



SENADO FEDERAL
Auditoria

RELATÓRIO DE CONSULTORIA Nº 01/2024 – COAUDGEP/AUDIT/SF

Nome da Consultoria: Assessoramento para aprimorar o processo de análise das faturas enviadas pelos prestadores de serviço do SIS.

Código da Consultoria (PAInt): 143, 144 e 145

Referência: Processo nº 00200.007523/2024-14

1 INTRODUÇÃO

1. Trata-se de relatório da Consultoria que visou propor melhorias para o processo de análise das faturas enviadas pelos prestadores de serviço credenciados ao SIS, conduzida pela Coordenação de Auditoria de Gestão de Pessoas (COAUDGEP). A finalidade deste documento é comunicar sobre os principais aspectos levantados e apresentar os entregáveis que resultaram do trabalho.

2. A demanda, referendada pela Diretoria-Geral¹, foi recepcionada por esta AUDIT por meio do Ofício nº 72/2024-SEPASI/COGEFI/SEGP². Em linhas gerais, a solicitação aponta o interesse em aprimorar os processos internos do SIS para melhor cumprir as missões de gerir e fiscalizar a empresa contratada para prestar serviço na análise das faturas.

3. O Termo de Ajuste da Consultoria (TAC)³, elaborado e validado em conjunto com a SEGP/SIS, consolidou as principais premissas do trabalho. Entre os resultados esperados levantados pela área cliente estão a estruturação de procedimentos de controle para análise do serviço prestado por empresa contratada,

¹ 00100.078659/2024-29

² 00100.065195/2024-91

³ 00100.080189/2024-63





SENADO FEDERAL
Auditoria

a otimização da rotina com a intenção de fornecer mais informações para acompanhamento dos Instrumentos de Medição de Resultados (IMRs) e identificação de oportunidades para início da utilização de técnicas de *machine learning*.

4. Ainda no TAC, pactuou-se em tratar como não escopo os seguintes pontos: a) aspectos vinculados à fase de regulação, bem como atribuições de competência técnica na área de saúde; b) fatos relacionados à execução contratual de serviços terceirizados; c) análise das faturas decorrentes da utilização da rede Saúde Caixa; d) avaliação específica de questões atinentes aos sistemas de TI utilizados no SIS.

2 DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO OBJETO

5. O relatório de Diagnóstico e Análise do Objeto nº 01/2024 – COAUDGEP/AUDIT/SF⁴ consolidou as informações mais relevantes para referida etapa do trabalho. Acerca das ferramentas empregadas por esta equipe de consultoria, destacam-se o *Benchmarking*, Exploração e Análise dos dados e Matriz SWOT.

6. O *benchmarking* foi empregado com o objetivo de comparar os processos, produtos, serviços e desempenho do SIS com outras organizações autogeridas que atuam no mesmo setor. Essa comparação visava identificar as melhores práticas e oportunidades de melhoria. A Nota Informativa nº 02/2024, que será apresentada adiante e segue anexa ao presente relatório, formaliza o conteúdo consignado nas memórias de reunião. O quadro abaixo, de maneira sintética, apresenta os principais pontos de comparação entre os planos de saúde de autogestão participantes:

⁴ 00100.108328/2024-21





SENADO FEDERAL
Auditoria

COMPARATIVO BENCHMARKINGS	CASSI	CASEC	STJ	CÂMARA	BACEN	SIS
Quantas vidas?	800k	4.5k	10.5k	16k	28k	17K
Quantos servidores estão lotados nesse departamento?	A auditoria da Cassi é composta por 15 auditores técnicos, incluindo 3	Poucos servidores. O plano é gerido substancialmente pela contratada Salutis.	A equipe é composta por 34 pessoas.	Cerca de 27 servidores.	23 analistas de contas. Além disso, a Benner disponibiliza 89 colaboradores.	Equipe composta por 57 pessoas, sendo 12 lotados na SEPASI.
Qual o software utilizado para a gestão do plano de saúde?	Benner.	Sistema da Salutis.	Benner.	Benner.	Benner.	Benner.
Qual o grau de customização?	Altamente customizado.	Não observado.	Média customização.	Prateleira, com baixa customização.	Utiliza o antigo sistema AG desktop, com grandes customizações.	Prateleira, com baixa customização.
Há empresa contratada para auxiliar na gestão do plano de saúde?	Orizon.	Salutis BPO full.	Audicare.	Benner BPO full.	A Benner fornece o sistema e colaboradores para atuação na regulação e nas análises.	Infoway e Audicare.
Realiza alguma contra-auditoria nas contas?	Sim, de maneira interna pela própria Cassi.	Não.	Sim. O próprio STJ realiza uma reanálise para validar o que foi feito pela Audicare.	Metodologia em desenvolvimento.	Sim. Com 4 enfermeiros da Benner sob supervisão do Bacen Saúde.	Não.
Qual a porcentagem de Glosa Inicial?	8%	8%	Não informado.	Não informado.	Não informado.	5,31%
Qual a porcentagem de Glosa Final?	7%	7%	Cerca de 10%	Não informado.	6 a 8%	1,95%
Adota o contrato por pacotes?	Sim	Não informado.	Não informado.	Sim, sendo um dos objetivos do plano implantar cada vez mais contratos por pacotes de serviços.	Sim. Mas reconhecem que devem avançar mais nesse tipo de contratação.	Sim, sendo um dos objetivos do plano implantar cada vez mais contratos por pacotes de serviços.

Figura 1 – Quadro comparativo benchmarkings

7. A exploração e análise de dados incluíram uma avaliação detalhada das bases de dados relacionadas às glosas realizadas pelo plano de saúde nas despesas vinculadas à rede própria de prestadores durante o exercício de 2023.
8. As bases analisadas continham informações sobre gastos e glosas relacionados aos prestadores, eventos, tipos de serviços e tipos de glosas. Além disso, continham dados relacionados à duração do processo de pagamento das faturas.
9. A análise e compreensão dessas bases de dados permitiram identificar padrões e informações gerenciais relevantes para a gestão. Isso possibilitou avaliar o impacto de diferentes atores no percentual de glosa identificado, resultando na criação de um painel de *Business Intelligence* (BI) que consolidou os dados correlacionados.
10. Considerando que o *Qlik Sense* é a solução corporativa adotada pelo Senado Federal para a criação de painéis, a equipe de consultoria optou pela migração das informações referentes às glosas de 2023 para a referida plataforma de análise, consoante será destrinchado na seção “Resultados e Entregáveis”.





SENADO FEDERAL
Auditoria

11. No que concerne à Matriz SWOT, objetivou-se levantar tópicos que emergiram do trabalho, a fim de traçar planos de ação de melhoria. Para balizar o leitor, o ambiente interno, que é composto pelas forças e fraquezas, vincula-se aos aspectos que estão sob a alçada do SIS. Já o ambiente externo (oportunidades e ameaças) elenca questões que fogem do controle direto do plano de saúde, ainda que estejam no âmbito do Senado Federal. Assim sendo, a matriz abaixo, validada pelo demandante, sintetiza a etapa de diagnóstico:

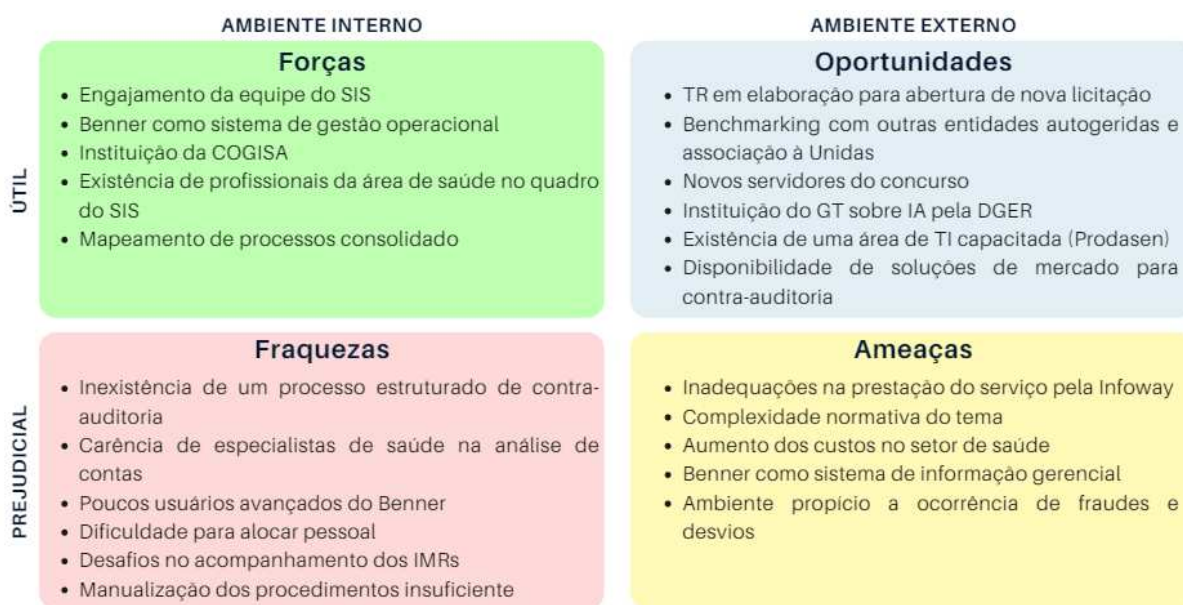


Figura 2 – Matriz SWOT

3 RESULTADOS E ENTREGÁVEIS

12. Foram disponibilizadas ao SIS duas Notas Informativas relacionadas ao levantamento de informações sobre processos licitatórios de outros órgãos públicos para a contratação de serviços de planos de saúde, assim como a consolidação das memórias das reuniões realizadas no contexto desta consultoria.

13. Além disso, foram desenvolvidos dois painéis no *Qlik Sense* para apoiar a atuação da área técnica, focados nas glosas realizadas sobre as faturas





SENADO FEDERAL
Auditoria

encaminhadas pelos prestadores em 2023 e no processamento dos Protocolos de Entrega de Guia (PEG).

14. Por fim, esta equipe de consultoria modelou mapeamento de processo como contribuição para a gestão do fluxo de análise das faturas, tendo como base a utilização do painel de controle das PEGs.

3.1 Notas Informativas

15. Na Nota Informativa nº 01/2024⁵, que segue anexa, foram apresentadas informações relevantes sobre o tratamento das atividades de processamento de contas na gestão do plano de saúde, com base na análise dos editais de outros órgãos públicos que tratam do mesmo objeto, comparando, ainda, com a documentação do certame atualmente vigente na Casa.

16. Vale ressaltar que esta Nota não impõe, recomenda ou sugere a adoção das práticas descritas. A decisão sobre a implementação cabe aos responsáveis pelo plano de saúde do Senado Federal.

17. O objetivo central da Nota Informativa é fornecer aos gestores do plano de saúde do Senado Federal os subsídios necessários para o estudo e a elaboração do Termo de Referência do próximo processo licitatório, na qual foram tratados os seguintes tópicos:

- Planejamento da Licitação
- Qualificação Técnico-Operacional
- Informações Gerenciais
- Instrumento de Medição de Resultados (IMR)
- Processamento de Contas.

⁵ 00100.129370/2024-85





SENADO FEDERAL
Auditoria

18. O planejamento licitatório é uma etapa fundamental para garantir a eficiência, transparência e legalidade no processo de contratação pública, além de auxiliar no controle e monitoramento da prestação dos serviços.

19. Destacou-se, à luz da Lei 14.133/2021, que trouxe novas diretrizes para licitações e contratos administrativos, e do Ato da Diretoria-Geral (ADG) 14/2022, a importância da adequada elaboração do Termo de Referência (TR) para o processo de contratação, visto que este documento contém o conjunto de parâmetros e elementos descritivos necessários e suficientes para caracterizar o objeto da contratação. Por meio do TR, a administração avalia o custo, define a estratégia de suprimento, métodos e prazo de execução.

20. Além disso, de modo a fomentar o TR, este deve estar composto pelo Estudo Técnico Preliminar (ETP), conforme definição contida no anexo I do ADG/2022. O ETP, também exigido pela Lei 14.133/2021, é fundamental para a tomada de decisão, pois fornece uma análise detalhada sobre a viabilidade da contratação e as opções disponíveis. Permite uma avaliação técnica das melhores soluções, considerando custos, benefícios e riscos, garantindo escolhas mais eficientes e alinhadas às necessidades reais e contribuindo para o aperfeiçoamento dos controles.

21. No tocante à qualificação técnico-operacional, os documentos avaliados estabeleceram requisitos mínimos de habilitação para a participação na licitação, como a experiência mínima em serviços análogos ao objeto da licitação, por um período que variou de 1 a 2 anos, prestados a um número mínimo de vidas. Entretanto, o edital do Senado não estabeleceu um número mínimo de vidas no edital anterior, contrapondo-se aos demais.

22. Verificou-se, ainda, que a definição assertiva da qualificação técnica dos recursos humanos para a execução e supervisão das atividades de processamento de contas é um tema relevante a ser observado na elaboração dos documentos da licitação.





SENADO FEDERAL
Auditoria

23. Quanto às informações gerenciais, que são instrumentos essenciais para o acompanhamento dos custos e o auxílio no controle interno por meio das atividades de fiscalização da execução contratual, a avaliação dos editais demonstrou que é definida como responsabilidade da contratada disponibilizar relatórios gerenciais com dados estatísticos ao contratante. No entanto, o Edital de Pregão do Senado Federal (SIS) anterior não previu essa obrigação.

24. Outro ponto igualmente importante trata dos Instrumentos de Medição de Resultados (IMRs), fundamentais para a gestão eficaz de planos de saúde, pois permitem acompanhar o desempenho dos serviços prestados, identificando pontos fortes e áreas que necessitam de melhorias.

25. Uma boa prática observada nos documentos foi o estabelecimento de métricas qualitativas e quantitativas no edital da Câmara dos Deputados. Os indicadores quantitativos foram definidos com base no tempo de atendimento para as atividades de processamento de contas, enquanto os aspectos qualitativos abordaram a verificação da pertinência e compatibilidade das despesas em relação aos parâmetros estabelecidos. O edital vigente do Senado Federal estabeleceu diversos prazos diários para os procedimentos dos serviços contratados. O controle desses prazos foi utilizado como métrica de criticidade para a avaliação do serviço prestado.

26. O detalhamento adequado das atividades de processamento de contas permite uma execução mais eficiente e organizada dos serviços, facilitando o acompanhamento e fiscalização. Essas atividades incluem o processamento de faturas, reembolsos, registros de atendimentos e outras operações relacionadas às contas dos beneficiários. O Senado Federal, no pregão 053/2020, estabeleceu o processamento de contas como um subprocesso do macroprocesso “Faturamento e Processamento de Contas”. Além disso, detalhou cada atividade e o local de sua prestação (Senado/Externo).

27. Ademais, além da relevância do tratamento adequado das atividades de processamento de contas na licitação, destacou-se a importância da gestão de riscos





SENADO FEDERAL
Auditoria

nesse contexto específico. Ao considerar os riscos associados a essas atividades, é possível adotar medidas preventivas e corretivas para mitigar impactos negativos. A análise criteriosa dos riscos inerentes a esse processo também contribui para a tomada de decisões assertivas durante todo o ciclo de contratação.

28. A Nota Informativa nº 02/2024⁶, por sua vez, consolidou as memórias de reuniões dos *benchmarks* realizados no contexto desta consultoria, que abrangeram os seguintes entes:

- CASSI, autogestão do Banco do Brasil;
- CASEC, autogestão da CODEVASF;
- UNIDAS, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde;
- Pro-TCU, Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do TCU;
- Pró-Ser, autogestão do Superior Tribunal de Justiça (STJ);
- Pró-Saúde, autogestão da Câmara dos Deputados;
- BC Saúde, autogestão do Banco Central do Brasil.

29. Objetivou-se com esta Nota disponibilizar à gestão do SIS, de maneira resumida, as informações obtidas nas reuniões de *benchmarks*. Frisa-se que o conteúdo foi levantado a partir de relatos dos entrevistados, com a suficiência necessária para os objetivos propostos na consultoria. Dessa forma, não foram objeto de validação específica e não configuram opinião da equipe de auditoria.

3.2 Painel glosas rede própria 2023

30. A etapa de diagnóstico incluiu a exploração e análise dos dados referentes às glosas realizadas após o fechamento dos Protocolos de Entrega de Guias (PEGs) para pagamentos efetuados em 2023.

⁶ 00100.129375/2024-16





SENADO FEDERAL

Auditoria

31. Para o mesmo período, buscou-se, por meio da análise dos dados enviados pelo SIS para a AUDIT, verificar o prazo de andamento dos PEGs em cada fase: digitação, conferência, verificação, pronto e faturado.
32. As tarefas relacionadas à exploração dos dados resultaram na criação de um painel no *Power BI*, que refletiu as despesas com a rede própria em 2023 e os prazos de andamento dos PEGs.
33. Com o intuito de atualizar o programa utilizado e explorar de forma mais aprofundada os dados recebidos, foram elaborados outros dois painéis no programa *Qlik Sense* e disponibilizados na rede interna do Senado Federal para os interessados por meio da ferramenta Galileu 2.0.
34. O primeiro painel desenvolvido consolidou a análise realizada anteriormente e apresentou os dados de glosas com a rede própria em 2023 ao longo de cinco abas. Assim como se evidencia nas imagens abaixo, por aba:

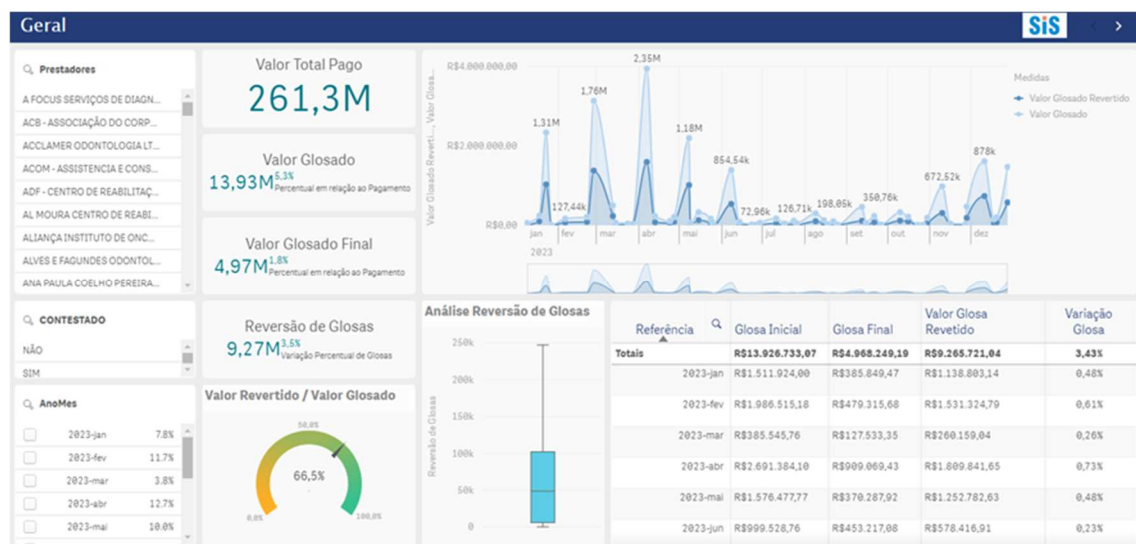


Figura 3 – Aba do Painel com dados gerais





SENADO FEDERAL
Auditoria

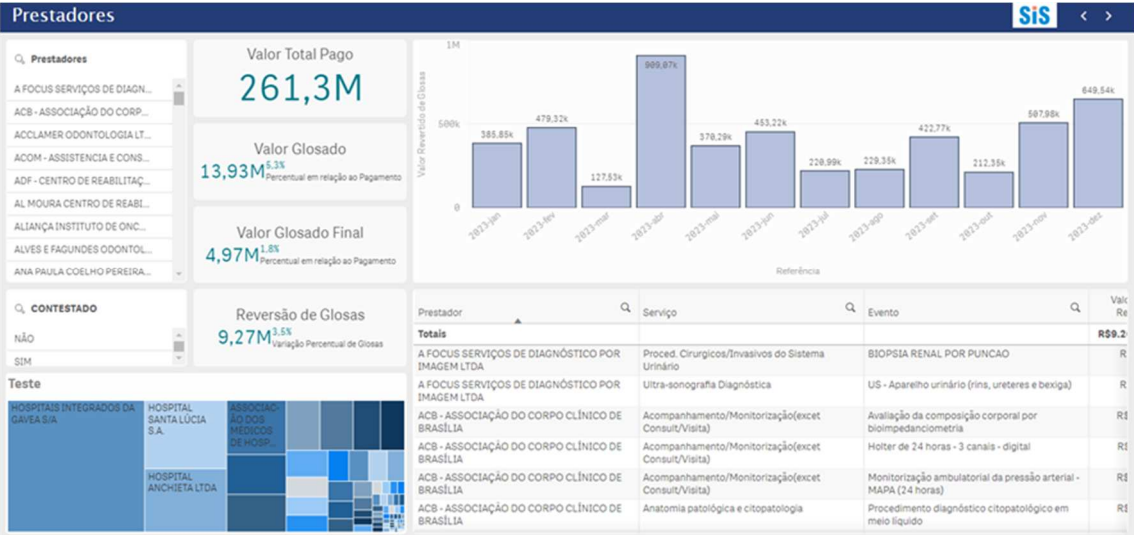


Figura 4 – Aba do Painel com dados relacionados às glosas por prestadores



Figura 5 – Aba do Painel com dados relacionados às glosas por eventos médicos



SENADO FEDERAL

Auditoria

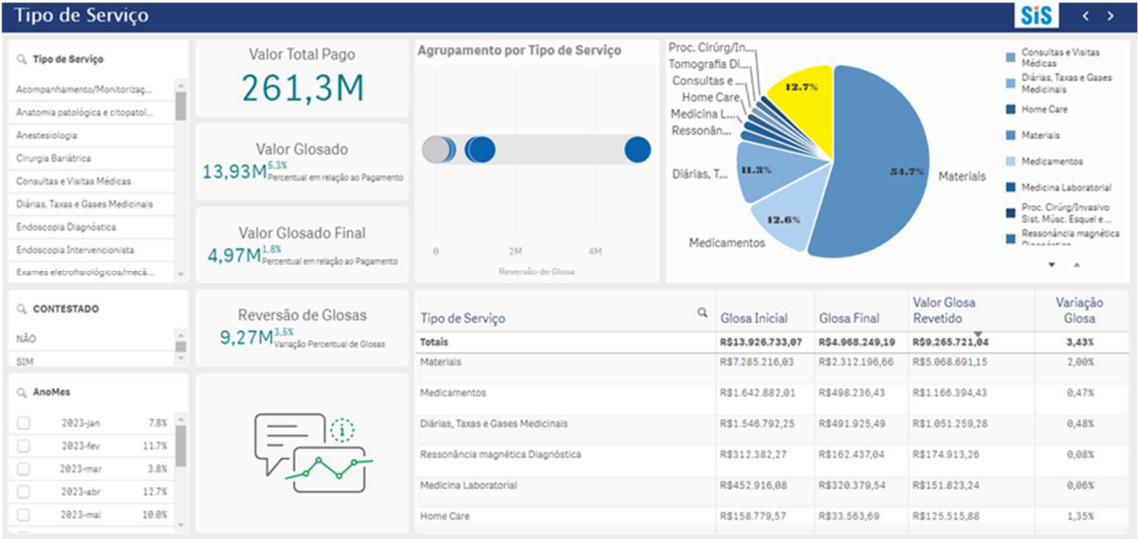


Figura 6 – Aba do Painel com dados relacionados às glosas por tipos de serviços

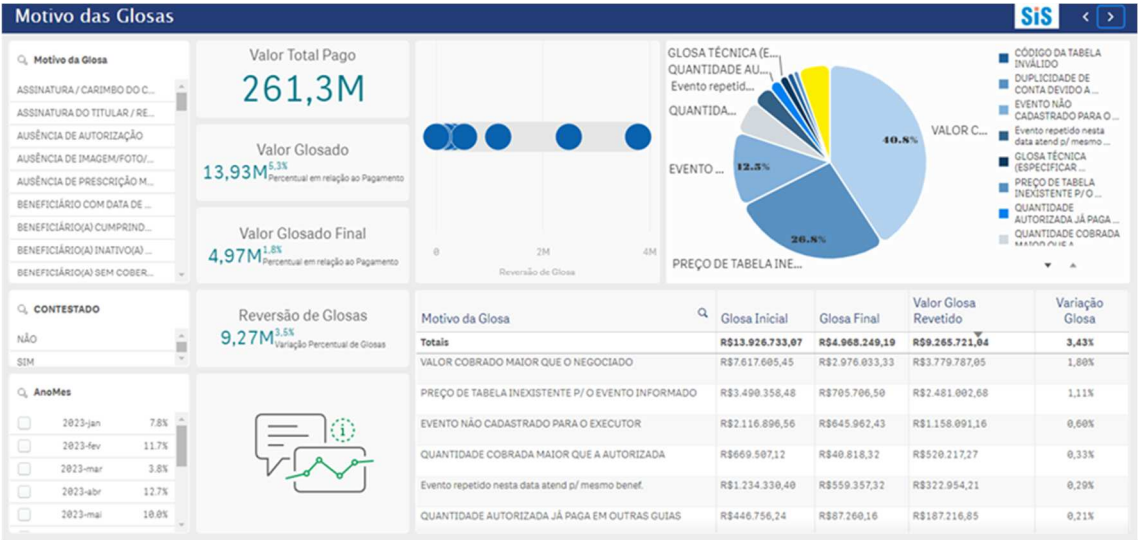


Figura 7 – Aba do Painel com dados relacionados às glosas por tipos de glosas



Extrator de Dados

Q Prestadores

A FOCUS SERVIÇOS DE DIAGN...

ACB - ASSOCIAÇÃO DO CORP...

ACCLAMER ODONTOLOGIA LT...

ACOM - ASSISTENCIA E CONS...

ADF - CENTRO DE REABILITA...

AL MOURA CENTRO DE REABI...

ALIANÇA INSTITUTO DE ONC...

ALVES E FAGUNDES ODONTOL...

ANA PAULA COELHO PEREIRA...

Q Contestado

NÃO

SIM

Q AnoMes

2023-jan

7.8%

2023-fev

11.7%

2023-mar

3.8%

2023-abr

12.7%

2023-mai

10.8%

Q Tipo de Serviço

Acompanhamento/Mon...

Anatomia patológica e c...

Anestesiologia

Cirurgia Bariátrica

Consultas e Visitas Méd...

Diárias, Taxas e Gases M...

Endoscopia Diagnóstica

Endoscopia Intervenção...

Exames eletrofisiológi...

Genética

Hemodiálise

Q Motivo da Glosa

ASSINATURA / CARIMB...

ASSINATURA DO TITUL...

AUSÊNCIA DE AUTOREL...

AUSÊNCIA DE IMAGEM...

AUSÊNCIA DE PRESCR...

BENEFICIÁRIO COM D...

Tipo de Serviço

Data

Prestador

Motivo da Glosa

Valores

Valor Pago

Valor Glosado

-				R\$1.026.885,84	
o Materiais				R\$248.676.106,97	R\$7.285.216,03
o Medicamentos				R\$244.498.598,30	R\$1.642.882,01
o Diárias, Taxas e Gases Médicinas				R\$218.286.182,11	R\$1.546.792,25
o Medicina Laboratorial				R\$210.248.610,54	R\$452.916,08
o Ultra-sonografia Diagnóstica				R\$206.513.232,11	R\$33.742,58
o Métodos Diagnósticos por Imagem				R\$203.095.735,27	R\$139.021,71
o Tomografia Diagnóstica				R\$199.673.395,20	R\$195.228,49
o Ressonância magnética Diagnóstica				R\$198.016.565,05	R\$312.382,27
o Consultas e Visitas Médicas				R\$185.167.468,39	R\$227.438,79
o Exames eletrofisiológicos/mecânicos e funcionais				R\$181.679.119,95	R\$41.445,38
o Proc. Cirúrg/Invasivo Sistema Cardio-Circulatório				R\$166.989.027,01	R\$81.912,59
o Proc. Cirúrg/Invasivo Sist. Músc. Esquel e Articul				R\$166.988.750,85	R\$135.118,55
o Proc. Cirúrg/Invasivo Sistema Digestivo e Anexos				R\$166.095.413,65	R\$70.982,05
o Anatomia patológica e citopatologia				R\$162.597.911,41	R\$68.058,44
o Endoscopia Intervencionista				R\$160.661.826,42	R\$19.680,17
o Endoscopia Diagnóstica				R\$160.300.510,71	R\$30.846,54
o Proc. Cirúrg/Invasivo Sist Nervoso Central/Perifér				R\$159.488.427,29	R\$72.443,73
o Proced. Cirurgicos/Invasivos do Sistema Urinário				R\$159.095.511,96	R\$86.870,13
o Proc. Cirúrg/Invasivo Sist. Genital e Reprod. Masc				R\$158.234.946,89	R\$28.622,23
o Proced. Cirurgicos/Invasivos de Cabeça e Pescoço				R\$156.641.471,33	R\$17.437,02
o Terapias Especializadas				R\$154.288.882,25	R\$72.468,90
o Proc. Cirúrg/Invasivo Pele, Tecido Celular Subcuta				R\$153.959.089,04	R\$33.863,29
o Métodos Intervencionista e Terapêutico por Imagem				R\$153.652.422,08	R\$11.935,65

3.3 Painel de monitoramento dos Protocolos de Entrega de Guias (PEGs)

36. Para a elaboração deste painel, foram confrontadas as datas de recebimento dos PEGs com as datas prováveis de pagamento, conforme o Calendário de pagamento aos prestadores⁷. Dessa comparação, foram geradas informações como o número de PEGs em atraso e o tempo de atraso. Além disso, o painel fornece informações relacionadas aos responsáveis pelo andamento dos PEGs e o detalhamento de cada demanda.

37. Desenvolvido em colaboração com a equipe técnica do SIS, o painel foi concebido para integrar a rotina de análise e acompanhamento dos PEGs, servindo

⁷ <https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/area-do-credenciado/cont-calendario-de-pagamentos/texto-calendario-de-pagamentos>



SENADO FEDERAL
Auditoria

como uma ferramenta gerencial para a tomada de decisões. As imagens abaixo ilustram seu funcionamento:

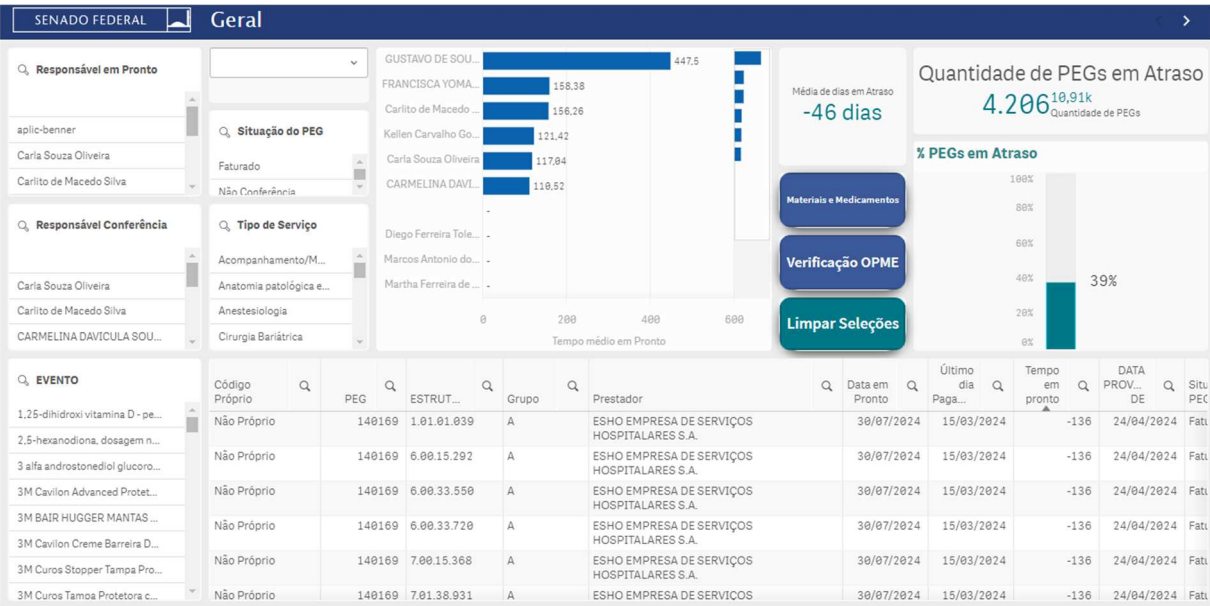


Figura 9 – Aba do Painel com dados gerais



Figura 10 – Aba do Painel com dados relacionados à situação do PEG





SENADO FEDERAL
Auditoria

3.4 Mapeamento do processo de controle das faturas enviadas pelos prestadores

38. Atualmente, não há um fluxo de trabalho formalizado para controle das faturas enviadas pelos prestadores da rede própria do SIS. Entre outros motivos, tal fato se relaciona, principalmente, às limitações para se trabalhar com o alto volume de dados que inevitavelmente está presente na operação de planos de saúde.

39. Com o intuito de estruturar a rotina de controle, esta AUDIT observou na fase de Diagnóstico a necessidade de prover a equipe técnica do SIS de solução para acompanhamento das PEGs, tanto aquelas em aberto como as já faturadas.

40. Para isso, foi realizada a análise e modelagem do processo de controle das faturas recebidas, em colaboração com a equipe técnica. Esse trabalho resultou em dois mapeamentos: o primeiro referente ao Processo de Controle da Análise de Faturas e o segundo relacionado ao Subprocesso de Glosas e Multas contratuais⁸, conforme ilustrado nas imagens abaixo.

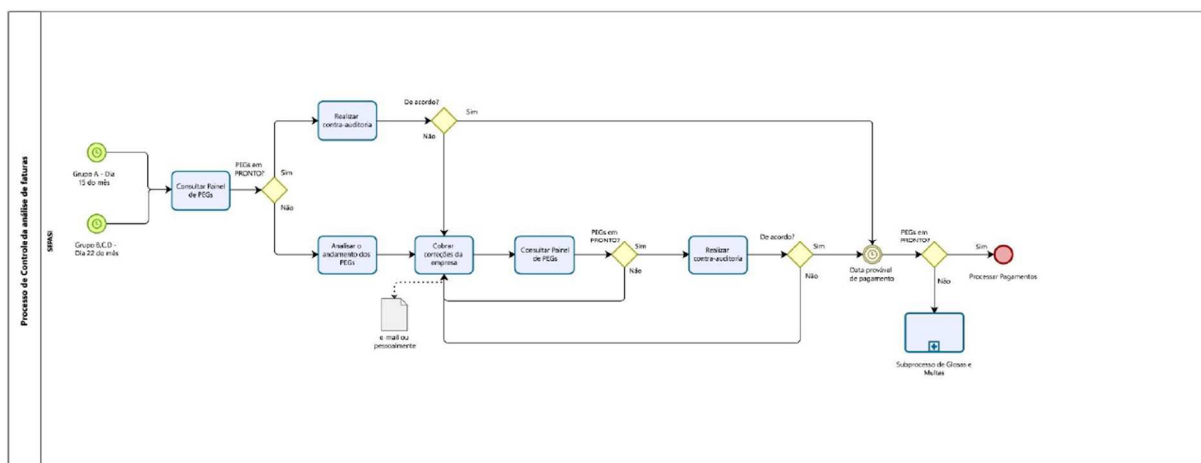


Figura 11 – Processo de Controle da Análise de Faturas

⁸ 00100.133933/2024-30





SENADO FEDERAL

Auditoria

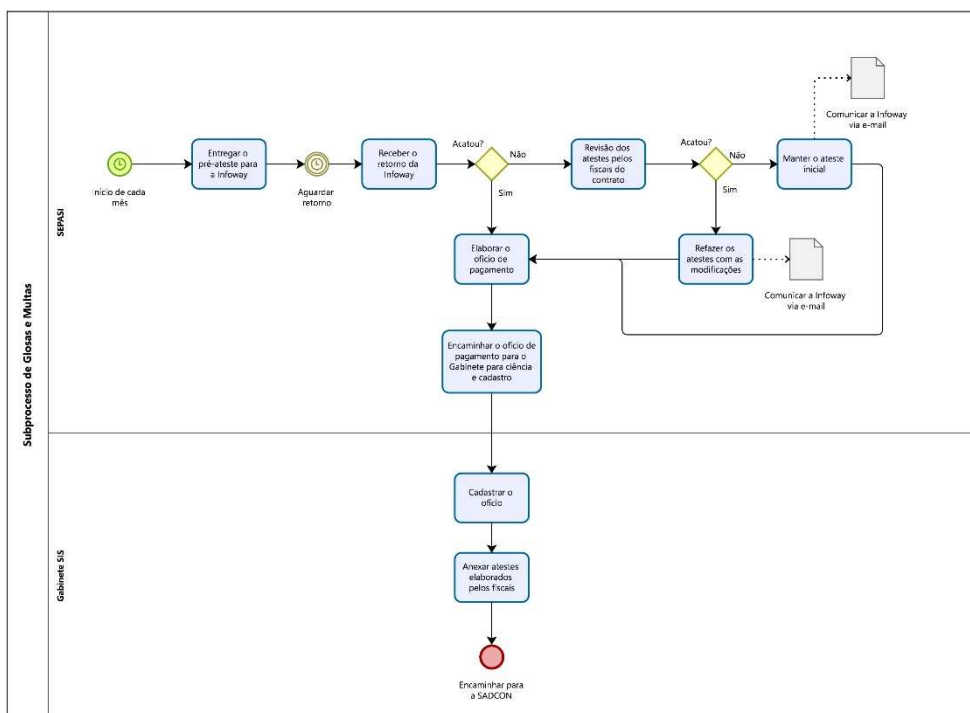


Figura 12 – Subprocesso de Glosas e Multas contratuais

41. Haja vista que as rotinas de processamento de contas estão relacionadas ao Calendário de pagamento aos prestadores⁹, o mapeamento incorpora momentos distintos para monitoramento das PEGs, a depender do grupo ao qual o prestador se vincula.

42. Destaca-se que ao longo do processo de controle da análise de faturas foram identificados dois momentos em que equipe técnica do SIS pode realizar contra-auditorias nos PEGs recebidos.

43. O primeiro, dez dias antes do encerramento do prazo para envio pelos prestadores, prazo ideal para possibilitar a análise dos PEGs enviados com antecedência e cobrança dos faltantes; o segundo, após os recebimentos dos últimos PEGs e correção das inconsistências encontradas no primeiro momento. Recomenda-

⁹ <https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/area-do-credenciado/cont-calendario-de-pagamentos/texto-calendario-de-pagamentos>





SENADO FEDERAL
Auditoria

se que essa ação seja revisitada pelos responsáveis e que seja estruturado um subprocesso detalhado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

44. A presente consultoria evidencia oportunidades de melhoria no processo de análise de faturas dos prestadores da rede própria do SIS. Observou-se a necessidade de se estruturar procedimentos de controle interno, com o objetivo de garantir maior qualidade do serviço desempenhado pela empresa terceirizada. Com esse fito, foi modelado, com o apoio da equipe do SIS responsável pela atividade, fluxo de controle do processamento das faturas, incluindo subprocesso de aplicação de penalidades contratuais.

45. Dado que está em andamento a confecção de novo Termo de Referência (TR) para a contratação do serviço em tela, tem-se a perspectiva de que seja celebrada uma contratação mais efetiva. Para tanto, a equipe de trabalho buscou boas práticas aplicadas em outros certames com o intuito de aprimorar o próximo instrumento.

46. Ainda nas etapas preliminares da ação de controle verificou-se a premência de prover a gestão do plano de saúde de informações gerenciais confiáveis e tempestivas que possam suportar a tomada de decisão e a atuação da área técnica. Para isso, foram desenvolvidos dois painéis analíticos, o primeiro dedicado à análise retrospectiva das glosas que ocorreram aos prestadores em 2023 e o segundo, à análise dos prazos e andamento dos PEGs recebidos. A recente instituição da Coordenação de Gestão das Informações de Saúde (COGISA) vem ao encontro dessa demanda.

47. Por fim, entre as oportunidades vislumbradas para melhoria da atividade em exame, observa-se a estruturação do trabalho de contra-auditoria, idealmente fomentado com o apoio de soluções de TI, com destaque para a aplicação de





SENADO FEDERAL
Auditoria

Inteligência Artificial. Nesse sentido, foi criado Grupo de Trabalho para desenvolvimento do tema na Casa, que já contempla em seu escopo demandas do SIS.

COAUDGEP, 09 de agosto de 2024.

(Assinado eletronicamente)
JOÃO VICENTE DA ROCHA
PESSOA
**Consultor-líder da equipe de
Consultoria interna da
COAUDGEP**

(Assinado eletronicamente)
BRENO GOMES DA SILVA
MESQUITA
**Consultor técnico-gerencial da
equipe de Consultoria interna da
COAUDGEP**

(Assinado eletronicamente)
DIOGO BRITO DE MENDONÇA
**Consultor técnico da equipe de
Consultoria interna da
COAUDGEP**

(Assinado eletronicamente)
FELIPE FRANKLIN BOMFIM DA
SILVEIRA
**Consultor técnico da equipe de
Consultoria interna da
COAUDGEP**

(Assinado eletronicamente)
MÁRCIO TAVARES SEIXAS
**Consultor técnico da equipe de
Consultoria interna da
COAUDGEP**





Senado Federal

TERMO DE CLASSIFICAÇÃO DE INFORMAÇÃO	
UNIDADE SETORIAL: COAUDGEP	
CÓDIGO DE INDEXAÇÃO: 00100.134267/2024-57.R.09/08/2024.09/10/2024.N	
CATEGORIA DE SIGILO: RESERVADO	
TIPO DE DOCUMENTO: RELATÓRIO	
DATA DE PRODUÇÃO: 09/08/2024	
FUNDAMENTO LEGAL PARA CLASSIFICAÇÃO: 1.1 - ATC nº 9, de 2012; 1.2 - Lei nº 12527/2011. art. 24 parágrafo 2º	
RAZÕES PARA A CLASSIFICAÇÃO: Ação de controle não finalizada. (idêntico ao grau de sigilo do documento)	
PRAZO DA RESTRIÇÃO DE ACESSO: 09/10/2024	
DATA DE CLASSIFICAÇÃO: 09/08/2024 15:27:38	
AUTORIDADE CLASSIFICADORA	Nome: Breno Gomes da Silva Mesquita
	Cargo: CHEFE DE SERVIÇO
AUTORIDADE RATIFICADORA (quando aplicável)	Nome:
	Cargo:
DESCCLASSIFICAÇÃO em __/__/____ (quando aplicável)	Nome:
	Cargo:
RECLASSIFICAÇÃO em __/__/____ (quando aplicável)	Nome:
	Cargo:
REDUÇÃO DE PRAZO em __/__/____ (quando aplicável)	Nome:
	Cargo:
PRORROGAÇÃO DE PRAZO em __/__/____ (quando aplicável)	Nome:
	Cargo:
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE CLASSIFICADORA	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE RATIFICADORA (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por DESCCLASSIFICAÇÃO (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por RECLASSIFICAÇÃO (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por REDUÇÃO DE PRAZO (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por PRORROGAÇÃO DE PRAZO (quando aplicável)	



SENADO FEDERAL
Auditoria

NOTA INFORMATIVA Nº 01/2024 – SEAUDGEP/COAUDGEP/AUDIT/SF

ÓRGÃO DEMANDANTE: COASIS

Referência: Consultoria SIS

Assunto: Informações à gestão do Senado Federal para o estudo e elaboração de documentos da licitação referente à contratação de empresa para prestação de serviços ao SIS.

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de comparação do edital de Pregão Eletrônico nº 53/2020 para a contratação de serviços de suporte à operação do plano de saúde do Senado Federal (SIS), processo 00200.001743/2020-01, com outros certames com objetos similares. O objetivo é atender ao escopo da Consultoria, que é do tipo assessoramento, especificamente no que se refere ao processo de análise das faturas dos prestadores de serviço contratados pelo plano de saúde.

Serão elencados pontos de atenção para o estudo e a elaboração do próximo processo licitatório, com destaque para o termo de referência, especificações do serviço e do estudo técnico preliminar. Além disso, não obstante o certame abarcar outros processos e obrigações contratuais, o trabalho de assessoramento está restrito ao processo de análise das faturas dos prestadores de serviço do SIS.





SENADO FEDERAL

Auditoria

Além de realizar *benchmarks* com outros órgãos públicos que adotam a autogestão de seus planos de saúde, aplicou-se, para esta Nota Informativa, a metodologia de avaliação dos processos licitatórios das organizações que participaram da fase de *benchmarking*, visando comparar esses processos com o do Senado Federal e levantar boas práticas.

Dentre os editais de licitação objetos de exame, relacionam-se um da Câmara dos Deputados, um do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e dois editais do Banco Central do Brasil (BCB), conforme seguem:

- Pregão Eletrônico nº 84/2021 - Câmara dos Deputados
 - Objeto - Prestação de serviços de regulação médica e odontológica, de consultoria especializada, de auditoria médica e odontológica, de reembolso de despesas médicas e odontológicas, de gestão de rede credenciada, de central telefônica de atendimento, de perícias médicas e odontológicas e de disponibilização e hospedagem de sistema informatizado, pelo período de 60 (sessenta) meses.
 - Data de Abertura – 29/10/2021
- Pregão Eletrônico nº 119/2022 - STJ
 - Contratação de serviços especializados em auditoria técnica e administrativa em saúde ao Programa de Assistência aos Servidores do Superior Tribunal de Justiça - PRÓ-SER.
 - Data de Abertura: 16/12/2022
- Contratação Direta nº 90060/2024 – Dispensa - BCB
 - Objeto: Contratação emergencial para prestação de serviços em processamento de contas médico-odontológicas, auditoria, perícia e emissão de pareceres especializados para o Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central do Brasil (PASBC/BC Saúde).
 - Data de divulgação: 11/04/2024.
- Pregão Eletrônico ADCUR nº 90017/2024 - BCB
 - Contratação de serviços especializados de gestão operacional e de apoio à gestão estratégica do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central (PASBC), nas áreas de gerenciamento de rede credenciada, regulação, auditoria e processamento de contas médicas e odontológicas, com prestação de serviços nas modalidades presencial ou híbrida nos Edifícios-sede do BCB em



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

Brasília, São Paulo e Rio de Janeiro, observadas as especificações constantes do Termo de Referência – Anexo 1.

– Data de Abertura: 06/03/2024

Destaca-se que esta Nota Informativa não tem caráter impositivo, de recomendação ou de sugestão de adoção das práticas nela descritas. A decisão sobre a implementação cabe aos gestores responsáveis pelo plano de saúde do Senado Federal.

2. PLANEJAMENTO DA LICITAÇÃO

A equipe de consultoria, em exame para aprofundamento sobre a matéria, além dos *benchmarks* e de reuniões com o pessoal do SIS, avaliou os editais de licitação listados acima, bem como a minuta do Termo de Referência, especificamente no que diz respeito ao processo de faturamento, que foi disponibilizada pelo Serviço de Pagamento (SEPASI).

Inicialmente, com o advento da Lei 14.133/2021, o Senado Federal editou o Ato da Diretoria-Geral (ADG) 14/2022, que estabelece as disposições regulamentares acerca das atribuições e procedimentos de licitações e contratos administrativos. Fundamentado neste regulamento, este serviço de consultoria priorizou o estudo acerca dos documentos que compõem a fase de planejamento de um processo licitatório, a saber, o Estudo Técnico Preliminar e o Termo de Referência. Cumpre sublinhar, novamente, que o presente levantamento está focado nas atribuições desempenhadas pelo SEPASI e não no processo licitatório propriamente dito.

Sobre os documentos referidos, o Anexo I do ADG 14/2022 assim define:

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR (ETP): documento elaborado pelo Órgão Técnico, constitutivo da primeira etapa do planejamento da contratação, objetivando o levantamento dos elementos essenciais que servirão para compor o Termo de Referência ou Projeto Básico a

AUDITORIA
SENADO FEDERAL



SENADO FEDERAL

Auditoria

partir de dados empíricos e informações objetivamente verificáveis e sob o prisma da eficiência e aderência à configuração do mercado para embasar a delimitação da solução mais adequada para o atendimento da demanda administrativa formalizada no documento inicial do processo de contratação.

TERMO DE REFERÊNCIA (TR): documento que contém o conjunto de parâmetros e elementos descritivos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado, para caracterizar o objeto da contratação e que possibilita a avaliação do custo pela Administração, bem como a definição da estratégia de suprimento, dos métodos e do prazo de execução.

3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICO-OPERACIONAL

A exigência de qualificação técnico-operacional visa assegurar que a empresa a ser contratada tenha condições de cumprir os requisitos do contrato de forma eficaz e eficiente, minimizando riscos e garantindo a qualidade do serviço.

Os critérios podem variar conforme o setor e a natureza do contrato, mas geralmente incluem:

- Capacidade técnica: equipamentos, tecnologias e recursos humanos disponíveis.
- Experiência anterior: histórico de projetos similares executados com sucesso.
- Capacidade operacional: estrutura organizacional e logística.

Abaixo, segue o quadro demonstrativo das qualificações técnico-operacionais mínimas exigidas para habilitação do certame pelas empresas:





SENADO FEDERAL
Auditoria

EXIGÊNCIAS MÍNIMAS			
EDITAL DE LICITAÇÃO/ CONTRATAÇÃO	HÁ REQUISITOS DE HABILITAÇÃO?	PERÍODO	NÚMERO MÍNIMO DE VIDAS
STJ Pregão 119/2022	Sim. Experiência mínima em serviços análogos ao da licitação e utilização do Benner-Saúde.	Mínimo de 1 (um) ano	> 4.000 (mais de quatro mil vidas)
CD Pregão 84/2021	Sim. Experiência mínima em serviços análogos ao da licitação e registro no Conselho Regional de Medicina.	Mínimo de 12 (doze) meses	> 8.450 (mais de oito mil quatrocentos e cinquenta vidas)
BACEN Contratação Direta 90060/2024	Sim. Experiência mínima em serviços de Regulação, Processamento de Contas e Auditoria Interna, Administrativa e Externa.	Mínimo de 1 (um) ano ininterruptos ou não	> 14.000 (mais de quatorze mil vidas)
BACEN Pregão 90017/2024	Sim. Atuação em serviços para operadoras/programas de saúde de autogestão.	Mínimo de 2 (dois) anos, ao contrário da recomendação da a IN SEGES/ME nº 5/2017, que estabeleceu o mínimo de 3 (três) anos	> 14.000 (mais de quatorze mil vidas)
SIS	Sim. Experiência mínima em serviços que compreendem atividades de auditoria e processamento de contas médicas além de registro nos CRM's de SP e DF.	Mínimo de 12 (doze) meses consecutivos.	Não exigido

Funcionários com formação acadêmica sólida e certificações profissionais relevantes estão atualizados com as melhores práticas e tecnologias do setor. Esse nível de qualificação técnica se traduz em maior produtividade, permitindo que os serviços sejam realizados de forma mais rápida e eficiente, sem



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

comprometer a qualidade. A redução da necessidade de retrabalho e correções, decorrente da alta qualidade do trabalho, resulta em economias significativas de tempo e recursos, contribuindo para a eficiência operacional.

Além disso, a capacidade de execução dos serviços assegura que cada tarefa seja concluída dentro dos prazos estabelecidos e com um padrão de qualidade superior. Portanto, a exigência de recursos humanos tecnicamente capacitados é fundamental para garantir que a empresa a ser contratada possa oferecer serviços que atendam plenamente às necessidades e exigências do certame.

Em consulta aos editais de licitação identificamos que o Pregão Eletrônico nº. 119/2022, do STJ, e o Pregão Eletrônico n. 90017/2024, do Bacen, definem claramente a qualificação técnica dos recursos humanos que deverão estar envolvidos nas atividades de processamento de contas. Segue quadro demonstrativo:

STJ Pregão 119/2022	MÉDICO – (FORMAÇÃO) Graduação em Medicina, com registro no Conselho Regional de Medicina/DF. (EXPERIÊNCIA) Especialização em auditoria médico-hospitalar OU experiência mínima de dois anos em auditoria médico-hospitalar, comprovada por meio de registro em carteira de trabalho ou contrato de prestação de serviços. ENFERMEIRO - (FORMAÇÃO) Graduação em Enfermagem, com registro no Conselho Regional de Enfermagem/DF. (EXPERIÊNCIA) Especialização em auditoria médico-hospitalar OU experiência mínima de dois anos em auditoria médico-hospitalar, comprovada por meio de registro em carteira de trabalho ou contrato de prestação de serviços. ODONTÓLOGO - (FORMAÇÃO) Graduação em Odontologia, com registro no Conselho Regional de Odontologia. (EXPERIÊNCIA) Especialização em auditoria odontológica OU experiência mínima de dois anos em auditoria odontológica, comprovada por meio de registro em carteira de trabalho ou contrato de prestação de serviços.
BACEN Pregão 90017/2024	ENFERMEIRO AUDITOR – (FORMAÇÃO) Graduação em Enfermagem, com registro no Conselho Regional de Enfermagem. (EXPERIÊNCIA) Experiência profissional de, pelo menos, 3 (três) anos nas áreas de Auditoria Prévia, Concorrente e/ou Pós-Execução. MÉDICO AUDITOR – (FORMAÇÃO) Graduação em Medicina, com registro no Conselho Regional de Medicina. (EXPERIÊNCIA) Experiência profissional de, pelo menos, 3 (três) anos nas áreas de Auditoria Prévia, Concorrente ou Pós-Execução.



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

	DENTISTA AUDITOR - (FORMAÇÃO) Graduação em Odontologia, com registro no Conselho Regional de Odontologia. (EXPERIÊNCIA) Experiência profissional de, pelo menos, 3 (três) anos nas áreas de Auditoria Prévia e pós-execução. FISIOTERAPEUTA – (FORMAÇÃO) Graduação em Fisioterapia, com registro no Conselho Regional de Fisioterapia. (EXPERIÊNCIA) Experiência mínima de 3 (três) anos no exercício da Profissão. Obs.: foram exigidas adicionalmente outros quesitos específicos para cada cargo relacionado.
--	---

Com relação ao Pregão Eletrônico nº 90017/2024, do Bacen, no anexo das Especificações Técnicas, estabelece o quantitativo de cinco Enfermeiros Auditor, um Médico Auditor e dois Dentistas Auditor, no regime de trabalho presencial, exclusivamente nas atividades de processamento de contas.

Quanto ao Pregão Eletrônico nº 84/2021, da Câmara dos Deputados, e Contratação Direta nº 90060/2024, do Bacen, apesar de não definir a alocação desses tipos de profissionais nas atividades de processamento de contas, estabelece a disponibilidade deles, principalmente para a atividade de auditorias técnicas, conforme quadro abaixo:

CD Pregão 84/2021	MÉDICO, DENTISTAS e ENFERMEIROS AUDITORES sem definir formação e/ou experiência, para trabalharem principalmente nas auditorias médicas/odontológicas. MÉDICO, ENFERMEIRO, ASSISTENTE SOCIAL, FISIOTERAPEUTA ou PSICÓLOGO sem definir formação e/ou experiência, para trabalharem Perícias médicas presenciais e visitas domiciliares no DF.
BACEN Contratação Direta 90060/2024	DENTISTA AUDITOR e MÉDICO AUDITOR com pelo menos, 1 (um) ano nas áreas de Auditoria Prévia (regulação), per e pós-execução e perícia médica ou odontológica comprovada em carteira de trabalho ou por declaração de empregador pessoa jurídica. ENFERMEIRO AUDITOR, além das exigências acima, é desejável conhecimento em OPMEs.

Já a minuta do contrato do Pregão Eletrônico nº 53/2020, do Senado Federal, define a qualificação profissional apenas para os supervisores, conforme



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL
Auditoria

Parágrafos 1º e 2º da Cláusula Segunda – Das Obrigações e Responsabilidades, como segue:

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A CONTRATADA deverá manter, para os serviços realizados nas dependências do SENADO, supervisores para cada área de atuação, responsáveis pela coordenação das equipes de trabalho, conforme tabela abaixo:

Supervisores por área de atuação		
Macroprocesso	Itens de Serviço	Qtd de supervisores
Auditoria	Grupo 1 – Itens 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7	1
Credenciamento	Grupo 1 – Itens 8, 9 e 10	1
Faturamento e processamento de contas	Grupo 1 – Itens 11, 12, 13 e 14	1
Apoio Administrativo	Grupo 2 – Item 15	1
Apoio Administrativo	Grupo 2 – Itens 16, 17 e 18	1

PARÁGRAFO SEGUNDO – A CONTRATADA deverá apresentar, em até 10 (dez) dias úteis, contados da assinatura do contrato, declaração indicando o nome, CPF e número do registro no Conselho Profissional competente, dos responsáveis técnicos que acompanharão a execução dos serviços de que trata o objeto do **Grupo 1**, devendo referir-se a profissionais com formação superior em MEDICINA, ENFERMAGEM e ODONTOLOGIA e, quando houver exigência normativa do respectivo Conselho Profissional, devidamente especializados e/ou habilitados para atividades de auditoria, e que tenham vínculo com a empresa contratada.

Ainda, quanto ao Pregão Eletrônico nº 84/2021, da Câmara dos Deputados, e Pregão Eletrônico nº 90017/2024, do Bacen, além da definição dos profissionais técnicos da área de saúde, definiram também a alocação de recursos humanos voltados à área de processamento de dados, como analistas de sistema e cientista de dados. Ressalta-se que o objeto da contratação da Câmara do Deputados envolve disponibilização e hospedagem de sistema informatizado, fato que exige a participação de profissionais do tipo.

3. INFORMAÇÕES GERENCIAIS

Neste tópico, são indicadas as informações gerenciais definidas em edital de licitação, que a empresa contratada é obrigada a disponibilizar. Essas



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

informações são consideradas instrumentos essenciais para o acompanhamento dos custos e auxílio no controle interno, por meio das atividades de fiscalização da execução contratual.

Nas especificações técnicas do Pregão Eletrônico nº 84/2021 foi definido que a contratada iria prestar serviço de consultoria técnica voltada para planos de saúde, que é resumidamente assessorar a Câmara dos Deputados no planejamento, monitoramento e controle dos custos do Pró-Saúde.

Ressalta-se que a licitação da Câmara dos Deputados não contratou apenas o serviço de suporte à gestão das atividades do plano de saúde, mas também o serviço de disponibilização e hospedagem de sistema informatizado. Para o serviço de consultoria técnica, no item 1.3.22 foram estabelecidos relatórios de dados estatísticos que a contratada deve fornecer, conforme segue:

1.3.22. A Contratada deverá disponibilizar, sempre que solicitado pela Câmara dos Deputados, relatórios gerenciais contendo dados estatísticos referentes ao objeto deste Contrato, conforme parâmetros e definições estabelecidos pelo Pró-Saúde:

- a) Relatório contendo as diferenças entre os valores faturados pelo prestador e os valores calculados pelo plano de assistência à saúde para pagamento;
- b) Relatório de glosas por prestador, indicando os tipos de glosas, motivos, percentuais glosados e reconsiderados, períodos, procedimentos, entre outros;
- c) Relatório de cirurgias e procedimentos autorizados, não autorizados, pendentes, em análise, entre outros;
- d) Relatório de economia obtida nas negociações de OPME;
- e) Relatório de beneficiários internados em hospital, hospitais psiquiátricos, domicílio e hospital de retaguarda, indicando o prazo de internação;
- f) Relatório contendo profissionais, entidades, especialidades e procedimentos para possível credenciamento;
- g) Relatórios epidemiológicos;
- h) Relatório de prazo médio de internação por prestador e geral;
- i) Relatório dos procedimentos mais utilizados por prestador;



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

- j) Relatórios contendo estudos para negociação de tabelas e procedimentos;
- k) Relatórios contendo avaliação 'de' - 'para' contendo códigos e enquadramento técnico;
- l) Relatórios de sinistralidade mensal para que a Câmara dos Deputados possa acompanhar a carteira de beneficiários;
- m) Relatórios contendo a influência de variáveis como região, faixa etária, sexo, número de vidas, entre outras, na utilização da rede credenciada, frequência, internações de alto custo ou longa permanência, prevalência de patologias, custo médio de internação por diagnóstico, despesa por beneficiário despesas por grupo de atendimento, entre outros, propondo medidas que visem o equilíbrio do plano;
- n) Relatórios com perfil de utilização do plano de assistência à saúde, identificando os beneficiários portadores de patologias crônicas, aderência a protocolos de acompanhamento, nível de descompensação ou reinternação, bem como fornecendo subsídios para o planejamento de ações que busquem o controle dessas patologias, a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida;
- o) Relatório quanto ao dimensionamento da rede de prestadores e regiões com deficiência de atendimento, com respectiva apresentação de banco de habilitados existentes em consequência de indicações de credenciamento recebidas anteriormente de beneficiários e/ou profissionais interessados.

No item 9 do Termo de Referência da Contratação Direta nº 90060/2024 do Banco Central do Brasil, foram estabelecidos a emissão e fornecimento dos seguintes relatórios gerenciais:

9. RELATÓRIOS

A Contratada deverá emitir e fornecer ao Banco Central os seguintes relatórios gerenciais, até o 10º dia corrido de cada mês, referentes aos serviços contratados, executados no decorrer do mês anterior. Os relatórios deverão ser apresentados em arquivos dos tipos documento ou planilha e atestados pelo preposto da Contratada.

- Quantitativo por praça das guias processadas;
- Quantitativo por praça das contas processadas (auditoria e análise); estratificadas por internação, ambulatoriais e visitas;
- Quantitativo por praça de glosas técnicas, médicas e de enfermagem, aplicadas na auditoria in loco, estratificadas por motivo;
- Quantitativo por praça dos pareceres emitidos e perícias realizadas;



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

- Quantitativo por praça das guias de recursos de glosa processados;
- Quantitativo por praça das visitas médicas e de enfermagem realizadas pela auditoria concorrente;
- Relatórios analíticos elaborados sob demanda do Banco Central, para controle dos dados quantitativos;
- Outros relatórios a serem definidos em conjunto pelo Banco Central e a contratada;
- O formato e os detalhes dos relatórios poderão ser definidos em conjunto pelo Banco Central e a Contratada.

Por outro lado, o Pregão Eletrônico nº 119/2022 do STJ e o edital de Pregão para a contratação de serviços de suporte à operação do plano de saúde do Senado Federal (SIS) não estabelecem como obrigação da contratada a disponibilização ou fornecimento de relatórios gerenciais.

4. INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADOS (IMR)

É essencial estabelecer Instrumentos de Medição de Resultados (IMR's) adequados para avaliar os serviços prestados pela contratada. Esses instrumentos garantem a qualidade, eficácia e eficiência dos serviços. Ao definir padrões objetivos e mensuráveis, assegura-se o nível de serviço recebido.

A análise de dados por meio desses instrumentos ajuda a identificar padrões e tendências, permitindo ajustes nas práticas, melhoria de processos e prevenção de problemas recorrentes. Além disso, os resultados medidos fornecem evidências objetivas para a tomada de decisões. O monitoramento contínuo dos serviços ajuda a detectar desvios rapidamente e corrigi-los.

Para esta Nota Informativa, optou-se por apresentar os Instrumentos de Medição de Resultados (IMRs) utilizados nos diversos editais analisados, bem como aqueles estabelecidos pelo Pregão 053/2020 do SIS.

O anexo I do termo de referência Pregão Eletrônico nº 119/2022, do STJ, especificamente no que diz respeito ao processamento de contas médicas,



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL
Auditoria

dividiu os IMR's em aspectos quantitativos e qualitativos. Os aspectos quantitativos foram definidos com base no prazo de atendimento das atividades relacionadas, enquanto os aspectos qualitativos apresentaram os resultados esperados, conforme observado a seguir:

1) Aspectos Quantitativos:

- ➔ Prazo de atendimento de 7 dias úteis para as atividades de processamento de contas, que abrange desde a análise técnica e administrativa de despesas até o faturamento e a emissão de relatórios, visando à instrução dos processos de pagamento de despesas à rede credenciada ou à devolução ao prestador, por via eletrônica, de faturas incompletas e/ou inconsistentes.

2) Aspectos Qualitativos:

- ➔ i. Parecer técnico com avaliação da pertinência de cobrança dos itens constantes da fatura (item e quantidades), em conformidade com os normativos do Programa e as diretrizes de saúde baseadas em evidências;
- ii. Verificação da pertinência e da compatibilidade das despesas (procedimentos, materiais, medicamentos, taxas e outros insumos) em relação aos normativos e tabelas do CONTRATANTE e aos contratos firmados com a rede credenciada;
- iii. Registro de eventuais glosas ou reconsiderações de glosa, que deverão ser estabelecidas com clareza e devidamente justificadas.
- iv. Registro adequado das faturas no sistema informatizado, contemplando a realização de glosas quando for o caso.

Diferentemente do STJ, o edital do Pregão Eletrônico nº 84/2021 da Câmara dos Deputados não trouxe a distinção entre aspectos qualitativos e quantitativos. Nesse caso, o IMR está definido como Acordo de Nível de Serviço (SLA). O Anexo nº 5, item 6.1, dispõe que a contratada deverá disponibilizar relatórios gerenciais de atendimento e tempo médio de resposta, permitindo a análise dos



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL
Auditoria

serviços prestados, a quantidade de atendimentos e quaisquer outras informações que possam ser utilizadas para tomada de decisão.

Além disso, o Anexo nº 6 “Tabelas de Indicadores SLA”, no que diz respeito ao serviço de processamento de contas médicas e odontológicas, estabeleceu como indicador o percentual de contas da rede credenciada processadas. Deverá ser observado um percentual igual ou maior que 98% até o 7º dia útil de cada mês, considerando o conceito de cronograma mensal. Para os processos montados completamente para pagamento ao prestador, deverá ser observado um percentual igual ou maior que 98% até o 10º dia de cada mês, também considerando o conceito de cronograma mensal.

Outro indicador é o percentual de contas médicas auditadas administrativamente dentro do prazo. Deverá ser observado um percentual igual ou maior que 98% até o 7º dia útil de cada mês, considerando a consistência dos valores cobrados em conta pelo prestador, referentes a tabelas de diárias e taxas acordadas, materiais especiais, materiais de consumo, medicamentos, terapias, exames e procedimentos, honorários médicos, entre outros. Esse processo valida a elegibilidade do prestador e beneficiário em 100% das contas.

Houve, ainda, o estabelecimento dos indicadores: percentual de faturas transmitidas eletronicamente, auditadas dentro do prazo; e percentual de contas médicas auditadas tecnicamente dentro do prazo.

O Bacen, no termo de referência da Contratação Direta nº 90060/2024, também definiu os critérios de medição e pagamento. Conforme o item 7.1. do documento, a avaliação da execução do objeto utilizará o Instrumento de Medição de Resultado (IMR). Foram estabelecidos indicadores técnicos para avaliar o cumprimento da obrigação principal (execução dos serviços) e administrativos para avaliar o cumprimento de obrigações acessórias, conforme o item 7.5.



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

O Acordo de Nível de Serviços, presente no item 11.3. referente ao processamento de contas, previu o prazo de 30 dias corridos para o serviço de liberação das solicitações de reembolso de beneficiários e para o de liberação de contas para pagamento, cumpridas todas as etapas técnicas e administrativas (auditoria, transposição, análise, impostação de nº de Notas Fiscais e outras).

No tocante ao edital nº 90017/2024, o Bacen especificou a quantidade de postos de trabalho que a contratada deverá disponibilizar, conforme o disposto em 1.1 do Termo de Referência 2/2024. Além disso, o Anexo que trata das Especificações dos Serviços, no item 6.33, informa que o nível de serviço estabelecido para a Gerência de Auditoria Interna e Processamento de Contas é de finalização dos processos em até 30 dias, a partir do recebimento integral (XML e/ou documentos estabelecidos nos normativos e manuais do BC Saúde) dos Protocolos de Entrega de Guias (PEGs), incluindo recursos de glosas e pedidos de reembolso. Nesse edital, assim como o mencionado anteriormente, foram definidos indicadores técnicos e administrativos no Instrumento de Medição de Resultados – IMR.

Ao analisar o documento referente ao Pregão 053/2020, que contratou a prestação de serviços para o SIS, verificou-se a definição de diversos prazos diários para os procedimentos dos serviços contratados, conforme o Anexo 5 – IMR. O controle de prazos foi utilizado como métrica de criticidade para a avaliação do serviço prestado, que abrange desde as rotinas necessárias no software próprio da contratada para encaminhar as faturas ao setor de pagamento, passando pela análise técnica, fiscal e tributária das faturas, até a revisão de glosas e faturas. Cabe ressaltar que, diferentemente do STJ, os IMRs previstos não foram divididos em aspectos qualitativos e quantitativos.





SENADO FEDERAL
Auditoria

5. ATIVIDADES – PROCESSAMENTO DE CONTAS

No contexto da contratação de serviços de gestão de um plano de saúde, o estabelecimento adequado das atividades de processamento de contas no Termo de Referência da licitação é relevante. Essas atividades incluem o processamento de faturas, reembolsos, registros de atendimentos e outras operações relacionadas às contas dos beneficiários.

Nos editais analisados, observou-se abordagens específicas em relação ao processamento de contas. Destaca-se as peculiaridades encontradas nos documentos do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do Banco Central do Brasil (Bacen). No caso do STJ, o subprocesso de processamento de contas foi detalhado em seis atividades distintas. Por outro lado, o Bacen optou por tratar o processamento de contas em conjunto com as auditorias das contas.

Essas abordagens refletem a importância de considerar as particularidades de cada órgão e a relevância de alinhar o processamento de contas com os procedimentos de auditoria para garantir a eficiência e a transparência nos serviços prestados.

Considerando a relevância do assunto em estudo, optou-se por transcrever fielmente o conteúdo, a fim de facilitar a compreensão e destacar a importância da matéria.

CD – Pregão 84/2021 - CADERNO DE ESPECIFICAÇÕES

1.9. PROCESSAMENTO DE CONTAS MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS

1.9.1. A Contratada deverá processar todas as contas recebidas tanto dos prestadores (rede comum e rede de Notória Especialização fora do DF) quanto da operadora privada ou convênio de reciprocidade que o Pró-Saúde tiver vigente durante o prazo do contrato.

1.9.2. Compete à Contratada:

a) receber as faturas entregues pela rede credenciada, registrando no sistema a data do recebimento, atrelando ao respectivo calendário de entrega de contas para fins de definição da data de pagamento;



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

- a.1) A rede credenciada poderá efetuar entrega de contas em qualquer dia, sem que isso gere o pagamento antecipado de sua fatura, devendo sempre observar o calendário de pagamento.
- a.2) As faturas entregues na Sede do Pró-Saúde deverão ser enviadas pelo Pró-Saúde à sede/escritório da Contratada.
- b) protocolar no sistema as faturas recebidas da rede credenciada, de acordo com os padrões determinados pela ANS e pelo Pró-Saúde, principalmente no que se refere às obrigações de provisões técnicas, bem como objetivando o cumprimento do calendário de entrega de contas e pagamento acordado entre o Pró-Saúde e sua rede credenciada;
- b.1) As faturas e seus anexos, transmitidos eletronicamente via XML, em que há obrigatoriedade de envio de meio físico (quando o meio eletrônico não foi enviado com assinatura digital ICP-BRASIL), devem ser recebidas e registradas em sistema.
- b.2) Quando do recebimento do meio físico da fatura recebida via XML, a Contratada deve vincular o meio físico ao meio eletrônico, para fins de enquadramento da data de pagamento de acordo com calendário estabelecido com o prestador.
- b.3) As guias TISS transmitidas eletronicamente via XML, em que não há exigência de meio físico pelo Pró-Saúde, são recebidas pela Contratada exclusivamente através do sistema, com geração de número de Protocolo, e deverão ser tratadas conforme calendário de pagamento acordado com o prestador.
- b.4) Nos casos excepcionais de prestadores que encaminham os Documentos Fiscais juntamente com as faturas, conforme previamente acordado entre o Pró-Saúde e o prestador, a Contratada deverá proceder a conciliação do Documento Fiscal.
- c) operacionalizar o processamento de contas através da conectividade (XML), arquivos ou papel;
- d) captar os dados necessários para a realização de transações de faturamento eletrônico com os prestadores;
- e) conferir as faturas, avaliando a necessidade/fidelidade do preenchimento dos campos analisados, com base na documentação disponibilizada/exigida pelo Pró-Saúde, para fins de devolução e orientação à rede credenciada. Em caso de recebimento de faturas incompletas ou com inconsistências, a Contratada deverá devolvê-las ao prestador, com o motivo da devolução devidamente justificado.
- f) em caso de enquadramento incorreto do código, ou existência de duplicidade, exclusão ou carência de reutilização, deverá aplicar a glosa, justificando devidamente a decisão.
- g) digitar as faturas apresentados pelos prestadores, sem conter erros de digitação e/ou de preenchimento, quando não forem enviadas por arquivo eletrônico;
- h) realizar auditoria administrativa interna das contas médicas, por meio do sistema de processamento de contas, para a consistência de valores cobrados em conta pelo prestador referente a tabelas de diárias e taxas acordadas, materiais especiais, materiais de consumo, medicamentos, terapias, exames e procedimentos, honorários médicos, entre outros, validando a elegibilidade do prestador e beneficiário, em 100% das contas;
- i) realizar auditoria técnica interna nas contas médicas e odontológicas, para validação de critérios técnicos médicos, odontológicos e de enfermagem, com a aprovação do auditor interno, observando-se a descrição, enquadramento do código, existência de duplicidade (inclusive em relação a procedimentos pagos na modalidade de LE), exclusão ou carência de reutilização, no caso de procedimentos, a observância do fluxograma para avaliação da pertinência de



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

exames de média/alta complexidade e a observância dos critérios de aprovação de OPME/medicamentos definidos pela auditoria técnica do Programa.

j) realizar auditoria técnica interna nas contas médicas e odontológicas, para validação de critérios técnicos médicos e de enfermagem, com a aprovação do auditor interno, para a consistência de quantidades e itens contratuais cobrados em conta pelo prestador, referentes às tabelas de diárias e taxas acordadas, materiais especiais, terapias, exames e procedimentos, honorários médicos, entre outros, nas internações nas quais não tenha sido realizada a auditoria in loco da conta e dos procedimentos ambulatoriais realizados em clínicas;

k) analisar e manter em arquivo digital toda informação e documentação (documentos cadastrais, contas médicas, documentos fiscais, entre outros), garantindo ao Pró-Saúde, a partir de sua aprovação, a autenticidade e veracidade de documentos e informações, ajustando-os quando necessário;

l) efetuar a auditoria das faturas transmitidas eletronicamente pela rede credenciada/Contratada ao Pró-Saúde no formato XML ou outro que vier a substituí-lo e das faturas enviadas para digitação pela Contratada;

m) analisar e tratar as críticas da auditoria técnica no sistema de gestão fornecido pela Contratada;

n) identificar, investigar e comunicar ao Pró-Saúde possíveis fraudes e também o não reconhecimento de atendimento por demanda dos titulares do Pró-Saúde.

o) são da responsabilidade da Contratada as revisões de glosas solicitadas pelos prestadores/contratados. As respostas aos recursos de glosas deverão ser embasadas nos critérios técnicos definidos pelo Programa e ser encaminhadas, por meio eletrônico, diretamente aos prestadores;

p) garantir, ainda, por meio de sistema informatizado, o controle de eventos de autorização limitados quantitativamente, conforme variáveis das diferentes modalidades assistenciais constantes de regulamento próprio da Câmara dos Deputados;

q) garantir ao Pró-Saúde o acesso ao sistema para consulta de informações referentes ao processamento de contas e auditoria;

r) realizar auditoria interna periódica para identificação de falhas, avaliação da qualidade do serviço prestado e emissão de sugestões nos processos de auditoria de contas.

s) disponibilizar ao Pró-Saúde os processos de contas médicas da rede credenciada, de modo que nenhum pagamento seja efetuado fora dos prazos contratuais.

t) disponibilizar no sistema as informações sobre cada pagamento, permitindo aos prestadores identificar o detalhamento dos pagamentos, explicações de eventuais glosas, valores de tributos, sempre de acordo com o cronograma em vigor;

u) disponibilizar de maneira detalhada os motivos de glosa e pagamento conforme definição do Pró-Saúde, guardando o histórico;

v) disponibilizar no sistema as informações do demonstrativo de utilização, o demonstrativo de reembolso e a prévia de reembolso, observados os modelos previamente aprovados pelo Pró-Saúde;

w) enviar regularmente, para a guarda do Pró-Saúde, as faturas analisadas, acondicionadas em caixas, em ordem de CPF/CNPJ por lote, a cada entrega, de acordo com os critérios estabelecidos, contendo numeração própria, juntamente com a relação dos protocolos constantes do seu interior, digitadas em planilha apartada, que deverá capear o invólucro.



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

1.9.3. A Contratada deverá realizar o processamento de contas em sistema dos arquivos de despesas de operadora privada ou reciprocidade que o Pró-Saúde mantiver convênio na vigência do contrato. Atualmente, o Pró-Saúde mantém convênio de reciprocidade com o Saúde Caixa.

1.9.4. A Contratada deverá auditar e conferir tecnicamente faturas dos hospitais de Notória Especialização, fora do DF, em conformidade com as regras do Pró-Saúde, verificar os dados dos registros eletrônicos de eventos, datas de atendimento, prestadores e retificar junto aos prestadores, quando for o caso, verificar e analisar as negativas e glosas geradas automaticamente, mantendo-as ou não com a devida justificativa, propor as glosas administrativas com as respectivas justificativas, com tratamento de críticas, tratamento do movimento inconsistente, lançamento das glosas e anexação de documentos em Sistemas.

1.9.5. A Contratada deverá manter arquivadas em suas dependências as faturas pelo período de 6 (seis) meses, enviando-as após esse período para o Pró-Saúde, sem custos para o Programa.

1.9.6. Compete ainda à Contratada:

a) Montar todo o processo administrativo de pagamento de todos os prestadores. Esse processo deverá ser aprovado pelo Pró-Saúde e outras áreas da Câmara dos Deputados, como Departamento de Finanças e Coordenação de Contratos, entre outros;

b) Digitalizar todos os documentos que compõem o processo de pagamento de credenciados, assim como os pareceres, e anexar ao sistema de processos indicado pela Câmara dos Deputados;

c) Manter presentes nos documentos as contas dos prestadores, os recursos de glosas e os acertos realizados, se existirem, bem como outras informações relativas à origem dos recursos financeiros para pagamento;

d) Fornecer e preencher arquivos e modelos necessários no formato digital definido pelo Pró-Saúde para o pagamento aos prestadores.

1.9.7. A Câmara dos Deputados definirá se a auditoria interna incidirá sobre a totalidade dos pedidos de procedimentos, materiais e medicamentos e das contas ou se será realizada estatisticamente.

1.9.8. O processamento de contas deverá prever a emissão dos seguintes relatórios:

a) dados de volume e custo dos eventos;

b) gerenciais individualizados por beneficiário e grupo familiar (demonstrativo global de utilização);

c) eventos pagos à rede credenciada, com históricos individualizados por prestador ou beneficiário contemplado (demonstrativo global de pagamento);

d) ressarcimento ao beneficiário por meio do reembolso;

e) mensais de glosas (detalhando os casos de duplicidade, enquadramento incorreto do procedimento, exclusão de procedimento, carência de reutilização, discordância com os critérios técnicos do programa, entre outros), glosa aceita e glosa em recurso, por prestador.

STJ – Pregão 119/2022 - Termo de Referência

8.1. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1.1. Os serviços que constituem o objeto desta contratação estão abaixo discriminados:



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL
Auditoria

[...]

6.1. Processamento de contas médico-hospitalares e correlatas. Compõe-se das seguintes atividades:

Atividade 1 - Análise técnica e administrativa de despesas assistenciais faturadas (originais e pedido de revisão de glosa), verificando a pertinência e a compatibilidade das despesas (procedimentos, materiais, medicamentos, taxas e outros insumos) em relação aos normativos e tabelas do CONTRATANTE e aos contratos firmados com a rede credenciada, com lançamento em software próprio de gestão de saúde do CONTRATANTE. As eventuais glosas ou reconsiderações deverão ser estabelecidas com clareza e devidamente justificadas.

Atividade 2 - Lançamento e revisão dos itens de despesa cobrados pela rede credenciada e pedidos de revisão de glosas, em *software próprio de gestão de saúde do CONTRATANTE*, procedendo os ajustes necessários para o correto pagamento das despesas.

Atividade 3 - Consolidação dos valores a serem pagos aos prestadores, por meio do *software próprio de gestão de saúde do CONTRATANTE*, para solicitação de documento fiscal, quando for o caso.

Atividade 4 - Conciliação do documento fiscal encaminhado ao CONTRATANTE pelo prestador para verificação da conformidade em relação aos aspectos financeiros e tributários, em *software próprio de gestão de saúde do*

CONTRATANTE. Em caso de inconformidade, devolução dos documentos fiscais ao prestador para retificação, com a indicação dos itens passíveis de ajuste.

Atividade 5 - Faturamento e emissão de relatórios visando a instrução dos processos de pagamento de despesas à rede credenciada.

Atividade 6 - Devolução ao prestador, por via eletrônica, de faturas incompletas e/ou inconsistentes, detectadas durante a análise, com a respectiva operacionalização em *software próprio de gestão de saúde do CONTRATANTE*.

Área de atuação: Medicina / Enfermagem / Faturamento

[...]

7.1. Processamento de contas odontológicas. Compõe-se das seguintes atividades:

Atividade 1 - Análise técnica e administrativa de despesas assistenciais faturadas (originais e pedido de revisão de glosa), verificando a pertinência e a compatibilidade das despesas em relação aos normativos e tabelas do CONTRATANTE e aos contratos firmados com a rede credenciada, com lançamento em software próprio de gestão dessaúde do CONTRATANTE. As eventuais glosas ou reconsiderações deverão ser estabelecidas com clareza e devidamente justificadas.

Atividade 2 - Lançamento e revisão dos itens de despesa cobrados pela rede credenciada e pedidos de revisão de glosas, em *software próprio de gestão de saúde do CONTRATANTE*, procedendo os ajustes necessários para o correto pagamento das despesas.

Atividade 3 - Consolidação dos valores a serem pagos aos prestadores, por meio do *software próprio de gestão de saúde do CONTRATANTE*, para solicitação de documento fiscal, quando for o caso.

Atividade 4 - Conciliação do documento fiscal encaminhado ao CONTRATANTE pelo prestador para verificação da conformidade em relação aos aspectos financeiros e tributários, em *software próprio de gestão de saúde do CONTRATANTE*. Em caso de inconformidade, devolução dos documentos fiscais ao prestador para retificação, com a indicação dos itens passíveis de ajuste.



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

Atividade 5 - Faturamento e emissão de relatórios visando a instrução dos processos de pagamento de despesas à rede credenciada.

Atividade 6 - Devolução ao prestador, por via eletrônica, de faturas incompletas e/ou inconsistentes, detectadas durante a análise, com a respectiva operacionalização em *software próprio de gestão de saúde do CONTRATANTE*.

Área de atuação: Odontologia / Faturamento

BACEN – Contratação Direta 90060/2024 – Anexo I - Especificações dos Serviços do TR

5. AUDITORIA E PROCESSAMENTO DE CONTAS

A auditoria de contas compreende a análise e validação de todas as contas apresentadas pela rede credenciada, podendo ser realizada nas dependências do prestador ou internamente.

O processamento de contas compreende todas as atividades de apoio necessárias para que o fluxo de faturamento de guias encaminhadas pela rede credenciada seja concluído e disponibilizado para pagamento, que é executado pela CONTRATANTE.

São atribuições gerais:

- Conferência dos documentos anexos aos arquivos eletrônicos, encaminhados pelos credenciados;
- Classificação das guias (médica, odontológica, serviços multidisciplinares, recursos de glosas, ciclos de faturamento especiais);
- Mudança de fases dos PEGs no processo de análise;
- Verificação de informações de alertas no sistema;
- Encaminhamentos de PEGs para diferentes tipos de auditores, conforme caso concreto;
- Controle de caixas corporativas e digitação de baixas de Notas Fiscais;
- Finalização do processamento de faturas para disponibilização para pagamento à rede credenciada.

Os colaboradores responsáveis pelo processamento de contas serão contratados nas modalidades descritas na tabela 11.2 Local e forma de prestação de Serviços, obedecendo o acordo de serviços contido na tabela 11.3 Acordo de Nível de Serviços.

5.1. AUDITORIA EXTERNA DE CONTAS (IN LOCO)

É aquela realizada nas contas de internação após a alta do paciente ou a cada parcial, assim como nas contas ambulatoriais que contenham materiais, medicamentos ou procedimentos realizados no momento do atendimento ao beneficiário do BC Saúde.

Os hospitais (gerais ou de transição) e as empresas de prestação de serviços domiciliares também são submetidos a esse tipo de auditoria. Outros credenciados poderão ser incluídos nesse rol de prestadores, com aviso prévio à CONTRATADA.

A auditoria de contas in loco será realizada nas dependências do credenciado ou em local por ele indicado, previamente acordado com a CONTRATADA, com cronograma de datas estabelecido, e é executada por auditor técnico da CONTRATADA (médico ou enfermeiro com registro no respectivo conselho de classe).



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

A auditoria de contas in loco será realizada nas dez cidades onde o BC Saúde possui representação, conforme item 1 OBJETO deste documento e respectivas regiões metropolitanas, por meio de acordo de serviços, conforme tabelas Acordo de Níveis de Serviço 11.3.

5.1.1. Responsabilidades do auditor técnico de contas in loco

A auditoria técnica de contas in loco validará os itens em conformidade com as normas do BC Saúde, bem como aquelas estabelecidas pelos Conselhos Profissionais, pelas agências regulamentadoras de saúde (ex.: ANS, Anvisa etc), pelas tabelas contratadas e pelos respectivos Termos de Credenciamento.

A auditoria deverá validar o uso de materiais especiais descartáveis, não associados a evento cirúrgico.

Auditoria avaliará a pertinência do uso de materiais ou de medicamentos em conformidade com a necessidade técnica e com os princípios da economicidade, podendo não validar o uso de determinados itens que poderiam ser substituídos por outros menos onerosos, sem prejuízo da assistência e de técnicas necessárias. As trocas de dispositivos deverão obedecer a temporalidade determinada pela ANVISA em manuais técnicos.

A auditoria possui autonomia para requerer a complementação de informações ou de documentos necessários ao esclarecimento dos registros apresentados, a fim de melhor embasar sua análise.

Poderão ser aplicadas glosas a quaisquer itens ou eventos apresentados na conta, previamente autorizados ou não, caso não estejam prescritos, evoluídos ou tecnicamente justificados. Também deverão ser glosados, após a determinação pela gestão do BC Saúde, procedimentos, materiais e medicamentos relacionados a eventos adversos confirmados.

O auditor deverá sinalizar as contas analisadas, conforme orientações e normativos do BC Saúde.

O auditor se baseará nos documentos abaixo, apresentados pelo credenciado, conforme a pertinência:

- a) Guia de internação autorizada e assinada pelo beneficiário ou responsável;
- b) Identificação do paciente;
- c) Dados da internação: se urgência, emergência ou eletiva, diagnóstico, data da internação, entre outros;
- d) Prorrogações de diárias em formulário próprio do BC Saúde, assinado pelo auditor técnico concorrente, com discriminação da quantidade e do tipo de acomodação;
- e) Solicitação original de exames e de procedimentos, incluindo hemoderivados, com respectivos laudos;
- f) Evoluções, descrições e respectivas autorizações de procedimentos realizados, quando exigidas pela norma do BC Saúde;
- g) Autorização para medicamentos, concedida pela auditoria prévia, conforme regra do BC Saúde.
- h) Prescrição de medicamentos e de materiais, de alto custo ou não, e evidências de administração ou de utilização;
- i) Autorização, (concedida pelo auditor concorrente), prescrição e evolução das equipes multidisciplinares de fisioterapia, fonoterapia, nutrologia, terapia ocupacional, entre outros, conforme regras do BC Saúde;



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

- j) Descrição de uso de taxas e gases e evidência de execução dos demais serviços prestados;
- k) Evoluções da enfermagem, incluindo balanço hídrico e registros de Comissão de Feridas;
- l) Evoluções da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, em casos de isolamento ou de terapia antimicrobiana complexa (positivação para micro-organismo resistente, ferida operatória infectada, entre outros);
- m) Lacs originais de OPMEs e de materiais de alto custo, implantáveis ou não, contendo Registro ANVISA, lote e data de validade;
- n) Notas Fiscais de OPMEs, conforme regras do BC Saúde.

5.1.2. Relatório de Auditoria Hospitalar (RAH)

A finalização do processo de auditoria se dará com a emissão do Relatório de Auditoria Hospitalar (RAH), assinado pelos representantes do credenciado e da CONTRATADA, devendo obrigatoriamente conter:

- a) Dados do paciente;
- b) Período da internação ou da parcial;
- c) Tipo de acomodação;
- d) Valores apresentados pelo prestador, glosas aplicadas e valores liberados para pagamento:
 - i. Dos honorários;
 - ii. Das diárias
 - iii. Dos materiais e medicamentos;
 - iv. Dos exames;
 - v. Das Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPMEs;
 - vi. Dos gases; e
 - vii. Das taxas

5.2. AUDITORIA INTERNA DE CONTAS

A auditoria interna de contas é aquela que analisa tecnicamente as contas ambulatoriais que contenham materiais e medicamentos, não sujeitas a auditoria de contas in loco. A auditoria é realizada nas dependências do BC Saúde, por meio de análise documental, por equipe composta por postos fixos.

A avaliação da auditoria técnica interna deverá ser registrada em sistema fornecido pela CONTRATANTE.

5.2.1. Responsabilidades da auditoria interna de contas

A auditoria técnica interna de contas validará os itens em conformidade com as normas do BC Saúde, bem como aquelas estabelecidas pelos Conselhos Profissionais, pelas agências regulamentadoras de saúde, pelas tabelas contratadas e pelos respectivos Termos de Credenciamento.

A auditoria deverá validar o uso de materiais especiais descartáveis não associados a evento cirúrgico.

A falta de documentos ou de evidências para a adequada análise ensejará a glosa dos eventos ou a devolução da conta, conforme as normas do BC Saúde.



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

A auditoria avaliará a pertinência do uso de materiais e de medicamentos em conformidade com a necessidade técnica e com os princípios da economicidade e razoabilidade, podendo não validar o uso de determinados itens que poderiam ser substituídos por outros menos onerosos, sem prejuízo da assistência e de técnicas necessárias. As trocas de dispositivos deverão obedecer a temporalidade determinada pela ANVISA em manuais técnicos.

A adoção de protocolos, quando questionada pela auditoria, deverá ser validada pelo BC Saúde.

Poderão ser aplicadas glosas a quaisquer itens ou eventos apresentados na conta, previamente autorizados ou não, caso não estejam prescritos, evoluídos ou justificados tecnicamente.

O auditor se baseará nos documentos abaixo, apresentados pelo credenciado, conforme a pertinência:

- a) Guia TISS devidamente preenchida com identificação completa do profissional solicitante (nome e identificação no respectivo registro no conselho profissional, incluindo unidade federativa – ex: CRM, CRO, CREFITO), assinada pelo beneficiário ou responsável;
- b) Solicitação ou pedido médico com identificação completa do solicitante e do paciente;
- c) Identificação do paciente;
- d) Identificação do solicitante;
- e) Identificação do executante;
- f) Dados do atendimento: data da execução, horário, codificação, descrição do evento, quantidade, vias de acesso, natureza (se urgência, emergência ou eletivo) e diagnóstico;
- g) Solicitação de exames e de procedimentos, com identificação do solicitante, incluindo hemoderivados, com respectivos laudos;
- h) Evoluções, descrições e respectivas autorizações, quando exigidas pela norma do BC Saúde;
- i) Autorização para medicamentos e materiais de alto custo, conforme regras do BC Saúde;
- j) Prescrição, com identificação completa do solicitante, de medicamentos e de materiais, de alto custo ou não, e evidências de administração ou de utilização;
- k) Descrição de uso das taxas, gases e evidência de execução dos demais serviços prestados;
- l) Lacres originais (OPMEs e materiais de alto custo, implantáveis ou não), contendo Registro ANVISA, lote e data de validade;
- m) Notas Fiscais de OPMEs, conforme regras do BC Saúde;
- n) Descrição cirúrgica contendo os materiais utilizados (OPMEs e outros);
- o) Boletim anestésico;
- p) Evidências, relatórios e laudos que justifiquem a realização dos eventos.

5.3. AUDITORIA ADMINISTRATIVA DE CONTAS

A auditoria administrativa de contas é aquela realizada, por meio documental, com o objetivo de avaliar a conformidade das contas às normas administrativas exigidas pelo Programa e/ou pactuadas nos termos de credenciamento. A auditoria é realizada nas dependências do BC Saúde, por equipe composta por postos fixos.

A auditoria analisará tanto a apresentação de faturas originais, quanto os pedidos de reembolsos e recursos de glosas.

O fluxo de trabalho dos reembolsos será detalhado a seguir, no item 5.3.2.



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

As glosas aplicadas deverão estar em alinhamento com as normas do BC Saúde e deverão ser adequadamente justificadas.

A avaliação da auditoria administrativa de contas deverá ser registrada em sistema fornecido pela CONTRATANTE.

5.3.1. Análise pela auditoria administrativa de contas

São itens sujeitos à análise da auditoria administrativa de contas:

a) Assinatura ou identificação da guia:

i. Pelo beneficiário, sendo que no caso de eventos seriados deverá constar sua assinatura ao lado da data de cada sessão realizada;

ii. Pelo prestador executante;

iii. Pelo profissional solicitante, quando a guia for utilizada como prescrição;

iv. Declaração de realização de evento, em caso de atendimento por telemedicina.

b) Data do evento;

c) Solicitação de procedimentos/materiais/medicamentos/taxas, contendo:

i. Data;

ii. Identificação do solicitante (nome, número do registro no conselho de classe e unidade federativa);

iii. CID ou indicação clínica.

d) Codificação conforme tabela contratada;

e) Quantidade do evento e valor;

f) Autorizações, quando exigidas pela norma do BC Saúde.

Nas contas sujeitas a auditoria de contas in loco, acrescentam-se:

a) Prorrogações de diárias, em documento próprio, contendo o tipo de acomodação, informações sobre eventual isolamento, a assinatura do auditor técnico concorrente e do prestador;

b) Contas suja (fatura auditada, anterior à emissão do RAH) e limpa (fatura após o consenso entre auditorias);

c) Relatório de Auditoria Hospitalar – RAH;

d) Notas Fiscais de OPMEs, conforme regras do BC Saúde.

De posse da documentação integral requerida, a análise seguirá as regras das tabelas contratadas, conforme Termos de Credenciamento (ex.: vias de acesso, número de auxiliares, portes cirúrgicos, regras de horário especial, entre outros).

5.3.2. Processamento de Reembolsos.

Trata-se do conjunto de atividades para recebimento, análise e processamento de reembolsos, solicitados pelos beneficiários do BC Saúde, consistindo nas seguintes tarefas:

a) Classificação de protocolos abertos em sistema próprio da CONTRATANTE e devolução, nas hipóteses de desconformidade com os normativos do BC Saúde;

b) Digitação no sistema da CONTRATANTE de protocolos aptos a iniciarem o processamento;

c) Análise, avaliação dos documentos e da aderência às regras do Programa;



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL
Auditoria

- d) Enquadramento de códigos a serem reembolsados, conforme tabela do BC Saúde;
 - e) Justificativa para a rejeição de pedidos sem conformidade;
 - f) Finalização do processamento das solicitações de reembolso para disponibilização para pagamento aos beneficiários.
- Os analistas realizarão a análise documental, conforme norma do BC Saúde.

BACEN – Pregão 90017/2024 – Especificação Técnica

Gerência de Auditoria Interna e Processamento de Contas

6.22. Trata-se de componente responsável pela análise e processamento de todas as contas apresentadas ao BC Saúde. Suas atividades envolvem:

- 6.22.1. efetuar análise administrativa das contas;
 - 6.22.2. efetuar análise técnica das contas que contenham materiais e medicamentos e que não foram submetidas a auditoria externa (in loco);
 - 6.22.3. aplicar glosas, quando cabíveis;
 - 6.22.4. executar a análise e o processamento de recursos de glosas;
 - 6.22.5. efetuar o recebimento e o processamento de Notas Fiscais;
 - 6.22.6. efetuar análise e processamento dos pedidos de reembolsos, apresentados pelos beneficiários;
 - 6.22.7. ter domínio e conhecer detalhadamente a norma do BC Saúde, assim como manter a equipe treinada e atualizada.
- 6.23. A análise deve estar em conformidade com as normas do Programa e com orientações de entidades regulatórias brasileiras.
- 6.24. Os serviços devem ser realizados com o sigilo necessário em relação a informações e documentos acessados, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.
- 6.25. Também cabe à Gerência de Auditoria Interna e Processamento de Contas:
- 6.25.1. efetuar o monitoramento e o controle dos indicadores de produtividade e de eficiência;
 - 6.25.2. propor alterações nos fluxos de processos para melhoria dos índices;
 - 6.25.3. informar os gestores do Programa, quando identificados desvios relacionados a apresentação das contas;
 - 6.25.4. participar de reuniões com prestadores, beneficiários ou com outros componentes internos ou externos, sempre que requerido;
 - 6.25.5. colaborar com outras gerências;
 - 6.25.6. participar de projetos que envolvam o processamento de contas, quando requerido;
 - 6.25.7. executar outros serviços demandados, relacionados a atividade da gerência;
- 6.26. A Gerência de Auditoria Interna e Processamento de Contas estará organizada nos seguintes componentes:



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL
Auditoria

- 6.26.1. Processamento de Contas (CR1);
- 6.26.2. Processamento de Contas (CR2);
- 6.26.3. Livre Escolha;
- 6.26.4. Recurso de Glosa;
- 6.26.5. Assessoria Administrativa;
- 6.26.6. Assessoria Técnica.
- 6.27. As Supervisões de Processamento de Contas à rede credenciada (CR1 e CR2) têm as seguintes atribuições:
 - 6.27.1. analisar e processar as faturas apresentadas pela rede credenciada (médica, odontológica e multidisciplinares), conforme normas do BC Saúde e Termos de Credenciamento firmados;
 - 6.27.2. aplicar glosas, devidamente justificadas;
 - 6.27.3. identificar e comunicar desvios ou omissões nas contas analisadas;
 - 6.27.4. interagir de modo coordenado com outras supervisões e gerências;
 - 6.27.5. participar de reuniões com rede credenciada e/ou outros componentes, internos ou externos, quando requerido;
 - 6.27.6. ter domínio e conhecer detalhadamente a norma do BC Saúde, assim como manter a equipe treinada e atualizada.
- 6.28. As Supervisões de Processamento de Contas são divididas em duas, considerando a distribuição geográfica da rede credenciada do BC Saúde.
- 6.29. A Supervisão de Livre Escolha tem as seguintes atribuições:
 - 6.29.1. executar a abertura dos protocolos de pedidos de reembolso;
 - 6.29.2. codificar os itens solicitados, à luz da Tabela do BC Saúde;
 - 6.29.3. analisar dentro de suas atribuições a documentação apresentada para fins de reembolso;
 - 6.29.4. processar as solicitações de reembolso, conforme normas do BC Saúde;
 - 6.29.5. identificar e comunicar desvios ou omissões nos pedidos apresentados;
 - 6.29.6. interagir de modo coordenado com outras supervisões e gerências;
 - 6.29.7. participar de reuniões com beneficiários ou outros componentes, internos ou externos, quando requerido;
 - 6.29.8. ter domínio e conhecer detalhadamente a norma do BC Saúde, assim como manter a equipe treinada e atualizada.
- 6.30. A Supervisão de Recursos de Glosa tem as seguintes atribuições:
 - 6.30.1. analisar e processar os pedidos de recursos de glosas, conforme normas do BC Saúde e Termos de Credenciamento firmados;
 - 6.30.2. reconsiderar ou manter as glosas aplicadas, devidamente justificadas;
 - 6.30.3. identificar e comunicar desvios ou omissões nas contas apresentadas;
 - 6.30.4. interagir de modo coordenado com outras supervisões e gerências;



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL

Auditoria

6.30.5. participar de reuniões com rede credenciada ou outros componentes, internos ou externos, quando requerido.

6.30.6. ter domínio e conhecer detalhadamente a norma do BC Saúde, assim como manter a equipe treinada e atualizada.

6.31. A Assessoria Técnica tem as seguintes atribuições:

6.31.1. analisar e dar suporte a todas as necessidades da Gerência, Supervisores ou dos analistas de contas, relacionadas às respectivas áreas técnicas de atuação;

6.31.2. emitir relatórios, quando demandado;

6.31.3. dar apoio na elaboração de orientações técnicas, quando demandado;

6.31.4. participar de projetos do BC Saúde, relacionados às respectivas áreas técnicas (ex. normativos, manuais, orientações);

6.31.5. participar de reuniões com rede credenciada ou outros componentes, internos ou externos, quando requerido.

6.32. A Assessoria Administrativa tem as seguintes atribuições:

6.32.1. dar apoio à Gerência e seus componentes nas demandas administrativas;

6.32.2. receber, controlar e efetuar a baixa de Notas Fiscais;

6.32.3. digitar documentos demandados pela Gerência;

6.32.4. elaborar pesquisas ou conferências demandadas pela Gerência;

6.33. O nível de serviço estabelecido para essa Gerência é de finalização dos processos em até 30 dias, a partir do recebimento integral (XML e/ou documentos estabelecidos nos normativos e manuais do BC Saúde) dos Protocolos de Entrega de Guias (PEGs), incluindo recursos de glosas e pedidos de reembolso.

SIS – Pregão Eletrônico 53/2020 – Anexo 2 - Especificações Detalhadas e Locais de Execução dos Serviços

Macroprocesso: FATURAMENTO E PROCESSAMENTO DE CONTAS			
Item	Subprocesso	Serviço	Local de prestação dos serviços (Senado/ Externo)
11	Processamento de contas	Proceder às rotinas necessárias em <i>software</i> próprio do Senado para encaminhar as faturas para o setor de pagamento	Senado
		Análise de faturas enviadas via portal do Senado pelos prestadores, periciando e auditando esse processo.	Externo
		Análise fiscal e tributária para validação do documento fiscal, conciliação e digitação em <i>software</i> próprio do Senado.	Externo
		Análise técnica de casos individuais de acordo com as regras de negócio para processamento de contas. Analisar eventuais recursos, solicitar complementação de informações junto aos prestadores.	Externo
		Devolução ao credenciado de PEG/Guias TISS e/ou documento equivalente que o substitua por falha do credenciado (faturas incompletas e/ou inconsistentes) detectadas no ato da análise administrativa com respectiva operacionalização em <i>software</i> próprio do Senado	Externo





SENADO FEDERAL
Auditoria

	Devolução/Recusa aos credenciados dos documentos fiscais e tributários inconsistentes com devida operacionalização em <i>software</i> próprio do Senado	Externo
	Digitalização dos documentos fiscais e inclusão destes em <i>software</i> próprio do Senado	Externo
	Efetuar contato com os credores para prestação de informações de valores devidos	Externo
	Encaminhamento de Informativo de Glosa via e-mail aos credenciados e anexa-los em <i>software</i> próprio do Senado	Externo
	Geração de relatórios fiscais, tributários e contábeis em <i>software</i> próprio do Senado	Externo
	Manter arquivo das faturas protocolizadas, digitalizadas, digitadas, conferidas, auditadas e organizadas por protocolo/PEG/Recibo de transmissão eletrônica e por data de finalização da conferência/auditoria em caixas, e devidamente inventariadas, para posterior envio ao arquivo permanente do Senado, conforme orientações e/ou normas do Senado	Externo
	Recepção, protocolização, higienização, digitalização, digitação, conferência, auditoria, transmissão, tratamento das críticas, tratamento do movimento inconsistente, lançamento das glosas e anexar documentos em <i>software</i> próprio do Senado para faturas físicas	Externo
	Recepcionar e protocolar PEG/Guias	Senado
	Recolhimento da documentação	Senado
	Revisão de faturas em segunda instância	Externo
	Revisão de glosas e lançamento em <i>software</i> próprio do Senado	Externo

6. CONCLUSÃO

Na Nota Informativa em tela, foram abordadas informações relevantes sobre o tratamento das atividades de processamento de contas na gestão do plano de saúde, com base na análise dos editais de outros órgãos públicos que tratam do mesmo objeto

O objetivo central da Nota é fornecer aos gestores do plano de saúde do Senado Federal os subsídios necessários para o estudo e a elaboração do Termo de Referência do próximo processo licitatório.

Nesse contexto, abordou-se a relevância do planejamento licitatório adequado, a qualificação dos profissionais envolvidos, informações gerenciais relevantes e a previsão dos instrumentos de medição de resultados. Além disso, enfatizou-se as atividades relacionadas ao processamento de contas como parte desse conjunto de informações essenciais.

Ademais, além da relevância do tratamento adequado na licitação das atividades de processamento de contas, destaca-se a importância da gestão de riscos nesse contexto específico. Ao considerar os riscos associados a essas atividades, é possível adotar medidas preventivas e corretivas para mitigar





SENADO FEDERAL
Auditoria

impactos negativos. A análise criteriosa dos riscos também contribui para a tomada de decisões assertivas durante todo o ciclo de contratação.

Por fim, vale ressaltar que a Nota Informativa por esta unidade não impõe, recomenda ou sugere a adoção das práticas descritas. A decisão sobre a implementação cabe aos responsáveis pelo plano de saúde do Senado Federal.

7. REFERÊNCIAS

Ato da Diretoria-Geral nº 14/2022 – Senado Federal – Disponível em [ADG 14/2022 \(senado.leg.br\)](#). Acesso em julho 2024.

Editais do Pregão Eletrônico ADCUR nº 90017/2024 [Edital pregão 90017/2024 \(bcb.gov.br\)](#). Acesso em julho 2024.

Editais do Pregão Eletrônico nº 053/2020 – Senado Federal - [Minuta-padrão \(senado.gov.br\)](#). Acesso em julho 2024.

Editais do Pregão Eletrônico nº 84/2021 – Câmara dos Deputados. Disponível em [PE /10 \(camara.leg.br\)](#) . Acesso em julho 2024.

Editais do Pregão Eletrônico nº 119/2022 – STJ – Disponível em https://www.stj.jus.br/administrativo/ex/editais/documento/ler/?aplicacao=licitacoes.documentos&acao=verarquivo&nome_arquivo=pe11922edital.pdf&seq_documento=8173. Acesso em julho 2024.

L14133. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em julho 2024.

SEAUDGEP, 02 de agosto de 2024.





SENADO FEDERAL
Auditoria

(Assinado eletronicamente)

JOÃO VICENTE DA ROCHA
PESSOA

**Consultor-líder da equipe de
Consultoria interna da COAUDGEP**

(Assinado eletronicamente)

BRENO GOMES DA SILVA
MESQUITA

**Consultor técnico-gerencial da
equipe de Consultoria interna da
COAUDGEP**

(Assinado eletronicamente)

DIOGO BRITO DE MENDONÇA

**Consultor técnico da equipe de
Consultoria interna da COAUDGEP**

(Assinado eletronicamente)

FELIPE FRANKLIN BOMFIM DA
SILVEIRA

**Consultor técnico da equipe de
Consultoria interna da
COAUDGEP**

(Assinado eletronicamente)

MÁRCIO TAVARES SEIXAS

**Consultor técnico da equipe de
Consultoria interna da
COAUDGEP**



AUDITORIA
SENADO FEDERAL





SENADO FEDERAL
Auditoria

NOTA INFORMATIVA Nº 02/2024 – SEAUDGEP/COAUDGEP/AUDIT/SF

ÓRGÃO DEMANDANTE: COASIS

Referência: Consultoria SIS

Assunto: Consolidação das memórias de reuniões realizadas no contexto da consultoria ao SIS

1. ASPECTOS PRELIMINARES

Trata-se de Nota Informativa em resposta à solicitação do Órgão Demandante, consistente na consolidação das memórias de reuniões de *benchmarking* realizadas pela equipe de auditoria no contexto da consultoria ao SIS.

As reuniões foram realizadas em duas etapas. A primeira delas com o intuito de subsidiar o entendimento geral sobre o segmento de planos de saúde de autogestão, e a segunda com o objetivo de levantar informações relacionadas à rotina de processamento das contas das respectivas instituições consultadas.

Cabe ressaltar que os dados e informações gerais sobre cada instituição apresentados abaixo foram coletados a partir de relatos dos entrevistados, com a suficiência necessária para os objetivos propostos na consultoria. Desta forma, não foram objeto de validação específica e não configuram opinião da equipe de auditoria. No mesmo sentido e em observância à Lei Geral de Proteção de dados (LGPD), não incluímos os nomes dos entrevistados na presente Nota.





SENADO FEDERAL
Auditoria

2. EXPOSIÇÃO

Benchmarking realizado com a CASSI, autogestão do Banco do Brasil, em 08 de março de 2024:

Histórico

A Cassi surgiu como Instituto por categoria, organização interna dos próprios funcionários do Banco do Brasil, permaneceu dessa forma até a década de 70, momento em que o governo brasileiro encerrou as atividades dos institutos por categoria e criou o INPS para centralizar os serviços de saúde.

Em razão de problemas de atendimento, o Banco do Brasil decidiu novamente organizar os serviços de saúde de seus funcionários e, a partir de 1971, a Cassi passa a ser gerida e pertencer a estrutura do próprio banco. Essa organização perdurou até 1996, ano em que a Cassi se separou da estrutura do Banco do Brasil e passou a gerir suas atividades de forma mais autônoma.

Até o momento de separação, os responsáveis pelo credenciamento de novos agentes de saúde eram os gerentes de agência de cada região e os responsáveis pelo pagamento dos credenciados eram os Centros de Processamento do Banco do Brasil pelo país.

Passado esse momento, a Cassi realizou um movimento de centralização e profissionalização das etapas de credenciamento e pagamento, montando uma grande estrutura organizacional, sendo boa parte estabelecida no estado de São Paulo.

Contudo, o histórico da Cassi justifica a grande capilaridade da rede de credenciados que se mantem até os dias de hoje

Situação atual

A partir de 1996, a Cassi passou a ter gestão própria da estrutura de saúde do Banco do Brasil. Contudo, a paridade na direção da Cassi ainda é preservada: o Banco do Brasil indica a metade dos diretores, conselheiros e fiscais.

A Cassi possui uma estrutura robusta de credenciados, altamente capilarizada e cada vez mais tecnológica. Ademais, utiliza-se do grande potencial de inovação, processamento e suporte do Banco do Brasil para alavancar as atividades da empresa.





SENADO FEDERAL

Auditoria

Esse processamento se efetiva por meio do uso da estrutura de TI e data center que o Banco do Brasil possui para tratamento dos dados e transações dos mais de 800 mil associados da Cassi.

Destaca-se que essa estrutura é utilizada de forma a possibilitar maior controle da Cassi sobre os seus credenciados e operadores. A empresa concentra as atividades de auditoria prévia e posterior, meio pelo qual pode definir regras e padrões de qualidade que poderão ser posteriormente validados e acompanhados pela própria empresa.

Ademais, adota estratégias para garantir maior controle da qualidade como a centralização das compras de insumos médicos por meio de área comercial interna, a contratação de serviços “por pacote” e o atendimento por meio de clínicas geridas pela própria Cassi. A contratação “por pacote” é escolhida pela facilidade de negociação e transação, apesar de não importar diferença financeira significativa para a Cassi; e as clínicas representam economia e controle para a Cassi, ao mesmo tempo que proporcionam facilidade para os associados que passam a encontrar atendimento de diversas áreas médicas em um mesmo lugar.

Para garantir que a qualidade do serviço seja mantida pelos credenciados, a Cassi adota adicionalmente sistema de auditoria concorrente executada por quatro empresas diferentes. As empresas são contratadas por meio de processo análogo à licitação pública, todavia, por não estar vinculada ao regime público, a Cassi pode desenvolver processos de contratação em que a excelência das empresas de auditoria é fator determinante em detrimento do melhor preço oferecido.

A auditoria concorrente tem um importante papel na gestão da qualidade dos serviços oferecidos pela Cassi, uma vez que é por meio desse processo que os desvios que acontecem in loco são identificados e reportados para a empresa.

Como sistema de gestão empresarial, a Cassi utiliza o software Benner como principal ferramenta. Contudo, ressalta-se que a versão do Benner utilizada pela empresa é uma versão customizada e otimizada ao longo dos anos para uso específico da Cassi.

Quanto à checagem administrativa de autorizações, contrataram a empresa Orizon para fazer o processamento das demandas. A Orizon lida com as solicitações recebidas pela Cassi e é remunerada de acordo com o número de solicitações processadas. A depender do nível de autorização, usa-se a estrutura interna de central de serviços, essa estrutura foi apontada com um diferencial da Cassi, pois a empresa vem investindo cada vez mais em Inteligência Artificial (IA) para resolver de forma mais rápida e econômica esse tipo de demanda. Acreditam ser possível conquistar uma economia significativa nos gastos dessa etapa com o uso da IA. Por fim, os casos mais complexos de autorização que não puderem ser resolvidos nas etapas anteriores são analisados e resolvidos em nível de gerência.





SENADO FEDERAL

Auditoria

Frisa-se que a grande estrutura da Cassi e os recentes desenvolvimentos em Tecnologia da Informação e IA são fatores que aumentam o interesse da empresa em expandir o alcance de suas ações. Pontuou-se que a capacidade de gestão e atendimento da rede estão subutilizados e que, em um cenário de crescente aumento de custos médicos, é importante para a Cassi aumentar o seu número de associados.

Nessa linha, mencionou-se o crescente interesse da Cassi em expandir o número de acordos de reciprocidade firmados e foi destacada a capacidade de gerir tais acordos. De acordo com a Cassi, o modelo de acordo de reciprocidade está bem consolidado na estrutura da empresa, que conta com grandes contratos no setor público.

Benchmarking realizado com a CASEC, autogestão da CODEVASF, em 13 de março de 2024:

Assuntos abordados

A Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF (CASEC) é o plano de autogestão dos funcionários da CODEVASF. A CASEC é uma empresa de personalidade jurídica de direito privada que atua há mais de 20 anos no mercado de saúde. Conta com 4.464 beneficiários e 617 prestadores credenciados.

A equipe presente na reunião expressou a importância de manter uma estrutura interna para evitar custos excessivos com aluguéis externos. Destacou-se que, apesar de trabalharem dentro das instalações da CODEVASF, são independentes da empresa em termos de administração do plano de saúde. A CASEC recebe valores da CODEVASF com base em um contrato de adesão e os administra de acordo com as informações fornecidas sobre os custos e o número de pessoas ativas e dependentes legais.

A administração do plano de saúde é realizada internamente por uma equipe enxuta e externamente pela empresa contratada Salutis - Consultoria e Administração em Saúde. Opta-se pela descentralização da maior parte dos serviços envolvidos.

A Salutis presta serviço de BPO - Business Process Outsourcing (Terceirização de Processos de Negócios) envolvendo os processos de gestão de beneficiários, rede credenciada, regulação e pagamentos.

Foi mencionado que a empresa possui um contrato mensal com a Salutis que inclui uma taxa de administração por beneficiário. Destacou-se a competência da Salutis em lidar com as demandas e reduzir custos. De acordo com o Relatório de Atividades compartilhado pela CASEC com a equipe de auditoria, a Salutis gera uma economia de cerca de 7% dos valores gastos





SENADO FEDERAL

Auditoria

com pagamentos de despesas. Essa economia sozinha justifica a contratação da empresa pela CASEC, uma vez que se assemelha ao valor total do contrato.

O trabalho de auditoria dos gastos é realizado somente pela Salutis, a CASEC não conta com um sistema de contra-auditoria estabelecido. Contudo, a empresa reconheceu a importância desse tipo sistema e disse estar trabalhando em opções para tal.

Durante a conversa, foram mencionadas diversas empresas e experiências passadas com operadoras de planos de saúde, enfatizou-se a importância de escolher uma empresa confiável e experiente para evitar problemas no futuro. No caso da CASEC, além do contrato com a Salutis, foram estabelecidos convênios de reciprocidade com a CASSI, CAMED e UNIMED para estender a rede de saúde e atender plenamente os beneficiários do plano.

Ressaltou-se a importância da formação profissional e da colaboração com organizações como a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) para manter-se atualizado com as melhores práticas do mercado de saúde.

Apontou-se o modelo de autogestão como a opção mais eficiente para casos como o do Senado e da CODEVASF, pois preserva-se autonomia e evita-se problemas com operadoras externas. No entanto, salientou-se a necessidade do SIS de manter profissionais capacitados e formação adequada para garantir o sucesso da autogestão.

Sobre esse tema, cabe o detalhamento sobre as modalidades de autogestão previstas no art. 2º. da Resolução Normativa – RN n. 137, de 2006, e suas alterações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a saber:

- a) pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seus (i) sócios da pessoa jurídica, (ii) administradores e ex-administradores da entidade de autogestão, (iii) empregados e ex-empregados da entidade de autogestão, (iv) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão, (v) pensionistas dos beneficiários descritos nos itens anteriores, e (vi) respectivos grupos familiares até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos anteriormente;
- b) pessoa jurídica de direito de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos (i) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora, (ii) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora, (iii) ex-empregados e ex-





SENADO FEDERAL

Auditoria

servidores da entidade pública patrocinadora, (iv) pensionistas dos beneficiários descritos nos itens anteriores; (v) sócios ou associados da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão, (vi) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; (vii) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora; (viii) pensionistas dos beneficiários descritos no itens anteriores; (ix) respectivos grupos familiares até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos anteriormente;

- c) pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor, e aos seguintes beneficiários: (i) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão, (ii) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão, (iii) pensionistas dos beneficiários descritos nos itens anteriores, (iv) respectivos grupos familiares até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos anteriormente.

Benchmarking realizado com a UNIDAS, União Nacional Instituições Autogestão em Saúde, em 21 de março de 2024:

Assuntos abordados

A reunião foi bastante detalhada e abordou uma ampla gama de tópicos relacionados à gestão de planos de saúde. Amanda, Gerente Executiva da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), expressou a intenção de fornecer uma visão geral sobre autogestões em saúde e esclarecer as questões da equipe de auditoria.

Durante a conversa, foi apontado que a UNIDAS atende apenas associados e presta serviços tanto para entidades públicas quanto privadas. Entre essas, conta com empresas filiadas reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e outras não reguladas pela ANS. Enfatizou-se a complexidade do setor de saúde e a necessidade de apoio para lidar com seus desafios.

Foi destacado que as autogestões têm cerca de 8% do mercado de saúde suplementar, com aproximadamente 4 milhões de vidas. Apesar de representarem uma pequena parcela em termos de vidas, têm uma participação significativa em termos de prestação de serviços de saúde.





SENADO FEDERAL

Auditoria

As autogestões têm uma população envelhecida, o que resulta em um maior consumo de recursos de saúde. No entanto, oferecem vantagens em termos de retenção de talentos e produtividade para as empresas mantenedoras.

Foram compartilhados exemplos de empresas que implementaram autogestões e obtiveram economias significativas, destacando a importância de ter uma rede própria credenciada e uma gestão eficiente dos serviços de saúde. Destacou também, a implementação do atendimento por meio de medicina própria, sobre a qual, sem referenciar qual a autogestão, informou que houve uma economia de 8% com gasto de pessoal.

Durante a reunião, foram apresentados produtos e serviços da UNIDAS, discutidas estratégias para melhorar o desempenho e a governança corporativa das filiadas, maximizar o portfólio de produtos e serviços e expandir o relacionamento com os clientes.

Quanto aos produtos e serviços oferecidos pela UNIDAS, foram destacadas várias iniciativas, como o escritório de valor, que visa estabelecer programas de BBHC (Benefícios Baseados em Valor para Saúde); o UNIDAS BI, uma plataforma de inteligência de negócios para análise de dados de utilização de serviços, embora tenha apontado que a plataforma se encontra suspensa em razão dos desafios em receber informações atualizadas das operadoras; o Clube de Serviços UNIDAS, reformulado recentemente para oferecer uma vitrine de soluções a preços acessíveis, principalmente para operadoras de pequeno porte; e a oferta, pela Unidas, de educação continuada.

Outro ponto detalhado foi a atuação das 14 comissões técnicas ativas na UNIDAS, abrangendo uma ampla gama de áreas, desde comunicação até inovação e tecnologia. A Unidas oferece assessoria jurídica, tributária e de relações governamentais para suas filiadas, além de facilitar a troca de informações entre elas por meio de comissões técnicas. Destacou-se a importância do suporte jurídico tributário oferecido pela UNIDAS, bem como as ações em andamento junto ao CADE (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) e em questões tributárias.

A discussão também abordou a necessidade de benchmarking e análise preditiva na gestão de planos de saúde, mencionando empresas como GoCare e Carefy que oferecem soluções nesse sentido. Questões relacionadas à auditoria e controle interno também foram levantadas, sugeriu-se a realização de uma enquête nacional para entender indicadores comuns às operadoras.

Por fim, a representante da UNIDAS compartilhou informações sobre o mapa de maturidade do setor, elaborado pela comissão de governança, e destacou a importância das resoluções normativas da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para garantir uma gestão eficaz dos planos de saúde, ressaltando a Resolução Normativa nº 518, de 29/04/2022, que “Dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em





SENADO FEDERAL

Auditoria

controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de planos de assistência à saúde”.

Benchmarking realizado com o Pro-TCU, Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Tribunal de Contas da União, em 02 de abril de 2024:

Assuntos abordados

Trata-se de memória de reunião realizada em 02/04/2024, no âmbito do Programa de Saúde do Tribunal de Contas da União (Pro-TCU), que teve por finalidade analisar e conhecer as melhores práticas de gestão do Programa, de forma a agregar valor à consultoria prestada pela SEAUDGEP ao SIS.

Preliminarmente, define-se o Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do TCU (Pro-TCU) como uma pessoa jurídica de direito privado, instituída sob a forma de associação civil de fins não econômicos, que tem por finalidade assegurar a prestação de assistência médica, hospitalar, ambulatorial e odontológica aos associados e seus dependentes. O Pro-TCU tem sede e foro em Brasília/DF, atuando em todo o território nacional.

De acordo com o Estatuto, são órgãos da estrutura administrativa do Pro-TCU: I – Assembleia Geral; II Conselho Direto; e III – Conselho Fiscal. Dentre esses, os órgãos citados em I e II são responsáveis pela administração do Programa. Destaca-se, ainda, que o Conselho Diretor do Pro-TCU é presidido pelo Secretário-Geral de Administração do TCU.

Inicialmente, a reunião se daria apenas com a Sra. Gerente Executiva do Pro-TCU. Entretanto, de maneira não programada, a Sra. Gerente nos levou ao Sr. Secretário-Geral de Administração do TCU, que preside o Conselho Diretor do Pro-TCU. De forma breve, o Sr. Diretor nos apresentou uma visão geral sobre o Programa de Saúde do TCU.

O TCU operou com a autogestão até 1999. Atualmente, o modelo de negócio adotado para a assistência à saúde de seus servidores consiste na utilização do sistema de rede credenciada. O servidor, por intermédio do Pro-TCU ou de forma direta, contrata o plano de sua preferência e o TCU o reembolsa de acordo com uma tabela, cujos valores variam de acordo com o cargo e têm como limitação o orçamento aprovado para o ano. O Pro-TCU aceita ativos, inativos e pensionistas.

O ressarcimento é definido, o plano contratado pelo servidor não. O servidor que quiser mais cobertura paga do próprio bolso. Inclusive, durante a conversa, foi relatado que o TCU está enfrentando problemas para atender às suas autoridades, o que fez com que o órgão procurasse opções mais completas no mercado. A partir disso, estudaram a possibilidade de serem





SENADO FEDERAL

Auditoria

atendidos pelo SIS, mas não houve avanço. Além deste, analisaram dos modelos de gestão do TST e do STF.

Conforme abordado na reunião, o sistema de gestão atualmente adotado é de simples administração e pouco oneroso, principalmente se comparado a uma autogestão, que não raro precisa de aportes da União e contam com custos “fantasmas”, uma vez que a estrutura e os salários dos servidores são pagos pelo Governo Federal.

Após a breve conversa com o Sr. Diretor, a equipe se reuniu somente com a Sra. Gerente Executiva, com o objetivo de conhecer mais a fundo a forma de atuação do Pro-TCU. Primeiramente, a Sra. Gerente nos informou que, em decorrência da forte terceirização, a direção de saúde do TCU tem atuado com um quadro bem reduzido. A operacionalização do programa de saúde do órgão é realizada pelo Pro-TCU, o qual conta hoje com aproximadamente 8.000 (oito mil) vidas.

O Pro-TCU é uma associação civil desvinculada do TCU, conta com personalidade jurídica própria e tem, dentre as possíveis fontes de recursos para o seu orçamento, as contribuições provenientes dos associados. Essas contribuições consistem numa taxa administrativa cobrada dos beneficiários, mensal e per capita, atualmente no valor de R\$ 20,00 (vinte reais).

De acordo com a Sra. Gerente, nem sempre os reajustes dos planos de saúde são acompanhados de reajustes nos auxílios saúde pagos pelo TCU, inexistindo vinculação entre um e outro. Além disso, foi pontuado que o TCU só faz a cobrança do plano em folha, caso o servidor tenha optado por um dos planos ligados ao Pro-TCU.

O Programa possui contrato com três operadoras de planos de saúde: 1 - Bradesco, 2 - AMIL; e 3 - Seguros UNIMED. O processo de contratação tem periodicidade anual e é realizado diretamente entre o Pro-TCU e a prestadora de serviços. A negociação anual para a contratação dos planos é norteadas por três critérios principais, elencados por ordem de importância: 1 - Abrangência nacional; 2 - Plano com possibilidade de reembolso; e 3 - Preço. A contratação é feita por meio de convite às empresas do mercado, ou seja, não precisa de licitação.

Destaca-se, assim, o principal papel da associação, que é a de intermediadora da relação entre os servidores beneficiários e as operadoras de planos de saúde. O Pro TCU faz a interface com os planos, desde o processo de negociação de preços até o acompanhamento das práticas dos planos de saúde quando do atendimento aos beneficiários.

No entanto, o Pro-TCU não lida diretamente com aspectos regulatórios do plano. Toda a parte de credenciamento e glosa, por exemplo, é feita com a operadora de plano de saúde. Não obstante, o Programa conta com prestação de serviços jurídicos, contábeis e de sistemas, todos terceirizados.





SENADO FEDERAL

Auditoria

Em contrapartida, a associação tem poder de deliberar e aprovar procedimentos eventualmente negados pelo plano de saúde.

Ao ser questionada acerca da possibilidade de oferecer mais opções de planos aos beneficiários, a Sra. Gerente informou que o número reduzido de operadoras possibilita ao Pró-TCU um melhor controle de qualidade, visto que a sua equipe é composta por apenas oito pessoas, dentre os quais nenhum é servidor da casa. Estuda-se a possibilidade de alocar um servidor como intermediário entre o Tribunal e o Pro-TCU, ante à necessidade de aproximação entre a associação e o órgão.

A equipe de auditoria indagou à Sra. Gerente sobre o controle da atuação das operadoras contratadas para operar junto ao Pro-TCU. Ela nos informou sobre o Pro TCU Care, que se trata de uma auditoria posterior realizada pela empresa Carelink desde 2019, responsável por conferir e monitorar questões como o credenciamento, as internações e situações anormais autorizadas pela prestadora do plano.

Benchmarking realizado com o Pró-Ser, autogestão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), em 09 de abril de 2024:

Assuntos abordados

Refere-se à memória de reunião realizada em 09/04/2024, entre a SEAUDGEP e a Pró-SER/STJ, como parte dos trabalhos iniciais de entendimento do objeto, de forma a agregar valor à consultoria prestada pela SEAUDGEP ao SIS.

Após um breve preâmbulo realizado pelo Sr. Coordenador da COAUDGEP, no qual apresentou os demais participantes da SEAUDGEP e a finalidade da reunião com a Pró-SER, o Auditor líder tratou de conduzir o início da reunião por meio da apresentação de um histórico do SIS. Ato contínuo, a representante do Pró-SER prosseguiu com uma explanação geral de como funciona o programa de saúde do STJ.

O Programa de Assistência aos Servidores do Superior Tribunal de Justiça - PRÓ-SER é uma autogestão criada em 1992 que tem por finalidade oferecer aos seus usuários um plano de proteção e recuperação da saúde e de benefícios sociais, por meio das assistências médico-hospitalar, ambulatorial e odontológica, prestadas de forma direta ou indireta aos beneficiários.

Primeiramente, a representante do Pró-SER informou que o Pró-SER, que possui por volta de 10.500 vidas, conta com um atendimento direto aos beneficiários, tanto de forma programada – consulta –, quanto de maneira emergencial, uma vez que conta com médicos especialistas em determinadas





SENADO FEDERAL

Auditoria

áreas. No tocante à assistência indireta, esta é prestada por meio do plano de saúde, fazendo uso da rede credenciada ou mediante reembolso.

Relatou-se que o Programa possui dois editais de credenciamento, sendo um para a prestação no Distrito Federal realizado diretamente com o STJ por meio de sua autogestão, e outro de âmbito nacional operacionalizado pela Unimed Central Nacional, empresa contratada pelo órgão para prestação de assistência nos demais estados da federação. Ademais, estima-se aqui no DF um total de 500 credenciados na área médica e 300 na área odontológica.

Nas prestações realizadas pela Unimed, utiliza-se a tabela desta empresa para com os prestadores. Já nos contratos diretos, diferentemente, a Pró-SER adota uma tabela própria dos prestadores reconhecidos como de alto custo/padrão, e outra tabela geral para os demais parceiros.

Adiante, o Auditor líder questionou sobre a estrutura do Pró-SER. A representante do Pró-SER respondeu que o Programa é subordinado à Secretaria de Serviços de Saúde do STJ e é dividido em 5 seções: 1 – Regulação e Cadastro de Beneficiários; 2 – Gestão Financeira; 3 – Credenciamento; 4 – Processamento de Despesas Médicas; e 5 - Processamento de Despesas Odontológicas. Além disso, nos informou que o Pró-SER é composto em sua grande maioria por servidores do próprio STJ e que o trabalho de auditoria é terceirizado, serviço hoje desempenhado pela empresa Audicare, de maneira prévia e a posteriori.

Quanto à estrutura de pessoal, foi dito que o Pró-SER é composta por 34 pessoas e a servidora do STJ informou que os gestores das seções estão lotados já há algum tempo. Contudo, existe uma rotatividade entre os demais servidores devido principalmente à especificidade do trabalho. Da mesma forma, outro motivo que causa evasão de servidores do Pró-SER é o desejo de atuar na área fim do STJ, que é a área do Direito.

No tocante ao treinamento e capacitação, o Programa procura manter fluxos de trabalho atualizados, com processos pré-definidos e ajustados para passar aos novos servidores, que normalmente não possuem conhecimento algum dessa área tão complexa e específica que é a da saúde.

Passou-se a tratar sobre a contratação da Audicare para prestação de serviços de auditoria ao Pró-SER/STJ. O contrato celebrado (CT 02/2023 – Pregão 119/2022) é pelo prazo de 12 meses, podendo ser prorrogado por igual período, para serviços de análises prévia, concomitante e a posteriori. Trata-se da terceira empresa contratada para a prestação do serviço, após a Qualirede e Benner. Até o ano de 2009, existia um contrato com a Audicare no modo “posto de trabalho”; atualmente, o contrato trata de prestação de serviços ao Pró-SER.

O Edital de contratação da prestação do serviço de auditoria, conforme relatado, trouxe todas as especificidades importantes ao trabalho do Pró-





SENADO FEDERAL

Auditoria

SER, fundamentadas na necessidade prática de melhoria observada pelo Programa. Consta no documento a as especificações das qualificações do profissional prestador (médico com algum curso de formação pós-graduação ou 2 anos de prática), prazos estabelecidos dentro de cada atividade, dentre outros.

Concomitante à análise dos pagamentos e de glosa mensais realizados à contratada por meio do software Benner e de informações recebidas pelo processo SEI, existe uma fiscalização e um controle quantitativo/qualitativo por parte das 5 seções do Pró-SER que avaliam o desempenho da prestadora de serviços da empresa responsável pela auditoria. Com base nos resultados apurados nesse processo, o Pró-SER avalia a performance da contratada e a possibilidade de renovação ou não do contrato.

Ressaltou-se, ainda, que essa avaliação não é estruturada, cada seção a faz com base em seus parâmetros definidos. Além disso, o Benner possui algumas customizações para uso pelo Pró-SER, em virtude do Programa não se submeter às normas da ANS. Apesar de não existir um treinamento específico para o uso do Benner, a representante do Pró-SER informou que eles possuem manuais de elaboração própria que são passados aos novos servidores do setor. Por fim, destacou que não há uso e nem projeto para implementação de IA nas atividades do Programa.

Em suma, a Pró-SER demonstra estar satisfeita com o serviço prestado pela empresa Audicare. Entretanto, algumas questões como as glosas de faturamento, home care e qualificação profissional são pontos passíveis de melhoria.

Por fim, a representante do Pró-SER pontuou a importância de definir bem as especificações requeridas no edital de contratação, desde que seja algo que o mercado possa oferecer. Destacou a necessidade de ter uma estrutura interna bem definida, processos bem estruturados e papéis delimitados, pois com a adoção dessas medidas foi possível melhorar a gestão do Pró-SER.

Benchmarking realizado com a CASSI, autogestão do Banco do Brasil, em 16 de maio de 2024:

Assuntos abordados

O Auditor líder abriu a reunião com a Cassi explanando o histórico do SIS e as razões e expectativas que motivaram o benchmarking. A Cassi relatou que os pagamentos passam por diversas etapas, dentre as quais, a estratégia, a inteligência e, por fim, uma auditoria. A auditoria desempenha um papel importante na gestão dos pagamentos e na garantia da eficiência dos serviços de saúde oferecidos pela Cassi.





SENADO FEDERAL

Auditoria

A estrutura da empresa é composta por várias auditorias, tanto contratadas, como internas. A análise de contas é automatizada (feita pelo sistema), mas a maior parte das glosas é processada de forma parametrizada.

Relatou-se o Caderno ANS é uma ferramenta essencial. Ele permite verificar glosas iniciais e finais, garantindo a precisão das análises. As glosas técnicas, por sua vez, são revertidas exclusivamente pela auditoria técnica interna.

A centralização da análise de contas é outra prática adotada pela Cassi. A equipe de auditoria analisa as contas de forma centralizada, com a finalidade de garantir consistência e eficácia. Apesar das auditorias contratadas, a Cassi acredita que não é possível depender exclusivamente delas. A maior parte da auditoria deve ser conduzida internamente, valorizando a permanência na equipe e a especialização dos profissionais.

A automatização é um pilar da auditoria na Cassi. Trilhas de auditoria são personalizadas, e busca-se uma constante evolução do Sistema em colaboração com o time da Benner. Idealmente, grande parte do processo de trabalho, da autorização até a contra-auditoria deve rodar de modo mais automatizado possível. À medida que novos padrões são identificados, busca-se incluir regras no sistema ou, se não for possível, atuar com base em análise de dados.

A ordem de análises segue uma lógica: primeiro a administrativa e, em seguida, a técnica. Os auditores técnicos trabalham com metas. Ainda assim, contratam a empresa Orizon para gestão de dados.

A equipe de auditoria é composta por 15 auditores técnicos, incluindo 3 médicos. Treinamentos, manuais e normas bem estabelecidos garantem uma gestão do conhecimento robusta, e a contratação de profissionais com conhecimentos abrangentes é valorizada. A expertise em dados foi especialmente ressaltada. A seleção mesmo para profissionais da área de saúde busca competências na área de análise de dados.

A reversão de glosas é uma prioridade. A equipe trabalha para diminuir o número de glosas, para que as análises sejam alinhadas e precisas. Há uma atenção especial aos gastos com internação e outros itens de alto valor, visto que contribui para a eficiência financeira. Estudos amostrais e indicadores de qualidade orientam as ações da equipe. A gestão da Cassi destacou, ainda, o foco em indicadores de qualidade.

Benchmarking realizado com o Pró-Ser, autogestão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), em 16 de maio de 2024:





SENADO FEDERAL

Auditoria

Assuntos abordados

Refere-se à memória de reunião realizada em 16/05/2024, entre a SEAUDGEP e a Pró-SER/STJ, como parte dos trabalhos iniciais de entendimento do objeto, de forma a agregar valor à consultoria prestada pelo SEAUDGEP ao SIS.

Após um breve preâmbulo realizado pelo Auditor líder, no qual apresentou os demais participantes da SEAUDGEP e a finalidade da reunião com a Pró-SER, o chefe do SEAUDGEP tratou de conduzir o início da reunião por meio da apresentação de um histórico do SIS, das dificuldades e dos motivos para que o SIS seja um processo preferencial para consultoria na Audit.

O Pró-Ser do STJ, uma Coordenadoria dentro da Secretaria de Saúde, é responsável pelo recebimento de credenciamentos e arquivos XML, tanto em formato eletrônico quanto físico, através do SEI. Por meio de um identificador junto ao PEG, o Pró-Ser identifica a correspondência entre os arquivos XML e os arquivos no SEI, vinculando os processos entre o SEI e o Benner.

A auditoria técnica é realizada por médicos auditores da Audicare, que examinam os documentos enviados pelos prestadores. O processo administrativo é dividido entre o sistema, que realiza uma parte, a Audicare, uma empresa contratada que realiza outra parte, e o próprio STJ, que realiza uma espécie de contra-auditoria.

O processo funciona da seguinte maneira: inicialmente, o arquivo XML é encaminhado para o Benner. Após isso, a documentação física é enviada para o SEI pelo próprio prestador. Este processo administrativo é então enviado para a Audicare para análise. O SEI controla o envio, o prazo de devolução, a revisão, o prazo para revisão da Audicare e a devolução final.

O STJ demonstra estar satisfeito com o trabalho da Audicare. Eles já haviam trabalhado juntos por 5 anos. Após a entrada de outra empresa por licitação, que não conseguiu cumprir as demandas e teve que finalizar o contrato, foi realizada uma contratação emergencial da Benner e, posteriormente, a Audicare foi contratada novamente. Apesar das dificuldades iniciais, eles já se adaptaram ao processo e tudo está correndo bem.

Os prazos para pagamento estão estabelecidos no convênio. Eles possuem um calendário que determina o pagamento por tipo de prestador, como clínicas, hospitais gerais, laboratórios associados e cooperativas, entre outros. As clínicas, por terem processos mais simples, entregam primeiro e também recebem primeiro, geralmente entre 20 a 30 dias. Os hospitais recebem um pouco depois devido à complexidade dos processos, que exigem a análise do relatório de auditoria médica e a verificação de contas limpas, mas ainda assim mantêm o prazo de 30 dias. Os laboratórios têm um processo mais rápido por serem bem estabelecidos. No entanto, todos os pagamentos são realizados em até 30 dias.





SENADO FEDERAL

Auditoria

O Pró-Ser do STJ recebe e encaminha para a Audicare a realização da análise administrativa. Eles verificam se o arquivo XML está no Benner, se há assinatura e se os dados estão corretos. Caso identifiquem algum erro, entram em contato com o prestador.

O controle dos prazos da Audicare é feito apenas pelo próprio SEI. Após o envio do processo pelo SEI, é estabelecido um prazo de 5 dias úteis para o retorno. Se não houver retorno dentro desse prazo, o SEI registra o atraso. Eles também controlam os prazos por meio de uma planilha interna que registra o dia de envio, o dia previsto para o retorno e o dia real de retorno, permitindo assim a verificação de atrasos.

Quando identificam um erro que passou despercebido pela Audicare, o processo é devolvido para a Audicare e o erro é registrado tanto no SEI quanto nas planilhas. Com base no trabalho da Audicare, o STJ realiza uma reanálise para validar o que foi feito. Eles conferem novamente as glosas, as assinaturas e os atestos. O trabalho do STJ é mais focado na conformidade, verificando o que deveria estar presente e não está.

Para fins de pagamento da Audicare, o STJ controla os desvios e verifica os IMR acordados para determinar se é necessário ou não glosar o trabalho da Audicare. A diretoria realiza um trabalho mais profundo com os dados, utilizando BI e inteligência artificial para gerar informações gerenciais. Os IMR deles estão basicamente vinculados ao tempo contratual e ao calendário de pagamento.

Quando os processos retornam da Audicare, o STJ reanalisa tudo. Embora estivesse previsto no contrato que seria feita uma amostragem, eles analisam todos os processos. Eles processam cerca de 1200 processos por mês, sendo que 1-2% apresentam desconformidades. Eles ainda não se sentem confortáveis em fazer a análise apenas por amostragem.

A análise de contas deve ser a mais parametrizada possível, sendo realizada durante o processamento. A parametrização no STJ foi bastante ajustada. Eles realizaram um trabalho inicial com os técnicos da Benner, removeram algumas trilhas, adicionaram outras e adequaram às necessidades do órgão.

Eles ainda têm no contrato um apoio técnico da Benner para eventuais problemas. No entanto, para desenvolvimentos adicionais, como melhorias e novas trilhas, precisam entrar em acordo com a Benner, o que pode envolver pagamentos adicionais. Além disso, eles contam com uma consultora para lidar com o sistema e os desenvolvimentos da ferramenta, que está presente 1-2 dias por semana.

A Benner não forneceu a eles uma maneira fácil de extrair relatórios gerenciais. Eles dependem de fazer consultas SQL e análises próprias no Power BI para entender prazos, glosas e outros indicadores importantes. A glosa no trabalho dos prestadores varia, sendo quase nula para laboratórios





SENADO FEDERAL

Auditoria

e cerca de 10% para hospitais, mas esses dados não são precisos devido às dificuldades com os relatórios.

Itens indevidos nas faturas do prestador são recusados, e itens que não são aceitos devido a alguma inconsistência são glosados. O prestador pode recorrer no Portal Conecta no Benner e, após o processamento de tudo, será pago o recurso que o prestador ganhou.

A equipe é composta por 7 servidores, 5 terceirizados e 1 estagiário, totalizando 12-13 pessoas. Eles realizaram um mapeamento, mas ele está desatualizado.

Benchmarking realizado com o Pró-Saúde, autogestão da Câmara dos Deputados, em 28 de maio de 2024:

Histórico

O Pró-saúde da Câmara dos Deputados conta com aproximadamente 15.900 vidas, atendendo exclusivamente os servidores efetivos e os parlamentares. O quadro de funcionários conta com 15 servidores e 12 terceirizados. Ressaltou-se, entretanto, que o setor enfrenta escassez de profissionais com formação específica e experiência, o que se configura como um obstáculo para a realização do trabalho.

Situação atual

A Câmara dos Deputados, insatisfeita com os elevados custos associados ao plano Saúde-Caixa, considerou inicialmente a possibilidade de terceirizar completamente o sistema de saúde, buscando uma empresa alternativa para assumir as funções do Saúde Caixa. Houve discussões com o Senado sobre essa mudança. No entanto, essa ideia não se concretizou.

Posteriormente, decidiram contratar o serviço completo de BPO (Terceirização de Processos de Negócios) com a empresa Benner, a aproximadamente um ano e meio, abarcando os processos de regulação, processo de contas e faturamento, dentre outros. O sistema adquirido é um produto padrão de mercado (prateleira); no entanto, foram realizadas customizações específicas, que já estavam contempladas no edital de licitação, para atender às necessidades particulares dos processos internos da empresa.

A Câmara enfatiza a necessidade de realizar uma contra-auditoria como medida essencial para assegurar o controle do processo de pagamento. Para isso, estão desenvolvendo uma metodologia baseada em critérios como a quantidade de análises por evento, quantidade de guias e valores envolvidos. A equipe responsável por esse trabalho inclui um estatístico e três doutores





SENADO FEDERAL

Auditoria

odontólogos, possivelmente com a colaboração de médicos. Além disso, ressaltam que existem empresas especializadas em serviços de contra auditoria nesse setor.

Análises detalhadas dos dados não foram realizadas antes porque foi necessário fazer ajustes no sistema devido à sua complexidade, o que demandou várias validações e calibrações. Além disso, há problemas com os dados fornecidos pela Benner. O sistema de Business Intelligence (BI) que foi entregue não corresponde aos dados que estão no sistema. Devido a essas discrepâncias, os pagamentos à empresa BENNER estão suspensos desde janeiro.

A Casa relatou que o Termo de Referência do edital de licitação foi construído com base em indicadores de tempo e qualidade (por exemplo, a satisfação dos usuários do plano). Contudo, há muitas glosas no pagamento da Benner. No último ano, por exemplo, as glosas representaram 27% do total da fatura da contratada. Informaram, ainda, a necessidade de implementação de mais indicadores. A equipe da Câmara observa que, apesar de contestar as cobranças da Benner e realizar reuniões semanais para ajustes, não se percebeu melhoria na prestação dos serviços pela empresa.

As análises das contas são realizadas através de arquivos XML e da verificação das contas em formato físico (se for hospitalar, tem o relatório técnico dos auditores hospitalares). Em relação ao controle, a Benner tem a capacidade de ajustar o sistema de acordo com idade, gênero e tipos de procedimentos. Atualmente, está em desenvolvimento um plano de auditoria interna, mas ainda não foram alcançados progressos significativos.

Foi relatado que ocorreram muitas glosas de procedimentos, devido principalmente a erros no sistema, como discrepâncias nos valores glosados por falta de referências adequadas. Para resolver essa questão, a Câmara tem buscado consolidar os serviços em pacotes, o que reduz a preocupação com glosas detalhadas. No entanto, isso ainda requer uma fiscalização cuidadosa por parte da auditoria e do plano de saúde para assegurar que os pacotes estejam sendo devidamente executados.

A Câmara segue um cronograma de pagamentos e, com raras exceções, não diferencia os prestadores de serviço. Os prestadores têm um prazo de 60 dias após a execução do serviço para emitir a fatura e enviar os dados em formato XML. A Câmara consegue manter esse prazo de envio, mas não consegue manter controle sobre os processos subsequentes à recepção dos dados.

Atualmente, utilizam aproximadamente 40 trilhas das disponíveis no sistema Benner. Frequentemente, encontram problemas como “valores contratados acima do estipulado” e “quantidades solicitadas acima do permitido”. A taxa de reconsideração de glosas é alta para o segundo caso e baixa para o primeiro, indicando problemas de calibração no sistema.





SENADO FEDERAL

Auditoria

No momento, a Câmara não possui uma estrutura de inteligência operacional, e o setor de fiscalização está desfalcado de pessoal. Atualmente, estão se concentrando apenas nos pagamentos. Acreditam que, no futuro, será necessário terceirizar a função de auditoria interna para garantir a correta execução dos serviços.

Benchmarking realizado com o BC Saúde, autogestão do Banco Central, em 06 de junho de 2024:

Assuntos abordados

O programa de saúde está inserido no departamento de pessoal, RH do Banco Central, por meio de Gerência. Conta com três divisões responsáveis pelas seguintes funções típicas de uma operadora de saúde: atendimento ao beneficiário e a prestadores, núcleo de credenciamento, negociação com a rede credenciada, tecnologia de informação para dar suporte para toda essa operação, processamento, auditoria e regulação.

O programa de saúde do Banco Central oferece duas modalidades de cobertura aos beneficiários, uma por meio de atendimento pela rede credenciada e outra por meio de reembolso, quando o beneficiário opta por um prestador que não é credenciado da rede.

A rede possui aproximadamente 2400 credenciados, distribuídos em 10 capitais: Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Fortaleza, Belém e Brasília. Atende aproximadamente 28.000 beneficiários, sendo Brasília, São Paulo e Rio de Janeiro as capitais com as maiores concentrações, em torno de 13.000, 5.400 e 5.000, respectivamente.

Atualmente, todas as guias dos atendimentos espalhados pelo Brasil são recebidas por meio eletrônico. São utilizadas duas ferramentas, o portal do BC saúde e o Sistema MAPA, desenvolvido internamente para receber as guias vias digitais em substituição ao de meio físico (papel). O processamento das contas é efetuado por meio do sistema da Benner. O recebimento das notas fiscais e guias ocorrem via arquivo XML.

Após o envio do arquivo XML, o prestador tem um prazo de 60 dias para mandar as guias digitalizadas, gerando o número de protocolo de entrega de guia (PEG).

Além do sistema, o contrato com a Benner disponibiliza o serviço de 89 colaboradores. Sendo, aproximadamente 20 pessoas na parte de regulação e 70 na parte de análise (não foi especificada que tipo de análise).





SENADO FEDERAL

Auditoria

Para análise de contas, há a Gerência de Auditoria Interna e Processamento de Contas (Corap), com cinco supervisões, sendo duas para tratar de guias dos credenciados, outra para tratar do recurso de glosa e da rede D'Or, outra para tratar das clínicas odontológicas e outra para tratar da análise do reembolso. Os colaboradores das supervisões são empregados da Benner vinculados à Corap.

O processamento de contas ocorre da seguinte forma: inicialmente, o PEG recebido é classificado como “em digitação”, categoria em que permanece até o envio das guias digitalizadas pelo prestador. Ainda não é responsabilidade do Banco Central fazer qualquer tipo de análise; uma vez que as guias digitalizadas foram recebidas, automaticamente o PEG é reclassificado, passando para a categoria “em conferência”; quando o PEG está na categoria “em conferência”, tem-se 30 dias, conforme termo firmado com toda rede credenciada, para realizar o pagamento. Nesse período é realizado o processo de checagem, contando atualmente com 23 analistas de contas. Caso surjam dúvidas técnicas, são acionados enfermeiros e médicos, disponíveis na quantidade de 19 e 11, respectivamente. São empregados da Benner e não estão exclusivos para o fluxo da análise das contas, trabalhando também na regulação.

Em fevereiro de 2022, iniciaram o trabalho de contra-auditoria. Para desenvolver o trabalho, formaram uma equipe composta por 4 enfermeiros encarregados de aprofundar a análise das faturas de alguns hospitais específicos.

No primeiro momento, focaram em hospitais selecionados que apresentavam muita discrepância entre valores de “conta limpa”, contas que passaram por auditoria in loco, e valores efetivamente cobrados pelo prestador.

Após a implementação da contra auditoria, em apenas um mês, foram geradas glosas no montante de R\$ 1.200.000, concentradas em quatro hospitais de São Paulo. Nos hospitais credenciados do Rio de Janeiro foram identificadas poucas discrepâncias e nos de Brasília quase nenhuma alteração foi encontrada. Essas discrepâncias foram identificadas pela equipe interna, tanto de servidores do Banco Central, como pelas equipes dedicadas da Benner.

Após bons resultados nessa fase inicial da contra-auditoria, planejam focar também na parte técnica de auditoria concorrente, isso porque o auditor de verificação in loco pode não identificar alguma irregularidade. Por exemplo, relataram que ao realizar um trabalho amostral, identificaram que houve a cobrança de 100 luvas em um procedimento endoscópico realizado em um hospital de São Paulo que não foi identificado e glosado pela auditoria concorrente. Nesses casos, utilizam o código 10 (glosa técnica interna) em que não é permitido ao prestador recurso.





SENADO FEDERAL

Auditoria

Por fim, apontaram que apesar do trabalho estar apresentando bons resultados, reconhecem a necessidade de aumentar a equipe para 12 enfermeiros e planejam colocar essa condição em uma nova contratação.

Concluída a análise técnica das contas, o PEG é evoluído para o estado “pronto”, que após análise de conformidade por servidor da Corap, segue rotina para pagamento.

Quanto ao sistema da Benner, o Banco Central utiliza o antigo sistema AG desktop, com grandes customizações para se adaptar a algumas particularidades do Banco Central. Tem-se em entendimento que se tornaram reféns dessas customizações, visto que a maioria de outras operadoras utilizam o sistema Benner web.

Além disso, o sistema funciona dentro da infraestrutura do Banco Central, que é um problema em razão da política de segurança do Departamento de Tecnologia da Informação, que é muito forte, dividindo, também, os recursos com outros sistemas. Em razão disso, já estão se programando para utilizar o sistema Benner web.

Ainda não trabalham com IA, pois identificam que precisam evoluir seus processos dentro da estrutura de tecnologia da informação.

Há a contratação de atendimento de beneficiários por meio de pacotes, como para área de oftalmologia, exames de imagem, algumas cirurgias, transplante de medula óssea, mas necessitam avançar mais e realizar estudos mais detalhados pela complexidade envolvida.

Dentro de uma média geral o percentual de glosa efetiva gira em torno de 6% a 8% do valor total faturado.

Quanto aos controles internos, possuem alguns indicadores, mas necessitam ser aprimorados. Há normativos internos, instrumentos norteadores para o analista de contas, bem como para os próprios médicos e enfermeiros da contra auditoria. Esses instrumentos servem também para os próprios prestadores, inclusive melhorando o relacionamento entre as partes. Por fim, informaram estarem desenvolvendo um checklist detalhado dos processos para auxiliar a gestão interna.





SENADO FEDERAL
Auditoria

3. CONCLUSÃO

O objetivo da Nota é consolidar os reportes elaborados para evidencição dos principais aspectos tratados nas reuniões de *benchmarking*, que compuseram as etapas de Planejamento e Diagnóstico da consultoria.

Sublinha-se, novamente, que os dados e informações gerais sobre cada instituição apresentados abaixo foram coletados a partir de relatos dos entrevistados, com a abordagem necessária para os objetivos propostos na consultoria. Desta forma, não foram objeto de validação específica e não configuram opinião da equipe de auditoria.

SEAUDGEP, 01 de agosto de 2024.

(Assinado eletronicamente)

JOÃO VICENTE DA ROCHA
PESSOA

**Consultor-líder da equipe de
Consultoria interna da COAUDGEP**

(Assinado eletronicamente)

BRENO GOMES DA SILVA
MESQUITA

**Consultor técnico-gerencial da
equipe de Consultoria interna da
COAUDGEP**

(Assinado eletronicamente)

DIOGO BRITO DE MENDONÇA

**Consultor técnico da equipe de
Consultoria interna da COAUDGEP**

(Assinado eletronicamente)

FELIPE FRANKLIN BOMFIM DA
SILVEIRA

**Consultor técnico da equipe de
Consultoria interna da
COAUDGEP**

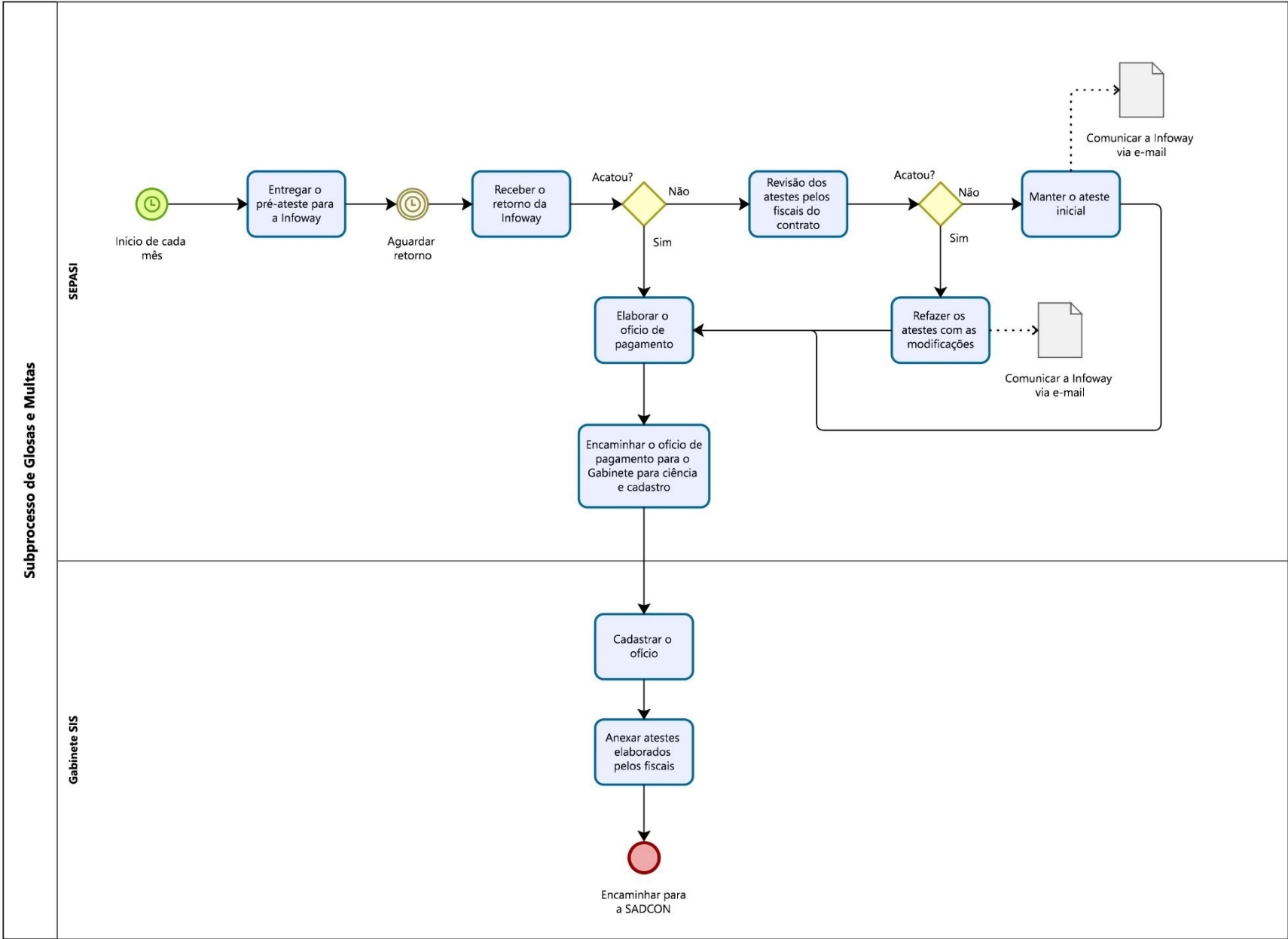
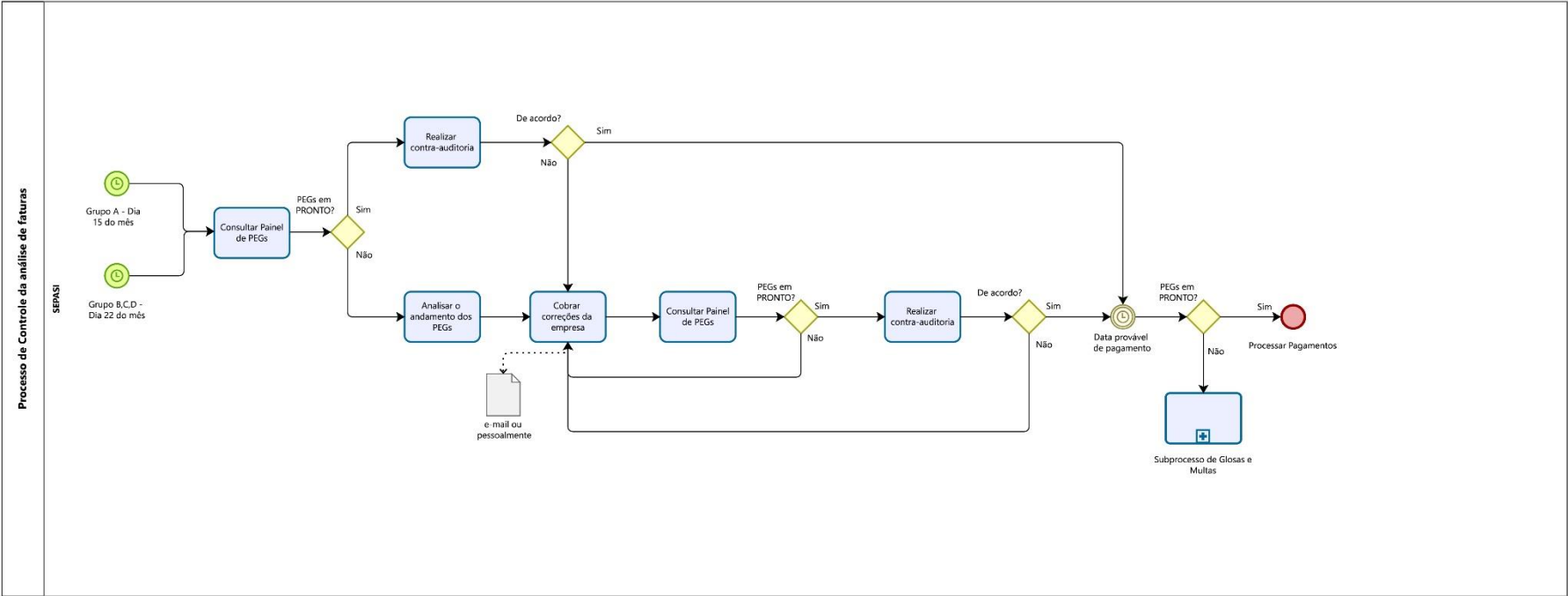
(Assinado eletronicamente)

MÁRCIO TAVARES SEIXAS

**Consultor técnico da equipe de
Consultoria interna da COAUDGEP**



Serviço	Data	Código da entrega	Versão	Página	 SENADO FEDERAL
SEAUDGEP	09/08/2024	149	01	1/1	
Processo – Consultoria SIS					
Descrição:	Mapeamento do Processo de Controle da Análise de Faturas e Subprocesso de Glosas e Multas contratuais				





Senado Federal

TERMO DE CLASSIFICAÇÃO DE INFORMAÇÃO	
UNIDADE SETORIAL: SEAUDGEP	
CÓDIGO DE INDEXAÇÃO: 00100.134267/2024-57.R.09/08/2024.22/08/2024.N	
CATEGORIA DE SIGILO: RESERVADO	
TIPO DE DOCUMENTO: RELATÓRIO	
DATA DE PRODUÇÃO: 09/08/2024	
FUNDAMENTO LEGAL PARA CLASSIFICAÇÃO: 1.1 - ATC nº 9, de 2012; 1.2 - Lei nº 12527/2011. art. 24 parágrafo 2º	
RAZÕES PARA A CLASSIFICAÇÃO: Ação de controle não finalizada. (idêntico ao grau de sigilo do documento)	
PRAZO DA RESTRIÇÃO DE ACESSO: 22/08/2024	
DATA DE CLASSIFICAÇÃO: 09/08/2024 15:27:38	
AUTORIDADE CLASSIFICADORA	Nome: João Vicente da Rocha Pessoa Cargo: COORDENADOR
AUTORIDADE RATIFICADORA (quando aplicável)	Nome: Cargo:
DESCCLASSIFICAÇÃO em 22/08/2024 17:27:32 (quando aplicável)	Nome: João Vicente da Rocha Pessoa Cargo: COORDENADOR
RECLASSIFICAÇÃO em __/__/____ (quando aplicável)	Nome: Cargo:
REDUÇÃO DE PRAZO em __/__/____ (quando aplicável)	Nome: Cargo:
PRORROGAÇÃO DE PRAZO em __/__/____ (quando aplicável)	Nome: Cargo:
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE CLASSIFICADORA	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE RATIFICADORA (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por DESCCLASSIFICAÇÃO (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por RECLASSIFICAÇÃO (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por REDUÇÃO DE PRAZO (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por PRORROGAÇÃO DE PRAZO (quando aplicável)	