante	String	70		Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que executou o procedimento.	Obrigatório.
Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do executante	String	7		Código do prestador executante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)	Obrigatório. Caso o prestador ainda não possua o código do CNES preencher o campo com 9999999.
Tipo de atendimento	String	2		Código do tipo de atendimento, conforme tabela de domínio nº 50.	Obrigatório.
Indicação de acidente ou doença relacionada	String	1		Indica se o atendimento é devido a acidente ocorrido com o beneficiário ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36.	Obrigatório.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Tipo de consulta	String	1		Código do tipo de consulta realizada, conforme tabela de domínio nº 52.	Condicionado. Deve ser preenchido caso o campo Tipo de Atendimento seja igual a Consulta .
Motivo de Encerramento	String	2		Código do motivo de encerramento do atendimento, conforme tabela de domínio nº 39.	Condicionado. Deve ser preenchido em caso de óbito.
Data de realização	Date	8	AAAA-MM-DD	Data em que o atendimento/procedimento foi realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Hora inicial da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário inicial da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência .
Hora final da realização do procedimento	Time	8	HH:MM:SS	Horário final da realização do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de atendimento de urgência ou emergência .
Tabela de referência do procedimento ou item assistencial realizado	String	2		Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou itens assistenciais utilizados, conforme tabela de domínio nº 87.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Código do procedimento realizado	String	10		Código identificador do procedimento realizado pelo prestador, conforme tabela de domínio.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Descrição do procedimento realizado	String	150		Descrição do procedimento realizado	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.
Quantidade de procedimentos realizados	Integer	3		Quantidade realizada do procedimento	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Via de acesso	String	1		Código da via de acesso utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 61.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
Técnica utilizada para realização do procedimento	String	1		Código da técnica utilizada para realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 48.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado e tratar-se de procedimento cirúrgico.
Fator de redução ou acréscimo	Numérico	1,2		Fator de redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento realizado ou item assistencial utilizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Caso não haja redução ou acréscimo sobre o valor do procedimento o fator é igual a 1,00.
Valor unitário do procedimento realizado ou item assistencial utilizado	Numérico	6,2		Valor unitário do procedimento realizado.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Valor total por procedimento realizado	Numérico	6,2		Valor total do procedimento realizado, considerando a quantidade de procedimentos realizados, o valor unitário e o fator de redução ou acréscimo	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver procedimento realizado sendo informado. Nos casos em que esse valor não possa ser definido previamente por força contratual, o campo deve ser preenchido com zero.
Grau de participação do profissional	String	2		Grau de participação do profissional na realização do procedimento, conforme tabela de domínio nº 35.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados e tratar-se de procedimento realizado por equine.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Código do contratado executante na operadora	String	14		Código na Operadora ou CPF do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Nome do profissional executante	String	70		Nome do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Conselho profissional do executante	String	2		Código do conselho do profissional que executou o procedimento, conforme tabela de domínio nº 26.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Número do executante no conselho profissional	String	15		Número de registro no respectivo Conselho Profissional do profissional que executou o procedimento.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
UF do conselho do profissional executante	String	2		Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 59.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante	String	6		Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional executante do procedimento, conforme tabela de domínio nº 24.	Condicionado. Deve ser preenchido sempre que houver honorários profissionais relativos aos procedimentos realizados.
Observação / Justificativa	String	500		Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julque necessário	Opcional.
Valor total de procedimentos	Numérico	8,2		Valor total de todos os procedimentos realizados.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimento cobrado.
Valor total de diárias	Numérico	8,2		Valor total das diárias, considerando o somatório de todas as diárias cobradas	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja diárias cobradas.
Valor total de taxas e aluguéis	Numérico	8,2		Valor total das taxas diversas e aluguéis, considerando o somatório de todas as taxas e aluguéis cobrados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja taxa ou aluguel cobrados.

Termo	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de Preenchimento
Valor total de materiais	Numérico	8,2		Valor total dos materiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja material cobrado.
Valor total de OPME	Numérico	8,2		Valor total das órteses, próteses e materiais especiais, considerando o valor unitário de cada material e a quantidade utilizada.	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja órteses, próteses ou materiais especiais cobrados, conforme negociação entre as partes.
Valor total de medicamentos	Numérico	8,2		Valor total dos medicamentos, considerando o valor unitário e a quantidade de cada medicamento utilizado	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja medicamento cobrado.
Valor total de gases medicinais	Numérico	8,2		Valor total dos gases medicinais, considerando o somatório de todos os itens de gases medicinais utilizados	Condicionado. Deve ser preenchido caso haja gases medicinais cobrados.
Valor do total geral	Numérico	8,2		Somatório de todos os valores totais de procedimentos realizados e itens assistenciais utilizados	Obrigatório.
Assinatura digital do prestador	Binário			Assinatura digital do prestador que está encaminhando a mensagem.	Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador assinar digitalmente a mensagem.

Fonte: ANS(2017)