



Glossário e Guia de Processos Operacionais

Gestão de Plano de Saúde

1. Glossário

Abrangência do Plano: Área de cobertura do produto comercializado; nacional, regional por grupo de estado, regional por grupo de municípios, estadual, municipal.

Acidente de Trabalho: É qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como no trajeto de ida e volta para o trabalho. Este conceito abrange a recuperação do usuário e sua reintegração às atividades profissionais.

Acidente Pessoal: É o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

Admissão: Internamento de um doente, com estadia mínima de pelo menos 24 horas. *Nota:* no caso de permanência inferior a 24 horas, por abandono, alta contra parecer médico, falecimento ou transferência para outro estabelecimento de saúde, considera-se um dia de hospitalização.

Admissão Programada: Internamento de um doente, com prévia marcação.

Admissão Urgente: Internamento de um doente em situação de urgência. *Nota:* consideram-se as seguintes proveniências: do ambulatório (urgente ou não urgente), do próprio estabelecimento ou de outro e, excepcionalmente, do domicílio, no caso de doentes crônicos com acesso direto ao serviço de internamento.

Agravo: É o aumento de preço no valor da contraprestação pecuniária do plano decorrente de doenças preexistentes.

Alta de Internamento: Fim da permanência do doente em um estabelecimento de saúde com internamento, resultante de uma das seguintes situações: saída com parecer médico favorável, óbito e saída contra parecer médico. *Nota:* a saída com parecer médico favorável abarca a saída para o domicílio, ambulatório do hospital ou transferência para outra instituição.

Ambulatório: Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos não internados. Estabelecimento integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de urgência/emergência ou cirúrgico de pequeno porte sem a necessidade de internação.

Análise Clínica: Exame laboratorial de um produto biológico destinado a facilitar o diagnóstico, o prognóstico, a terapêutica e a prevenção de doenças ou de quaisquer alterações fisiológicas do organismo humano.

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Aparelho Complementar de Terapêutica: Dispositivo para corrigir ou compensar incapacidades físicas.

Área de Ação: Região abrangida pelo plano, constituída única e exclusivamente do(s) município(s) discriminado no contrato.

Atendimento Ambulatorial: É aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

Atendimento em Urgência: Ato de assistência prestado em um estabelecimento de saúde, em centros de saúde ou hospitais, em instalações próprias, a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde.

Ato Complementar de Diagnóstico: Exame ou teste que fornece resultados necessários para o estabelecimento de um diagnóstico. *Nota 1:* Com o mesmo significado também são usados os termos Meios Auxiliares de Diagnóstico/MAD, Exames Auxiliares de Diagnóstico/EAD e Meios Complementares de Diagnóstico/MCD. *Nota 2:* A estatística deve ser efetuada de forma ponderada, nos termos decorrentes da Tabela de preços a ser praticada pelo SNS. No entanto, prevendo as dificuldades existentes nas instituições, espera-se que esta medida seja adotada progressivamente. *Nota 3:* Alguns atos podem ser simultaneamente de diagnóstico e terapêutica.

Ato Complementar de Terapêutica: Prestação de cuidados curativos, após diagnóstico e prescrição terapêutica. *Nota 1:* Com o mesmo significado também são usados os termos Meios Auxiliares de Terapêutica/MAT, Exames Auxiliares de Terapêutica/EAT e Meios Complementares de Terapêutica/MCT. *Nota 2:* A estatística deve ser efetuada de forma ponderada, nos termos decorrentes da Tabela de

preços a ser praticada pelo SNS. No entanto, prevendo as dificuldades existentes nas instituições, espera-se que esta medida seja adotada progressivamente. *Nota 3:* Alguns atos podem ser simultaneamente de diagnóstico e terapêutica.

Ato de Enfermagem: Prestação de cuidados realizada por um enfermeiro, que poderá ser exercida de forma autônoma ou interdependente, de acordo com a respectiva qualificação profissional.

Ato em Saúde (âmbito da prestação de cuidados de saúde): Prestação de cuidados de saúde a um indivíduo, que pode consistir em avaliação, diagnóstico, intervenção, prescrição de uma terapêutica ou sua execução, de acordo com a qualificação do prestador.

Autogestão: Sistemas de gestão própria através de órgãos internos da empresa, entidades sindicais, ou entidade jurídica de direito privado sem finalidade lucrativa, estabelecida principalmente para esse fim, ou ainda através de fundações, sindicatos, caixas ou fundos de previdência fechada, destinados exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais.

Autorização: Ato de liberação de atendimento após validação das regras de negócio da operadora estabelecidas para o cliente e para o prestador de serviço executante.

Beneficiário: É a pessoa física que, de acordo com os termos do contrato, tem o direito de usufruir de qualquer parte dos serviços de assistência à saúde contratada junto à operadora.

Benefício: É uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, nas condições expressas do contrato. *Exemplo: Benefício Família – BF, PEA, PCA (Plano de Continuidade Assistencial) ou Similar.* É um plano de benefícios instituído em favor dos usuários dependentes para que possam gozar, sem ônus e após o óbito do usuário titular, dos serviços médico-hospitalares previstos em contrato durante o prazo fixado no regulamento.

Berçário: Unidade orgânica de um hospital, equipada com um conjunto de berços, para a permanência dos recém-nascidos sem patologia. *Nota:* Estes berços não são incluídos na lotação do estabelecimento. No entanto, e uma vez que são importantes para efeitos de gestão, o seu número deve ser conhecido.

Bloco Operatório: Unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram em geral anestesia e elevado nível de assepsia.

Bloqueio: suspensão de atendimento ao beneficiário/usuário e/ou da rede de atendimento.

Cálculo Atuarial: É o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

Carência: É o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas. Restrição quanto à utilização de procedimentos ou eventos por um número específico de dias.

Cartão Individual de Identificação: É a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada etc.) Também é o comprovante de sua aceitação na RDA e pelo plano de saúde.

censo Diário: Número de pacientes admitidos no internamento durante um dia, adicionados aos doentes transitados do dia anterior, subtraindo-se os pacientes que tiveram alta nesse dia.

Centro de Saúde: Estabelecimento público de saúde, que visa a promoção da saúde, prevenção de doenças e a prestação de cuidados, quer intervindo na primeira linha de atuação do Serviço Nacional de Saúde, quer garantindo a continuidade de cuidados, sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços e cuidados especializados. Dirige sua ação tanto à saúde individual e familiar como à saúde de grupos e da comunidade.

CH: Coeficiente de honorário médico.

CID-10: É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

Cirurgia Programada ou Eletiva: Cirurgia efetuada com data de realização previamente marcada.

Cirurgia Urgente: Cirurgia efetuada sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica.

Internação Cirúrgica: Internação hospitalar para efetuar tratamento com fins cirúrgicos.

Cliente: Pessoa física ou jurídica responsável pelo pagamento do contrato (relacionamento financeiro). Não será necessariamente um usuário/beneficiário do contrato.

Clínica/Policlínica: Estabelecimento que reúne vários consultórios, com infraestrutura para realização de pequenas cirurgias e realização de exames de diversas especialidades.

Internação Clínica: Internação para tratamento clínico que não requeira cirurgia.

Cobertura Parcial Temporária: É aquela que admite em prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato.

Cobertura: São os direitos dos usuários do plano, assegurados no contrato.

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

Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU): É o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

Consulta a Doentes Internados: Ato de assistência prestado a indivíduos que se encontram internados, podendo consistir em avaliação, intervenção e monitoração, indiferentemente do local de realização desta atividade: serviço de internamento ou gabinete de consulta externa. *Nota 1:* Estas consultas devem ser registradas separadamente das efetuadas em regime de ambulatório, pois têm relevância apenas para efeitos estatísticos. *Nota 2:* São consideradas apenas as consultas efetuadas por especialidade diferente da que assiste o doente em internamento. *Nota 3:* Para fins estatísticos, devem ser individualizadas as consultas prestadas por outros profissionais de saúde.

Consulta de Adultos: Consulta médica não diferenciada prestada nos Centros de Saúde a indivíduos de 19 ou mais anos de idade (excetuam-se as consultas de Saúde Materna, Planejamento Familiar e Saúde Pública).

Consulta de Saúde Infantil e Juvenil: Consulta médica não diferenciada, em Centros de Saúde, prestada a menores de 19 anos de idade (excetuam-se as consultas de Saúde Materna, Planejamento Familiar e Saúde Pública).

Consulta em Domicílio: Consulta prestada em domicílio, lares ou instituições afins.

Consulta Médica: Ato de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde.

Consulta: É o atendimento prestado pelo médico ao usuário no consultório, hospital ou domicílio, em que se emite parecer, instrução, opinião ou conselho sobre a queixa do usuário, prescrevendo, quando necessário, exames complementares de diagnóstico e/ou tratamentos adequados. É o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário em ambiente hospitalar, em consultório médico ou em ambulatório.

Consultório Médico Privado: Estabelecimento de saúde privado onde se prestam consultas médicas e outros atos e procedimentos. Fonte: Instituto Nacional de Estatística – INE.

Contraprestação pecuniária: Cada um dos pagamentos periódicos efetuados pelos associados para custeio do seguro ou plano de assistência à saúde. Fonte: CNSP

Contratada: É a operadora de planos privados de assistência à saúde, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria ou por ela contratada.

Contratante: É a pessoa jurídica ou pessoa física que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

Contrato Coletivo Empresarial: É aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica através da relação de emprego, associativa ou sindical.

Contrato: Documento que regulamenta o relacionamento entre o contratante dos serviços de assistência à saúde e a operadora do plano de saúde.

Convivente: É a pessoa que vive com o titular do plano em união estável, assim definida, na forma da lei.

Coparticipação ou Participação Financeira: É um sistema de pagamento facultativo, que pode ser ou não oferecido pelas operadoras.

Corpo Clínico: Grupo de profissionais de saúde (médicos) titulares/oficiais que prestam atendimento fixo no hospital e/ou clínica.

Corretora: Entidade que comercializa planos de saúde, além de seguros.

CPT (Cobertura Parcial Temporária): Aplica-se às doenças e lesões preexistentes que não eram obrigatoriamente cobertas pelos contratos anteriores à Lei 9656/98.

Credenciados: Estabelecimentos (hospitais, clínicas, laboratórios, centros de diagnósticos) contratados pela operadora para compor sua rede de atendimento.

Credenciamento: Homologação de contrato para prestação de serviços médicos e ou hospitalares.

Cuidado de Saúde: Prestação por profissional de saúde, consistindo em avaliação, manutenção, terapia, reeducação, promoção da saúde, prevenção dos problemas de saúde e todas as atividades a ela relacionadas, para manter ou melhorar o estado de saúde. Fonte: The World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (GPS/FPS), short the World Organization of Family Doctors – WONCA

Custo Operacional: Denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência acrescida de um percentual a título de despesas administrativas.

Data Base: Dia e mês de início de vigência do contrato, que servirão de base para a reavaliação anual do valor da mensalidade.

Day Clinic: Cirurgias que não necessitem de hospitalização, mas exijam repouso e observação do paciente por no máximo 12 horas (a critério da solicitação/avaliação médica).

Diária Hospitalar: Custo diário de hospitalização, cobrado por hospitais e/ou clínicas, reembolsado ou custeado pelo plano de assistência saúde, em caso de internação que corresponda a um dia de tratamento de um paciente internado por acidente ou doença coberta pelo contrato.

Dias de Internamento/Tempo de Internamento em um Período: Total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, em determinado período, excetuando-se os dias em que ocorreram as altas desse estabelecimento de saúde. *Nota 1:* Não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência. *Nota 2:* Este conceito é também aplicável a um só Serviço de Internamento.

Doença Crônica: Entende-se por doença crônica aquela de curso prolongado, independente de sua gravidade, que, regra geral, afeta órgãos e funções de forma irreversível e apresenta ciclos intermitentes de alterações do quadro clínico.

Doença ou Lesão Preexistente: É todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas consequências, e do qual o usuário tenha conhecimento ou pelo qual tenha

recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de sua inclusão no plano. Doença crônica manifestada no usuário e/ou beneficiário antes da data de contemplação do plano de saúde.

Doença: É o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

Doentes Entrados em um Estabelecimento de Saúde em um Período: Doentes admitidos em internamento, durante um período, em um estabelecimento de saúde. Nota: Consideram-se as seguintes proveniências: ambulatório (consulta externa, serviço de urgência ou outro) ou transferência de outro estabelecimento de saúde.

Eletivo: Termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

Emergência: Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.

Enfermaria: Acomodação coletiva com dois ou mais leitos, sem direito a acompanhante, exceto em casos de internação de menores de 18 (dezoito) anos.

Entidade Convencionada: Prestador de cuidados de saúde privado, com quem o Ministério da Saúde ou as Administrações Regionais de Saúde - ARS celebram contrato de adesão, com o objetivo de prestação de cuidados de saúde, em articulação com o SNS, integrando-se na rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

Entidade de um Estabelecimento de Saúde: Forma jurídica relativa à propriedade de um estabelecimento de saúde, podendo este ser público ou privado. Fonte: Instituto Nacional de Estatística – INE

Entrevista Qualificada: Trata-se do preenchimento pelo usuário, no ato da contratação, de um formulário de declaração de saúde, elaborado pela operadora e sob orientação de um médico, com o objetivo de identificar doenças e lesões preexistentes.

Episódio: Período que decorre desde a primeira comunicação de um problema de saúde ou doença a um prestador de cuidados, até a realização do último encontro respeitante a esse mesmo problema ou doença. Fonte: Glossário para Medicina Geral e Familiar APMCG 1997 – WONCA

Especialidade Médica: Título que reconhece uma diferenciação a que corresponde um conjunto de saberes específicos em medicina. Fonte: Ordem dos Médicos – OM

Estabelecimento Termal: Unidade prestadora de cuidados de saúde, na qual se usam as propriedades da água mineral natural, com fins de prevenção, terapêutica e ou reabilitação. Fonte: Direção Geral da Saúde – DGS

Estância Termal: Área geográfica que tem por base a exploração de uma água mineral natural em um ou mais estabelecimentos termais. Fonte: Direção Geral da Saúde – DGS Este conceito aplica-se apenas à relação entre o SNS e os prestadores de cuidados privados. Se, por exemplo, a relação se estabelecer entre uma ARS e um Hospital público trata-se de um "acordo" e não de uma "convenção". Fonte: artigo 3º do DL 97/98 de 18/4

Evento: Procedimentos encontrados nas tabelas da AMB (Associação Médica Brasileira) ou CIEFAS (Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência a Saúde), juntamente com outros procedimentos adotados pela operadora do plano de saúde. É o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte

Exame Autogerado: Procedimento (exame) que o profissional de saúde solicita e ele próprio realiza ou direciona a execução para um de seus sócios. Exemplos: 1) O beneficiário vai ao cardiologista e o médico solicita e realiza o exame de eletrocardiograma no próprio consultório, 2) O beneficiário vai ao cardiologista e o médico solicita o exame de eletrocardiograma e indica que seja feito por um determinado prestador de serviço ou na própria clínica.

Exame: Procedimento complementar ou serviço de apoio diagnóstico solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário

Taxa de Contribuição da ANS: Taxas de saúde suplementar que a operadora deve pagar a ANS, de acordo com a abrangência geográfica do plano, cobertura médico-hospitalar oferecida (ambulatorial, hospitalar e suas combinações) e atos de saúde (registro de produto, registro de operadora, alteração de dados - produto, alteração de dados/operadora e pedido de reajuste de mensalidade).

Família: Grupo familiar contratante do serviço e que possui um responsável.

Farmácia: Estabelecimento de saúde licenciado por alvará concedido pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), por meio de concurso público, apenas a farmacêuticos.

Filial: Unidades de negócio dependentes da Matriz (SEDE).

Franquia: O valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento a rede credenciada ou referenciada. Define o limite de participação financeira do beneficiário na conta médica e/ou hospitalar.

Glosa: É a quantidade e/ou valor de um evento recusado pelo plano de saúde durante o processamento de contas médicas.

Grande Cirurgia: Intervenção cirúrgica com valor de K superior ou igual a 110 K, conforme a tabela da Ordem dos Médicos.

Grupo de Contratos: Agrupamento de contratos para efeito de avaliação de resultado.

Grupo Hospitalar: Conjunto de Hospitais em que cada um mantém a sua autonomia administrativa e financeira, mas são coordenados por um órgão que promove a sua articulação. Fonte: artigo 2º do DL 284/99 de 26/7

Guia de Ambulatórios e Serviços: Relação de ambulatórios e prestadores, próprios ou contratados, referenciados para fins deste instrumento.

Home Care: Serviço de atendimento domiciliar contratado ou disponibilizado para o beneficiário/usuário. Geralmente são serviços de enfermagem.

Hospital Central: Hospital caracterizado por dispor de meios humanos e técnicos altamente diferenciados, com responsabilidades de âmbito nacional ou inter-regional.

Hospital de Dia: Serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo durante o dia sob vigilância, não requerendo estadia durante a noite.

Hospital de Tabela Própria: É aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros.

Hospital Especializado: Hospital em que predomina o número de camas adstritas a uma dada valência ou que presta assistência apenas ou especialmente a utentes de um determinado grupo de idade.

Hospital Geral: Hospital que integra serviços com diversas valências.

Hospital Universitário: Entende-se por Hospital Universitário o que tem no seu quadro de pessoal profissionais das carreiras universitárias e está ligado a um departamento de ensino de uma universidade.

Hospital: Estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica. Nota: Os critérios para a classificação dos hospitais enquadram-se em abordagens diversas, designadamente: área de influência/diferenciação técnica; hierarquização de valências; número de especialidades/valências; regime de propriedade; ensino universitário; situação na doença; ligação entre hospitais.

IGP-M: Índice Geral de Preços do Mercado, editado pela Fundação Getúlio Vargas.

Início da Vigência do Contrato: Dia subsequente ao da inscrição, condicionado ao aceite da contratada.

Inscrição: Ato de incluir um usuário no plano, condicionado ao aceite da Contratada.

Intercâmbio: É negociação entre as cooperativas do país que gera relações operacionais específicas e normatizadas, para atendimento de usuários, na área de ação de uma cooperativa, contratados por outra do SISTEMA. Troca de sujeitos da obrigação contratual de atendimento dos usuários; relações operacionais com disciplinas obrigatórias já submetidas a regramentos; prestação do atendimento por cooperativas singulares; caráter interdependente da negociação.

Intercorrência: Evento ou complicação que ocorre durante a internação do paciente. Por exemplo: o paciente foi internado por motivo clínico e necessitou de intervenção cirúrgica.

Internação Cirúrgica: Internação hospitalar para efetuar tratamento com fins cirúrgicos.

Internação Clínica: Internação para tratamento clínico que não requeira cirurgia.

Internação Hospitalar: Ocorre quando o usuário é internado no hospital, ficando sob cuidados médicos por mais de 12 horas, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

Internamento/Internação: Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, uma noite.

Intervenção Cirúrgica: Um ou mais atos operatórios com o mesmo objetivo terapêutico e ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, locorregional ou local, com ou sem presença de anestesista.

Laboratório: Diagnósticos de doenças através de métodos especializados.

Liberção: Autorização da operadora de planos de assistência à saúde dada, geralmente, à clínica e/ou hospitais, para realização de procedimentos necessários aos usuários e/ou aos seus beneficiários.

Limitações: Parâmetros, pré-estabelecidos em contrato, para utilização do plano de saúde.

Lista de Espera: Número de doentes do sistema de saúde, geralmente em hospitais, que aguardam a realização não urgente de consulta, exame, tratamento, operação ou procedimento especial.

Fonte: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE

Livre Escolha: Oferecimento ao beneficiário da possibilidade de utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviços não pertencentes às redes credenciadas ou referenciadas pelo plano.

Lotação Oficial: Número de camas (incluindo berços de neonatologia e pediatria) oficialmente definido para um serviço de saúde com internamento.

Lotação Praticada: Número de camas (incluindo berços de neonatologia e de pediatria) disponíveis e equipadas para internamento imediato de doentes, contadas em um serviço de saúde. *Nota 1:* Excluem-se as camas do berçário, do serviço de observação, do SAP, do recobro e dos hospitais de dia, nomeadamente da hemodiálise. *Nota 2:* Este valor resulta da média aritmética do número de camas contadas no último dia de cada trimestre do ano.

Materiais: Dispositivos médicos utilizados no atendimento ou na realização de um procedimento ao beneficiário/usuário pelo prestador de serviço.

Medicamento: Fármaco, remédio. Que tem qualidades curativas.

Medicina de Grupo: Sistema de atendimento médico-hospitalar de elevado padrão técnico-profissional de serviços e hospitais próprios, com estrutura que inclui médicos e serviços auxiliares de diagnóstico credenciados.

Médico Cooperado: Médico que participa, com cotas, de uma das cooperativas de trabalhos médicos.

Médico Solicitante – Requiritante: Profissional de saúde que solicita um procedimento (exame, cirurgia, outros) ao beneficiário/usuário.

Mensalidade: Valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.

Negação: Impugnação de autorização para um evento solicitado pelo beneficiário por motivos variados. Cada motivo é denominado “negação”.

Operadora de Saúde: Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que mantém os planos ou produtos privados de assistência à saúde.

Órtese: Acessório (peça ou aparelho) usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo ou não ser retirado posteriormente.

Pacotes: São acordos firmados entre operadora e prestadores de serviços para alguns procedimentos cirúrgicos (ex. parto, cirurgia cardíaca etc.), com valor fechado, nos quais já estão incluídos os procedimentos, materiais, medicamentos, taxas e diárias envolvidas no evento.

Parto: Completa expulsão ou extração, do corpo materno, de um ou mais fetos, de 22 ou mais semanas de gestação, com 500 ou mais gramas de peso, independentemente da existência ou não de vida e de ser espontâneo ou induzido.

Parto Distóxico: Parto efetuado com intervenções instrumentais tais como: fórceps, ventosa ou cesariana.

Parto a termo (Eutóxico): Parto normal, efetuado sem intervenção instrumental.

Patologia: Modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

Pequena Cirurgia: Intervenção cirúrgica com valor de K inferior a 50 K, conforme a tabela da Ordem dos Médicos.

Perícia Médica: Avaliação executada diretamente por um médico para liberação ou confirmação de um procedimento (evento) solicitado.

Pessoa: Pessoa física ou jurídica que mantenha qualquer tipo de negociação financeira (Recebimento/Pagamento) com a operadora.

Plano Pré-Pagamento: Modalidade de cobrança de contrato individual/familiar ou coletivo, que cobra uma mensalidade por beneficiário/usuário, podendo ser fixa ou de acordo com a faixa etária, independentemente da utilização dos serviços por parte dos beneficiários/usuários.

Plano Pós-Pagamento: Modalidade de cobrança de contrato coletivo que cobra exclusivamente os serviços prestados aos beneficiários/usuários da pessoa jurídica contratante, acrescidos de taxa de administração e/ou taxa de manutenção.

Plano: É a opção de coberturas adquirida pelo contratante. Pode ter ou não internamento. Fonte: Instituto Nacional de Estatística – INE

Posto de Enfermagem: Estabelecimento de saúde que tem por objetivo a prestação de cuidados de enfermagem, no local ou no domicílio, sob a responsabilidade de pessoal técnico qualificado com especialização adequada. Fonte: Instituto Nacional de Estatística – INE

Posto de Medicamentos: Estabelecimento dependente de uma farmácia que lhe serve de sede, sendo o seu funcionamento de responsabilidade do farmacêutico, diretor-técnico da farmácia. Tem condições especiais de instalação e funcionamento devidamente regulamentadas. Fonte: Instituto Nacional de Estatística – INE

Posto Médico: Estabelecimento de saúde sem internamento, desprovido de fins lucrativos e gerido por entidades oficiais ou particulares (com ou sem fins lucrativos), dotado de recursos humanos e técnicos, susceptíveis de executarem atos médicos com fins preventivos e curativos (não inclui medicina do trabalho ou ocupacional). Nota: A maioria dos postos médicos destina-se a uma população restrita de utentes, como por exemplo: moradores de uma freguesia ou membros de um setor ou ramo das Forças Armadas ou corporação paramilitar – postos médicos oficiais, trabalhadores de uma empresa e familiares, associados de uma instituição particular não lucrativa, posto médico particular sem fins lucrativos. Fonte: Instituto Nacional de Estatística – INE. Fonte: Comité Europeu de Normalização – CEN

Prestador: Hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e outros fornecedores que prestam serviço para a operadora do plano de saúde.

Primeiros Socorros: Primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

Procedimento: Método, processo.

Produtos: Modalidades de planos oferecidos pela contratada.

Profissional de Cuidados de Saúde: Indivíduo envolvido diretamente na prestação de cuidados de saúde. Fonte: Comitê Europeu de Normalização – CEN

Programa de Saúde: Conjunto de atividades dirigidas a determinados grupos vulneráveis ou de risco, seguindo orientações técnicas oficiais, inserindo-se em um processo assistencial pré-definido, seja ele de prevenção, terapêutica ou de reabilitação.

Prontuário Médico: O Prontuário Médico é um conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos Serviços de Saúde Pública ou Privados. Elemento valioso para o paciente e a instituição que o atende, para o médico, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços de saúde pública, servindo também como instrumento de defesa legal. É um meio indispensável para aferir a assistência médica prestada. É documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde. São documentos padronizados que deverão fazer parte do Prontuário Médico: Ficha de anamnese. Ficha de evolução. Ficha de prescrição terapêutica. Ficha de registro de resultados de exames laboratoriais e de outros métodos diagnósticos auxiliares. Toda anotação em prontuário deverá ser assinada e carimbada por quem a realizou.

Prótese: Acessório usado em atos cirúrgicos e que substitui parcial ou totalmente um órgão ou membro. É a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função. *Exemplo: (pinos metálicos, válvulas cardíacas).*

Protocolos Clínicos: Critérios para diagnosticar cada doença, assim como qual tratamento a ser aplicado, prescrição de medicamentos e respectivas dosagens.

Recursos ou Serviços Contratados ou Credenciados: São aqueles colocados à disposição do usuário pela Contratada, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas e sim por terceiros.

Rede de Atendimento: Rede própria ou credenciada.

Rede Referenciada: Ambulatórios e prestadores determinados para fins deste instrumento, constantes do Guia de Ambulatórios e Serviços, para determinados procedimentos.

Rede Restrita: Formação de uma rede limitada de prestadores em que o beneficiário somente poderá fazer uso dela para ser atendido.

Reembolso: Restituição monetária para o beneficiário por pagamentos efetuados a prestadores não credenciados junto a operadora, pela execução de procedimentos com cobertura no Plano de Saúde.

Refere-se às coberturas médico-hospitalar-odontológicas estipuladas em contrato de prestação de serviços de assistência à saúde.

Região: Área geográfica dentro do território nacional, tabulada de acordo com o código de endereçamento postal da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.

Retorno de consulta: Ato médico decorrente da necessidade de reavaliação terapêutica e/ou diagnóstica de um paciente. O tempo pode variar de 7 a 30 dias, conforme especialidade e patologia. Geralmente há concessão, sem ônus, de um retorno para cada consulta cobrada.

Rol de Procedimentos: É a lista editada pelo Conselho de Saúde complementar através da Resolução 10, publicada em 4 de novembro de 1998, alterada pelo anexo 1 da Resolução nº 41 da Diretoria colegiada da agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, publicada em 14 de dezembro de 2000. Este Rol pode ser alterado pela ANS.

Saúde: Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS)

Segmentação Assistencial: Diversos tipos de cobertura oferecidos pelos planos privados de assistência a saúde. Exemplo: ambulatorial; hospitalar; ambulatorial+hospitalar+odontológico etc.

Segmento: Parte de um organismo ou órgão.

Seguradora: Uma instituição que tem como objetivo indenizar prejuízos involuntários verificados no patrimônio de outrem, ou eventos aleatórios que não trazem necessariamente prejuízos, mediante recebimento de prêmios. No Brasil, as seguradoras são organizadas em forma de sociedades anônimas, sempre por ações nominativas, não estando sujeitas à falência nem podendo impetrar concordata, embora possam ser liquidadas voluntária ou compulsoriamente. As cooperativas também podem atuar como se seguradoras fossem, mas unicamente com seguros agrícolas e de saúde.

Serviço Complementar de Diagnóstico: Unidade orgânico-funcional dotada de recursos especializados, onde se realizam exames e testes diversos, cujos resultados são necessários à efetivação de diagnóstico clínico. *Nota:* Este serviço pode ser simultaneamente de diagnóstico e terapêutica.

Serviço Complementar de Terapêutica: Unidade orgânico-funcional dotada de recursos especializados e destinada a prestar cuidados curativos após diagnóstico. *Nota:* Este serviço pode ser simultaneamente de diagnóstico e terapêutica.

Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado (SAP): Serviço dos centros de saúde destinado ao atendimento aos utentes em situação de urgência e ao seu encaminhamento para os cuidados de saúde secundários, quando necessário. *Nota 1:* Funciona em horário pré-estabelecido, durante 24 horas ou em período inferior. *Nota 2:* Consoante o seu período de funcionamento são utilizadas as seguintes designações: SAP/SU - Serviço de Atendimento Permanente/Serviço de Urgência. *Nota 3:* Progressivamente, este serviço será extinto ou transformado em Unidades Básicas de Urgência, com a aplicação do Decreto Lei 157/99.

Serviço de Observação: Unidade integrada no Serviço de Urgência hospitalar, onde os doentes permanecem para observação até evidência conclusiva do diagnóstico.

Serviço de Urgência: Unidade orgânica de um Hospital para tratamento de situações de emergência médica, cirúrgica, pediátrica ou obstétrica a qualquer hora do dia ou da noite.

Serviço Domiciliário: Conjunto de recursos destinados a prestar cuidados de saúde, a pessoas doentes ou inválidas, no seu domicílio, em lares ou instituições afins. Fonte: Instituto Nacional de Estatística – INE.

Serviço Nacional de Saúde – SNS: Conjunto de todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde.

Serviço: Célula básica da organização dos estabelecimentos de saúde.

SIP: Sistema de Informações do Produto. Por meio desse sistema, serão alimentadas informações de eventos da operadora para Agência Nacional de Saúde.

Sistema de Saúde: Conjunto constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais liberais que acordem com o SNS a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades. Fonte: Lei de Bases da Saúde Lei 48/90 de 24/8

Sistema Local de Saúde: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, com intervenção direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde. Fonte: artigo 2º do DL 156/99 de 10/5

Sub-especialidade: Título que reconhece uma diferenciação numa área particular de uma especialidade. Fonte: Ordem dos Médicos – OM

SUSEP: Superintendência de Seguros Privados. É o órgão responsável pelo controle e fiscalização do mercado de seguros, previdência privada aberta e capitalização.

Tabela da AMB: Tabela de honorários médicos, elaborada pela AMB (Associação Médica Brasileira), contendo a lista de procedimentos médicos para todas as especialidades, bem como procedimentos diagnósticos e terapêuticos e que tem como finalidade estabelecer índices mínimos quantitativos para os procedimentos médicos (versão 90, e 92) ou valores referenciais (versão 96 e 99) para remuneração dos profissionais, conforme o grau de complexidade, entre outros atributos de cada procedimento.

Tabela de Honorários: Tabela contendo lista de procedimentos médicos e/ou diagnósticos e/ou terapêuticos de uma entidade de classe afim como, por exemplo, AMB (Associação Médica Brasileira). Tem por finalidade estabelecer referências para remuneração dos profissionais, conforme o grau de complexidade, nível de atuação, entre outros atributos de cada procedimento.

Tabela de Referência: Lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicados às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde, devidamente registrada no Cartório de Registro de Título e Documentos.

Tabela Dinâmica de Eventos: Tabela(s) do ambiente PLANO DE SAÚDE, na qual são cadastrados os códigos (procedimentos, grupo de procedimentos) que compõem a(s) tabela(s) de honorários utilizada(s) pela operadora.

Taxas Hospitalares: Valores cobrados pela utilização da infra-estrutura de atendimento (serviços/equipamentos) disponível no prestador de serviço (hospital/clínica).

Tempo de Espera: Número de dias (incluindo sábados, domingos e feriados) compreendido entre a data da inscrição para consulta, cirurgia, exame ou tratamento e a data prevista para realização dos mesmos.

Tempo de Intervenção Cirúrgica: Período durante o qual o doente é submetido a uma ou mais intervenções, simultâneas ou consecutivas.

Terapia: Tratamento das doenças. Terapêutica (que serve para curar).

Tipo de Acomodação: Apartamento ou coletivo (enfermaria).

Tipo de Contrato: Individual, familiar, coletivo por adesão e coletivo empresarial.

Total de Internamentos em um Estabelecimento de Saúde em um Período: Existência inicial de doentes, no estabelecimento de saúde com internamento, adicionado ao número de doentes entrados, durante o período, nesse estabelecimento de saúde. *Nota:* Este total deve ser igual à soma do número de pacientes que tiveram alta desse estabelecimento de saúde, durante o período, com a existência final de pacientes.

Total de Internamentos em um Serviço de um Estabelecimento de Saúde em um Período: Existência inicial de doentes, em um serviço de estabelecimento de saúde com internamento, adicionado ao número de doentes entrados, durante o período, nesse serviço. *Nota:* Este total tem que ser igual à soma do número de doentes saídos desse serviço, durante o período, com a existência final de doentes.

Transfusão de Sangue: Ato de administração de sangue total ou dos seus componentes.

Tratamento: Ato terapêutico realizado em um doente por um profissional de saúde.

U.S.: Unidade de Serviço. Valor unitário de referência em R\$ utilizada para calcular/valorizar os preços dos procedimentos clínicos, cirúrgicos e diagnósticos realizados pelo prestador de serviço. Exemplo: uma consulta = 100 CH, a US = R\$ 0,30, portanto a consulta custará -> $100 \times 0,30 = R\$ 30,00$.

Unidade Básica de Urgência: Unidade prestadora de cuidados com caráter urgente, em Centros de Saúde, articulando-se com a rede nacional de urgência e emergência. Fonte: artigo 17º do DL 157/99, de 10/5.

Unidade de Cuidados Especiais – UCE: Conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos, destinados a prestar cuidados a doentes com insuficiência de um órgão ou sistema, que embora necessitando de vigilância permanente não requeiram ventilação mecânica.

Unidade de Cuidados Intensivos – UCI: Conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados, onde os doentes em estado crítico, com falência de funções orgânicas vitais, são assistidos por meio de suporte avançado de vida, durante 24 horas por dia.

Unidade de Cuidados Médicos – UCM: Conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados para os doentes que, embora não estando em estado crítico, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia. *Nota:* As unidades UCI, UCE e UCM situam-se numa linha de organização de cuidados de forma regressiva, sendo que à primeira está associada maior intensidade de cuidados que à segunda, e assim sucessivamente.

Unidade de Queimados: Conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos onde os doentes queimados em estado crítico são assistidos durante 24 horas por dia.

Unidade de Terapia Semi-Intensiva – UTSI: Acomodação com instalações e equipamentos próprios, para mais de um paciente requerendo tratamento intermediário, enfermeira responsável, sem a presença médica permanente.

Unidade Funcional de Saúde: Unidade operativa, funcionalmente autônoma, dos Centros de Saúde dotados de personalidade jurídica e associações de centros de saúde. Compreendem as unidades de saúde familiar, de cuidados na comunidade, de saúde pública. Podem compreender ainda unidades de meios de diagnóstico e tratamento e especialidades, de internamento ou de urgência.

Urgência: É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional. Ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Usuário/Beneficiário: É a pessoa física inscrita e aceita pela Contratada, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, dependente, ou agregado.

UTI: Conforme parecer da AMB, UTI é uma acomodação coletiva especializada no atendimento de pacientes graves e clinicamente requerendo cuidados de terapia intensiva, com assistência médica permanente.

Valência/Serviço de Especialidade: Conjunto de meios humanos e físicos, que permite a aplicação de saberes específicos em Medicina.

Via de Acesso: Canal natural ou incisão utilizada na realização de um procedimento cirúrgico.

2. Guia de Processos Operacionais

Entidades envolvidas

Clientes: Pessoa física/pessoa jurídica

Beneficiário/usuário/assegurado/mutuário: Consumidor final dos serviços contratados e oferecidos pela operadora de saúde.
Pode ser:

Pessoa física: Indivíduo que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para sua família, agregados ou exclusivamente para si.

Pessoa jurídica: Entidade jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

Responsável Financeiro: Cliente que tem relacionamento financeiro com a operadora.

Prestador de Serviços e fornecedores – pessoa física e jurídica

Prestador de serviços – pessoa física: Médico - Profissional liberal reconhecido pelo Conselho Regional de Medicina contratado (funcionário assalariado) ou cooperado da operadora de saúde e que realiza o atendimento médico ao usuário/beneficiário conveniado.

Prestador de serviços – pessoa jurídica: Entidades jurídicas que prestam serviços às operadoras de saúde: clínicas, laboratórios, hospitais e outros.

Operadora de saúde

Operadora de planos de saúde: Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão que oferece os planos ou produtos privados de assistência à saúde, a partir do pagamento de mensalidade e/ou coparticipação nas despesas médicas, cujo atendimento ocorre em rede própria ou por meio de serviços credenciados.

Operadora de seguro saúde: Empresa privada voltada à venda de seguros que garantem a cobertura de assistência médico-hospitalar, possibilitando ao usuário escolher o prestador de serviços, mediante reembolso de despesas.

ANS

Órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.

As regras que orientam o funcionamento do setor estão definidas na lei 9.656/98 e na MP 2.177-44 atualmente em vigor. De forma complementar à legislação setorial, outras normas foram fixadas pelo CONSU - Conselho de Saúde Suplementar - e pela ANS.

O texto legal estabeleceu critérios para entrada, funcionamento e saída de operação de empresas no setor, discriminou os padrões de cobertura e de qualidade da assistência e transferiu para o Poder Executivo Federal a responsabilidade pela regulação da atividade econômica das operadoras e da assistência à saúde por elas prestada e o dever de fiscalização do cumprimento das normas vigentes.

Em adição, a legislação definiu os atributos essenciais e específicos dos planos de saúde que servem de referência para todos os contratos que venham a ser comercializados. Citado expressamente na lei 9.656/98, o Plano Referência é o modelo mínimo de cobertura a ser oferecida pelos planos de saúde em comercialização.

Entidade/inter-relacionamentos

Cliente e operadora

O relacionamento existente entre cliente e operadora dá-se por meio da contratação da prestação de serviços de assistência médica pela aquisição de um plano/produto, pelo qual o cliente pagará um valor estipulado mensalmente (pré-pagamento) ou a cada utilização (custo operacional) tendo direito ao atendimento dos serviços cobertos na rede credenciada definida. Para ter atendimento e ser identificado pela rede credenciada como um usuário da operadora, receberá um cartão de identificação (carteirinha ou cartão), assim como um guia de referência com a relação de todos os prestadores de serviço em que terá livre acesso ao atendimento. Receberá da operadora, mensalmente, a cobrança por meio de boleto, fatura ou débito em conta, dependendo do tipo de contrato adquirido.

Cliente e prestador de serviço

De posse de seu cartão de identificação e guia de referência da rede credenciada, o beneficiário/usuário poderá ter acesso aos atendimentos previstos em sua cobertura contratual.

No ato do atendimento, dependendo do tipo de prestador, o beneficiário/usuário deverá assinar uma guia, caracterizando que o serviço foi realizado pelo prestador de serviço.

Prestador de serviço e operadora

As operadoras e seus prestadores de serviços deverão celebrar contratos de prestação de serviços.

Os instrumentos jurídicos devem estabelecer com clareza as condições para sua execução, contendo cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes. A operadora realizará o pagamento ao prestador de serviço pela sua produção médica, por meio de depósito em conta corrente ou contra apresentação, de acordo com o especificado em seu cadastro.

Prestador de serviços e ANS

O prestador de serviços deverá disponibilizar o documento de registro no cadastro nacional de estabelecimento de saúde.

Operadora

A operadora deve efetuar seu registro e de seus produtos junto à ANS, além de realizar a entrega do SIB (mensalmente), SIP, DIOPS (trimestralmente), RPC e pagamento da taxa de saúde.

Operadora e operadora

As operadoras estabelecem contratos de atendimento mútuo de assistência médica aos beneficiários/usuários – intercâmbio (terminologia específica de cooperativas médicas) ou congêneres (terminologia específica de medicina de grupo).

Instrumentos e ferramentas de trabalho

Entrevista qualificada: Trata-se do preenchimento pelo usuário no ato da contratação, de um formulário de declaração de saúde elaborado pela operadora e sob orientação de um médico, com o objetivo de identificar doenças e lesões preexistentes. O médico orientador será escolhido pelo usuário entre a lista de profissionais credenciados ou referenciados que a operadora deve disponibilizar para esse fim.

SIB: Sistema de Informações de Beneficiários. Procedimento para fornecimento de informações cadastrais dos beneficiários que permitem a identificação dos consumidores para fins de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) por parte da operadora, àqueles atendimentos previstos nos respectivos contratos e serviços prestados a usuários em instituições públicas (todo tipo de atendimento) ou privadas (somente os casos de emergência e urgência), conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS. Todo dia 10 de cada mês deverá ser enviado pela operadora a ANS arquivo via Internet com as alterações do cadastro de beneficiários ocorridas até o último dia do mês anterior.

SIP: Sistema de Informação de Produtos. Procedimento de fornecimento de informações trimestral para emissão de relatório gerencial de acompanhamento da prestação de serviços aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde para a ANS, via internet. Foi instituído para acompanhamento da assistência prestada aos usuários de planos privados de assistência à saúde. *Nota:* Para efeito das informações do SIP, as operadoras médicas dividem-se em dois grupos: até 100 mil usuários e com mais de 100 mil usuários e para operadoras odontológicas - a partir de 20 mil usuários.

RPC: Reajuste de Plano Coletivo. Informa para ANS através de formulário específico sempre que negociar um novo reajuste para Pessoa Jurídica.

Taxa de Saúde: Valor pago à ANS conforme número de usuários da operadora e calculado considerando descontos com base na segmentação e abrangência do plano contratado.

FIP: Formulário de informações periódicas. Direcionado somente às seguradoras especializadas em seguros-saúde. A finalidade é fornecer informações econômico-financeiras e cadastrais para SUSEP.

DIOPS: Documento de informações periódicas das operadoras de planos de saúde. Documento composto por quatro quadros. São eles: quadros cadastrais; quadros gerenciais; quadros demonstrativos; quadro de pessoas. Quando da primeira remessa à ANS, há a obrigatoriedade do registro de todos os tipos de quadros. Porém, nas demais, são obedecidos os seguintes critérios para periodicidade trimestral: quadros cadastrais e de pessoas: somente quando houver alteração de dados; quadros demonstrativos e gerenciais: sempre. Tais informações garantem à ANS efetuar o controle, monitoramento e acompanhamento econômico-financeiro das operadoras.

Obs.: Os módulos Plano de Saúde e Contabilidade oferecem as informações para montagem do DIOPS.

Rol de procedimentos da ANS: Lista de procedimentos (exames, cirurgias, tratamentos etc.) que serve como referência básica para cobertura assistencial conforme cada modalidade de plano ou seguro.

Plano referência de assistência a saúde: Plano que oferece cobertura assistencial médico-hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, correspondendo à segmentação ambulatorial, acrescida da segmentação hospitalar com cobertura obstétrica realizados exclusivamente no Brasil com padrão de acomodação enfermagem, centro de terapia intensiva ou similar quando necessária a internação hospitalar.

Procedimentos de alta complexidade: É uma lista de procedimentos que apresentam custo elevado, condutas e equipamentos de ponta (avanços tecnológicos), que ainda não foram incorporados às rotinas de tratamento. À medida que tais procedimentos se tornam rotineiros, saem da lista de alta complexidade.

- Os planos não são obrigados a cobrir procedimentos de alta complexidade.
- ROL de procedimentos de alta complexidade é tema controverso porque algumas operadoras consideram procedimentos rotineiros como de alta complexidade.
- Em caso de dúvida, deve-se consultar o rol de procedimentos de alta complexidade instituído pela ANS que estabelece normas para adoção de cláusula de cobertura parcial temporária.

Procedimentos médicos (AMBs - específicas)

Tabela AMB: Tabela de honorários médicos elaborada pela AMB (Associação Médica Brasileira), contendo a lista de procedimentos médicos para todas as especialidades e cuja finalidade é estabelecer índices mínimos quantitativos para os procedimentos médicos (versões 90 e 92) ou valores referenciais (versões 96 e 99). Oferece instruções gerais para valorização do procedimento médico realizado.

Os procedimentos na tabela da AMB são divididos em capítulos, são eles (versão 90 a 99): Capítulo I: Consultas. Capítulo II: Especialidade - Clínica Geral e Especializada. Capítulo III: Diagnóstico e Terapia – Exames. Capítulo IV: Clínica Cirúrgica – Procedimentos Cirúrgicos. A codificação dos procedimentos contidos na AMB segue a padronização abaixo:

GG.SS.III-D

```
! ! ! !-----> dígito de controle
! ! !-----> item -----> => Nível = "3"
! !-----> sub-grupo ----> => Nível = "2"
!-----> grupo -----> => Nível = "1"
```

a) Nível 1: Grupo: 56.00.000-6. O grupo define a especialidade. Para o exemplo temos no grupo "56" todos procedimentos possíveis para a especialidade Urologia.

b) Nível 2: SubGrupo: 56.01.000-1. O subgrupo define como foram agrupados os procedimentos afins da especialidade. No exemplo, o subgrupo é o "01" que se refere aos procedimentos com característica para "diagnose".

c) Nível 3: Item: 59.01.001-7. O item é o próprio procedimento, contendo a sua composição (CH, COO, porte, N. AUX etc) que será a referência para autorização e valorização. No exemplo, o procedimento é o de "Cistometria Simples".

Dependendo da especialidade, o procedimento é composto por uma subdivisão de atributos que o compõem. São eles:

- CH: Coeficiente Honorário, contido nas consultas e exames (capítulos I, II e III).
- Inc: Incidência. Dependendo do exame, indica o número de vezes ou partes do corpo em que será realizado o exame, contidos no capítulo III, grupo de procedimentos 32 a 34.
- Filmes: Quantidade do m² utilizado de filme nos exames radiológicos, contidos no capítulo III, grupo de procedimentos 32 a 34.
- Custo Operacional: Custo operacional do equipamento utilizado, contido no capítulo III, grupo de procedimentos 32 a 34.
- CH Cirurgião: Coeficiente honorário do cirurgião. Contidos nos procedimentos cirúrgicos, (capítulo IV).
- N° Aux: Número máximo de auxiliares para o procedimento cirúrgico (capítulo IV).
- Porte Anest: Porte anestésico. Contido nos procedimentos cirúrgicos (capítulo IV).

De acordo com a complexidade da cirurgia, é identificado o seu porte. Quanto maior o porte, maior o grau de dificuldade da cirurgia. O médico anestesista recebe seus honorários com base na valorização deste atributo. Cada AMB contém uma parte inicial, especificando as orientações básicas e as modificações implementadas na nova versão. Algumas instruções, contudo, permanecem inalteradas. São elas:

- Os valores atribuídos a cada procedimento incluem os cuidados pré e pós-operatórios durante todo o tempo de permanência do paciente no hospital até dez dias após o ato cirúrgico. Esgotado este prazo, os honorários médicos serão regidos conforme o critério estabelecido no item 06 das Instruções Gerais da AMB.
 - a. Como consequência disto, as visitas hospitalares e os curativos realizados pelo cirurgião não serão pagos.
 - b. A retirada de pontos não será remunerada.
 - c. Recomenda-se que as re-operações durante a permanência do paciente no hospital até dez dias não devam ser remuneradas.
 - d. Caso o paciente receba alta hospitalar e necessite de reoperação antes dos dez dias, a equipe deverá ser remunerada.
- 2. Quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões a partir da mesma via de acesso, o honorário da cirurgia será o da que corresponder, por aquela via, ao maior número de CH acrescido de 50% do valor dos outros atos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.
- 3. Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, serão adicionados ao preço da intervenção principal 70% do valor referente às demais.
- 4. Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, o pagamento será feito a cada uma delas de acordo com o previsto nesta tabela.

Quando forem realizadas cirurgias distintas, porém com auxiliares comuns, a remuneração dos auxiliares seguirá o estabelecido nos itens 3 e 4.
- 5. Nos casos cirúrgicos, quando se fizer necessário o acompanhamento ou assistência de outro especialista, seus honorários serão pagos de acordo com o atendimento prestado e previsto no capítulo referente à especialidade.
- 6. Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, será remunerado não a somatória do conjunto, mas apenas o ato principal (procedimento de maior custo). Quando um ato cirúrgico passar a fazer rotina e complementar o ato principal (cauterização de cornetos concomitantemente com Septoplastia) este ato não deverá ser remunerado.
- 7. AUXILIARES DE CIRURGIA

Os honorários dos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos serão fixados nas proporções de 30% dos honorários do cirurgião para o 1º auxiliar, de 20% para o 2º e 3º auxiliares (quando o ato exigir) e deverão ser pagos de forma independente dos honorários do cirurgião.

Somente serão pagos os auxiliares que prestarem efetivamente o serviço. A constatação deverá ser realizada por meio da descrição de cirurgia, ficha de anestesia e relatório de sala, bem como por meio do contrato com o paciente ou familiares. Havendo ausência ou divergências, inclusive com outra caligrafia, os honorários não deverão ser pagos.

- 8. ACRÉSCIMO NOS VALORES DE HONORÁRIOS MÉDICOS (PARA ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA)

Os procedimentos cirúrgicos e anestésicos realizados em caráter de urgência/emergência, quando executados das 22 horas às 06 horas e em qualquer horário aos domingos e feriados oficiais (contados do início da cirurgia), farão jus a um adicional de 30%.

Não serão acrescidos 30% sobre consultas médicas, visitas hospitalares, plantonista de UTI, tratamento conservador de fraturas, SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia) e honorários médicos de cirurgias eletivas.

- Tabelas Específicas:
 - São tabelas compostas de códigos específicos de outras entidades de classe, empresas ou até mesmo da própria operadora não constantes nas tabelas AMBs ou que tenham uma estrutura de codificação diferenciada.

CID – Código Internacional de Doenças: Cadastro com a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. É utilizado na identificação de informação diagnóstica para finalidades gerais, a partir da anamnese/exame médico realizado no paciente. Tem sua divulgação através de revisões (CID-9 ou CID-10)

Especialidades Médicas: Relação das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina para efeito de registro de qualificação de especialistas.

Medicamentos – Brasíndice como exemplo: Relação de medicamentos utilizados num evento/procedimento (consulta, exame ou procedimento cirúrgico).

Materiais: Relação de materiais utilizados num evento/procedimento (consulta, exame ou procedimento cirúrgico).

Pacotes: Acordos firmados entre operadora e prestadores de serviços para alguns procedimentos cirúrgicos (ex. parto, cirurgia cardíaca etc) com valor fechado, nos quais já estão incluídos os procedimentos, materiais, medicamentos, taxas e diárias envolvidas no evento.

Produtos – Planos e Benefícios – Opcionais: Indica o conjunto de direitos e restrições oferecido ao mercado pela operadora de saúde por meio de contratos.

Mecanismos de Regulação: Recursos adotados pelas operadoras de planos e seguros-saúde para controlar a demanda ou utilização dos serviços assistenciais prestados aos usuários. Exemplo: Autorizações prévias.

Direcionamento: O usuário só pode realizar os procedimentos previamente determinados no credenciado/referenciado escolhido pela operadora.

Porta de Entrada: O usuário tem de passar por um médico avaliador que irá ou não autorizar a realização de um determinado procedimento antes de dirigir-se a um especialista.

Fator Moderador/Coparticipação: Ato no qual o consumidor, por contrato, arca com parte do custo do procedimento. Normalmente, é estipulada em percentagem ou valor. É um sistema de pagamento facultativo que pode ser ou não oferecido pelas operadoras. A coparticipação não pode ser integral (100%) ou ser tão alta a ponto de impedir o acesso do usuário ao tratamento necessário. Nas internações, a coparticipação não pode ser em forma de percentual, exceto nos tratamentos psiquiátricos.

Franquia: É o valor estabelecido no contrato, de plano ou seguro de saúde, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada. Neste caso, o valor é de responsabilidade do usuário.

