

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO

ESCOLA DE GOVERNO PROFESSOR PAULO NEVES DE CARVALHO

Graduação em Administração Pública

AMANDA CANGUSSÚ VIANNA

**AUDITORIA ADMINISTRATIVA DE CONSULTAS: UM
ESTUDO DE CASO SOBRE O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA
DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS.**

Belo Horizonte

2017

AMANDA CANGUSSÚ VIANNA

Auditoria administrativa de consultas: um estudo de caso sobre o Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais.

Monografia apresentada à Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro como requisito para a conclusão do Curso Superior em Administração Pública.
Orientadora: Daniela Goes Lacerda

Belo Horizonte

2017

Autora: Amanda Cangussú Vianna.

Título e subtítulo: Auditoria Administrativa de Consultas: um estudo de caso sobre o Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais.

Natureza: Monografia

Objetivo: Graduação no Curso de Administração Pública (CSAP)

Nome da instituição: Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho - Fundação João Pinheiro

Área de concentração: Auditoria na Saúde

Banca Examinadora

Daniela Goes Paraíso Lacerda (Orientadora) – Fundação João Pinheiro

Renato Vale Santos – Fundação João Pinheiro

Aparecida Maciel da Silva Shikida – Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 21 de novembro de 2017

RESUMO

Este estudo de caso trata da auditoria administrativa de consultas médicas. Ele foi motivado pela insatisfação da gestão do IPSEMG com o processo, devido à impressão de que ele não cumpria bem seu objetivo de identificar irregularidades e tinha custos mais elevados que os benefícios que produzia. Desse modo, o objetivo do presente trabalho é apresentar informações que possam subsidiar as decisões de continuidade ou descontinuidade do modelo de auditoria de consultas vigente. Os resultados esperados são informações sobre o custo-benefício do processo atual e informações restritas sobre a experiência de outras operadoras de assistência à saúde com diferentes modalidades de auditoria de consultas. A metodologia utilizada é a análise documental e bibliográfica, o cálculo de custos via custeio por absorção e entrevistas semiestruturadas e presenciais com os gestores de outras organizações operadoras de serviços de saúde.

Palavras-chave: Auditoria. Saúde. Consultas. IPSEMG.

ABSTRACT

This case study concerns the administrative of medical appointments. This process has, as its main objective, the identification of the irregularities and it was assumed by the management that it was not being achieved and also had more costs than benefits. This issue was the motivation of this work, which purpose is to present information that can subsidize the decision of continue or not the use of this form of audit. It will happen by presenting quantitative information about the cost-benefit relation of the process, achieved by the absorption costing methodology. Also, by showing restrained information about other health insurance companies experiences on different kinds of medical appointments audit, obtained on present interviews with its companies regulation and audit managers.

Keywords: Audit. Health insurance. Medical appointments. IPSEMG.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Governança em Órgãos e Entidades da Administração Pública: Abrangência, mecanismos e componentes.....	17
Figura 2 — Organograma Parcial do IPSEMG.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — COPARTICIPAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR.....	33
Tabela 2 – COPARTICIPAÇÃO ODONTOLÓGICA	34
Tabela 3 - PRAZOS PARA ANÁLISE DE SOLICITAÇÕES.	35
Tabela 4 — DADOS SOBRE CONTAS E GLOSAS DE CONSULTAS AUDITADAS NO CRBH, POR MUNÍCIPIO, DE 2014 A 2017	49
Tabela 5 — TOTAL DOS DADOS SOBRE CONTAS E GLOSAS DE CONSULTAS AUDITADAS NO CRBH PARA OS ANOS DE 2014 A 2017	50
Tabela 6 — DADOS SOBRE GLOSAS DE CONSULTAS NO CRBH PARA OS ANOS DE 2014 A 2017.....	50
Tabela 7 — AUDITORES ADMINISTRATIVOS DO CRBH (2017).	51
Tabela 8 — GASTOS NOMINAIS COM PESSOAL PARA A DEDICAÇÃO EXCLUSIVA À DE AUDITORIA DE CONSULTAS.....	52
Tabela 9 — COMPARAÇÃO NOMINAL DA DESPESA DE PESSOAL PARA O EXERCÍCIO DA AUDITORIA DE CONSULTAS COM O VALOR DAS GLOSAS PARA OS ANOS DE 2014 A 2017.	52
Tabela 10 — SEGURANÇA DA AUTENTICAÇÃO BIOMÉTRICA POR MODALIDADE.....	58

LISTA DE ABREVIACÕES

ANS – Agência Nacional de Saúde

APRES – Assessoria de Políticas e Regulação em Saúde

CEM – Centro de Especialidades Médicas

CRBH – Centro Regional de Belo Horizonte

FENEIS – Fundação Nacional de Educação e Integração dos Surdos

IFAC - Federação Internacional de Auditores

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INTOSAI - Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores

IPSEMG – Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais

IPSM – Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais

MGS – Minas Gerais Administração e Serviços S.A.

NUCS - Núcleo de contas e Auditoria da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

RTC - Regras de Tratamento Clínico

SNA – Sistema Nacional de Auditoria

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas Da União

THS – Tabela de Honorários e Serviços da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 GOVERNANÇA.....	15
3 AUDITORIA.....	19
3.1. CONCEITO E ORIGEM HISTÓRICA.....	19
3.2 AUDITORIA NO SETOR PÚBLICO	21
3.3 AUDITORIA NA SAÚDE	22
3.3.1 HISTÓRICO.....	22
3.3.2 DEFINIÇÕES E TIPOS DE APLICAÇÃO.....	24
4 O IPSEMG.....	29
4.2 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE IPSEMG	31
4.3 AUDITORIA NO IPSEMG	34
4.4 AUDITORIA DE CONSULTAS NO IPSEMG	37
5 METODOLOGIA.....	39
6 AS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ENTREVISTADAS	43
6.1 O PAS	43
6.1.1 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE PAS	44
6.2 O IPISM	46
7 ANÁLISE DE RESULTADOS	48
8 CONCLUSÕES	61
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
10 APÊNDICE A.....	67

V614a Vianna, Amanda Cangussú.
Auditoria administrativa de consultas [manuscrito] : um estudo de caso sobre o Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais / Amanda Cangussú Vianna. – 2017.
[10], 57 f. : il.

Monografia de conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2017.

Orientador: Daniela Goes Lacerda
Bibliografia: f. 63-67

1. Auditoria administrativa – Minas Gerais. 2. – Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais. 3. Consulta médica – Minas Gerais. I. Lacerda, Daniela Goes. II. Título.

CDU 657.6(815.1)

1 INTRODUÇÃO

A auditoria, definida pela Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI) como “o exame das operações, atividades e sistemas de determinada entidade, com vista a verificar se são executados ou funcionam em conformidade com determinados objetivos, orçamentos, regras e normas”, é aplicada desde o século XV (JUND, 2002), em organizações de diversos segmentos no mundo. Originalmente utilizada por indústrias e empresas privadas para controle contábil, ela se expandiu para o setor público com o advento da *New Public Management*, sendo utilizada como recurso de controle financeiro, de legalidade, regularidade, eficácia, eficiência, de procedimentos, e de operações.

Na saúde pública, não foi diferente. Sua importância foi reconhecida ainda no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), quando começou, de forma primitiva, a ser implantada, na década de 1970. Desde então, adquiriu novos contornos (mais complexos) e, com a regulamentação e, principalmente, o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), recebeu maior atenção do poder público e dos legisladores. Assim, foi criado o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que impulsionou estudos acadêmicos no campo e incorporou à auditoria novas práticas, de modo que foi possível adaptá-la às demandas do setor de saúde.

Hoje, a auditoria tem, na saúde, diversas modalidades de aplicação, que visam a amplos objetivos e permitem um controle global dos processos médicos. Assim, verifica desde a regularidade dos procedimentos, passando pela concordância orçamentária, até a qualidade do serviço prestado, constituindo-se em um processo central e indispensável para o controle e, conseqüentemente, a governança das organizações públicas que prestam assistência à saúde.

Devido a sua importância, principalmente para a governança, a auditoria recebe significativos investimentos por parte das instituições e planos de assistência à saúde. A fim de que a gestão dessas organizações possa tomar decisões sobre o processo que visem o melhor aproveitamento dos recursos e a melhoria de resultados, uma avaliação dos custos e da eficácia da auditoria que implementam se faz necessária.

O presente trabalho trata do Instituto de Previdência dos Servidores de Minas Gerais (IPSEMG), que é a autarquia estadual responsável por prestar assistência médica, hospitalar, farmacêutica, odontológica e social a seus beneficiários. Em 2015,

cerca de 909.360 pessoas compunham o quadro de segurados, que abarca servidores estaduais, inclusive detentores exclusivamente de cargo de provimento em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração, agentes políticos e servidores admitidos nos termos do art. 10 da Lei nº 10.254, de 20 de Julho de 1990, bem como seus dependentes.

O IPSEMG apresenta em sua composição organizacional, seis unidades administrativas, dispostas no Capítulo III – Da Estrutura Orgânica – do Decreto 46417, de 30 de dezembro de 2013. Dentre estas unidades encontra-se a Assessoria de Políticas e Regulação em Saúde (APRES), que tem por finalidade planejar e gerir as atividades relativas à definição e implantação das políticas da assistência médica e odontológica e dos processos de regulação prestados aos beneficiários do IPSEMG.

A APRES compreende alguns núcleos e, dentre eles, o Núcleo de Auditoria e Contas da Saúde (NUCS), que tem por finalidade gerenciar e controlar as atividades referentes ao pagamento de contas decorrentes da prestação de serviços na área de saúde realizada por prestadores credenciados e pelos serviços próprios e o processo de auditoria médica e odontológica de contas assistenciais.

As consultas médicas e odontológicas no IPSEMG são auditadas com base na conferência integral das contas, tanto de forma física quanto digital, já que o auditor confere a compatibilidade dos dados do prestador, beneficiário e do procedimento presentes na folha de execução do procedimento impressa com os dados de um sistema online, onde o prestador de serviços registra o procedimento imediatamente após realizá-lo.

A gestão do Instituto, entretanto, está insatisfeita com o processo de auditoria administrativa de consulta que é realizado atualmente e tem a intenção de mudá-lo. Isso porque, segundo relatos da gestão, os auditores não conseguem, da forma manual como é feita hoje, verificar a correspondência de todas as assinaturas aos vistos adequados dos beneficiários e prestadores de serviços. Além disso, os relatos sugerem que o percentual de glosas (recusas de pagamento por identificação de irregularidades constatadas em auditoria) de consultas é baixo e, mesmo sendo auditadas, nos centros regionais, todas as consultas, uma a uma, o IPSEMG, não raro, recebe reclamações condignas por parte dos beneficiários de cobranças indevidas por consultas não realizadas por eles, já que o plano é coparticipativo. Isso

seria um demonstrativo de que o “filtro” anti-irregularidades que a auditoria administrativa atual representa, possui falhas.

Tendo em vista que as consultas constituem grande parte dos procedimentos médicos que o IPSEMG realiza, sua auditoria demanda boa parcela dos recursos orçamentários do setor. Desse modo, as falhas mencionadas acima podem representar desperdícios financeiros, humanos e de governança consideráveis.

Para verificar se as impressões da alta gestão do IPSEMG sobre o processo de auditoria administrativa de consultas são fidedignas e fornecer informações que possam embasar decisões gerenciais sobre o processo e a continuidade ou não do modelo atual, um estudo sobre sua eficácia e relação custo-benefício se mostrou adequado. Além de informações sobre o processo de auditoria de consultas realizado pelo IPSEMG, a coleta de informações sobre os processos de auditoria de consultas utilizados em outras operadoras de assistência à saúde bem como a percepção da gestão sobre eles se mostrou imprescindível para fundamentar a escolha do Instituto entre o processo atual e outros processos.

Desse modo, o presente trabalho se propõe a apresentar essas informações, utilizando-se da coleta de alternativas para a auditoria atual com outros planos de saúde, via entrevista semiestruturada, e de uma análise de custos do processo atual.

É importante salientar que, devido à quantidade de centros regionais, o tempo para construção do presente trabalho, e a distância dos centros à sede do NUCS, só foi possível realizar a análise de custos da auditoria administrativa de consultas do IPSEMG no Centro Regional de Belo Horizonte (CRBH), que, embora corresponda a apenas uma das 21 agências regionais, é a que concentra o maior número de beneficiários e prestadores de serviços médicos e odontológicos, e, portanto, serve para estimar o custo benefício do processo e como uma boa base para um projeto futuro mais amplo.

O estudo está organizado em 9 capítulos, além da introdução. Foi feita a opção de começar o texto introduzindo o conceito de governança e a explanação sobre seus mecanismos e componentes, no capítulo 2, por se considerar que desta forma o leitor poderá começar a entender porque a auditoria interna, em todas as suas aplicações e modalidades (que incluem a auditoria administrativa de consultas), é importante em uma organização pública como o IPSEMG.

O segundo passo – dado devido ao entendimento de que a auditoria administrativa de consultas é um termo muito específico, cuja bibliografia é praticamente inexistente e, portanto, pouco conhecida do público – foi explorar profundamente o termo auditoria, partindo de conceitos mais gerais e da origem histórica do processo, passando pela sua introdução e expansão da aplicação no setor público, até chegar à autoria aplicada à saúde, discorrendo sobre as formas principais em que ela se apresenta no meio, as possibilidades em que sua responsabilidade de execução se dá e aos tempos em que pode ocorrer, dependendo dos procedimentos a que se aplica.

Feito isso, no capítulo 4, houve a introdução do IPSEMG, instituição em que o estudo de caso ocorre. Primeiramente foi feito um pequeno apanhado histórico da regulamentação do instituto a fim de trazer luz à parte que é, muitas vezes, esquecida popularmente quando se fala da instituição: a assistência à saúde que ela fornece. Depois, foram introduzidas as instâncias internas que cuidam da gestão e da auditoria da assistência à saúde, com suas atribuições e posições no organograma da organização.

Ainda no mesmo capítulo, é descrita de forma detalhada como se dá a assistência à saúde do IPSEMG e, em seguida, como é realizada a auditoria dessa assistência no Instituto, em todas as modalidades nas quais é feita.

Depois disso foi apresentada a metodologia do trabalho, no capítulo 5, que foi seguida de um capítulo de contextualização das operadoras de assistência à saúde entrevistadas para a monografia, com o objetivo de deixar o leitor a par de como são e das diferenças e semelhanças que elas apresentam com relação ao IPSEMG. Logo depois, no capítulo 7 está disposta a análise dos resultados obtidos com o estudo de caso e, por fim, o capítulo 8, que apresenta as conclusões finais. Todas as bibliografias usadas podem ser encontradas no capítulo 9 e as perguntas - base das entrevistas realizadas com outros planos de saúde constam no apêndice A, no capítulo 10.

2 GOVERNANÇA

Para entender o tema deste estudo, a auditoria de consultas médicas eletivas, é necessário entender qual é a importância da auditoria nas organizações públicas. Para isso, é indispensável entender sobre a governança, seus pilares, relevância e o papel da auditoria para seu estabelecimento nas organizações.

Alves (2001 apud LINCOSUK, 2012 p. 91) afirma que o conceito de governança é:

[...] frequentemente difuso, podendo ser aplicado tanto a métodos de gestão da empresa (governança corporativa) quanto a meios de preservação do meio ambiente (governança ambiental) ou formas de combate ao suborno e à corrupção de funcionários públicos (governança pública). Não obstante seu caráter difuso, o conceito de governança tem como ponto de partida a busca do aperfeiçoamento do comportamento das pessoas e das instituições. (2001 apud LINCOSUK, 2012 p. 91)

Governança é entendida pela IFAC (2013 apud TCU, 2014) como a estrutura (administrativa, política, econômica, social, ambiental, legal e outras) posta em prática para garantir que os resultados pretendidos por todas as partes interessadas de determinada instituição sejam definidos e alcançados.

O Plano Estratégico do Tribunal de Contas da União (TCU, 2011), por sua vez, define governança como “um sistema pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, abrangendo as relações entre sociedade, alta administração, servidores ou colaboradores e órgãos de controle”. Esta definição é a que será usada neste estudo.

Segundo o TCU (2014), em consonância a definição de governança dada pela própria organização em 2011, a boa governança pública, especificamente, tem como propósitos primordiais conquistar e preservar a confiança da sociedade, por meio de eficientes mecanismos que visem garantir que as ações executadas estejam sempre alinhadas ao interesse público. Para tal, é importante que ela esteja de acordo com princípios de legitimidade, equidade, responsabilidade, eficiência, probidade, transparência e a *accountability*, conforme sugerido pelo Banco Mundial.

A governança pública pode ser separada, conforme disposto no Referencial de Governança Pública (TCU, 2014) em algumas instâncias: as instâncias externas de governança; as instâncias externas de apoio à governança; as instâncias internas de governança; e as instâncias internas de apoio à governança.

As instâncias externas de governança são autônomas e independentes à instituição e tem como responsabilidade a fiscalização desta, pelo controle e pela regulação de seus processos. O Tribunal de Contas dos Estados e da União são exemplos de instâncias externas de governança no Setor Público. (TCU, 2014).

As instâncias externas de apoio à governança são, por sua vez, aquelas cujos deveres são avaliar, auditar e monitorar, de forma independente as ações da organização. Cabe a elas, também, nos casos em que disfunções são identificadas, comunicar os fatos às instâncias superiores de governança. Exemplos dessas estruturas são as auditorias independentes e o controle social organizado. (TCU, 2014).

As instâncias internas de governança têm, por outro lado, o compromisso de definir ou avaliar a estratégia e as políticas da organização, bem como monitorar a conformidade e o desempenho destas, devendo agir nos casos em que desvios forem identificados. Além disso, elas têm, também, a incumbência de garantir que a estratégia e as políticas elaboradas atendam ao interesse público servindo de elo entre principal e agente. Os conselhos de administração ou a alta administração são exemplos dessas instâncias. (TCU, 2014)

Por último, às instâncias internas de apoio à governança cabe a realização da comunicação entre partes interessadas internas e externas à administração; a realização de auditorias internas que avaliam e monitoram riscos e controles internos e a exposição de quaisquer disfunções identificadas à alta administração. Exemplos dessas estruturas são a ouvidoria, a auditoria interna, o conselho fiscal, as comissões e os comitês. (TCU, 2014).

Segundo a mesma fonte, a governança utiliza-se de três mecanismos principais em sua atuação: a liderança, a estratégia e o controle. Liderança é

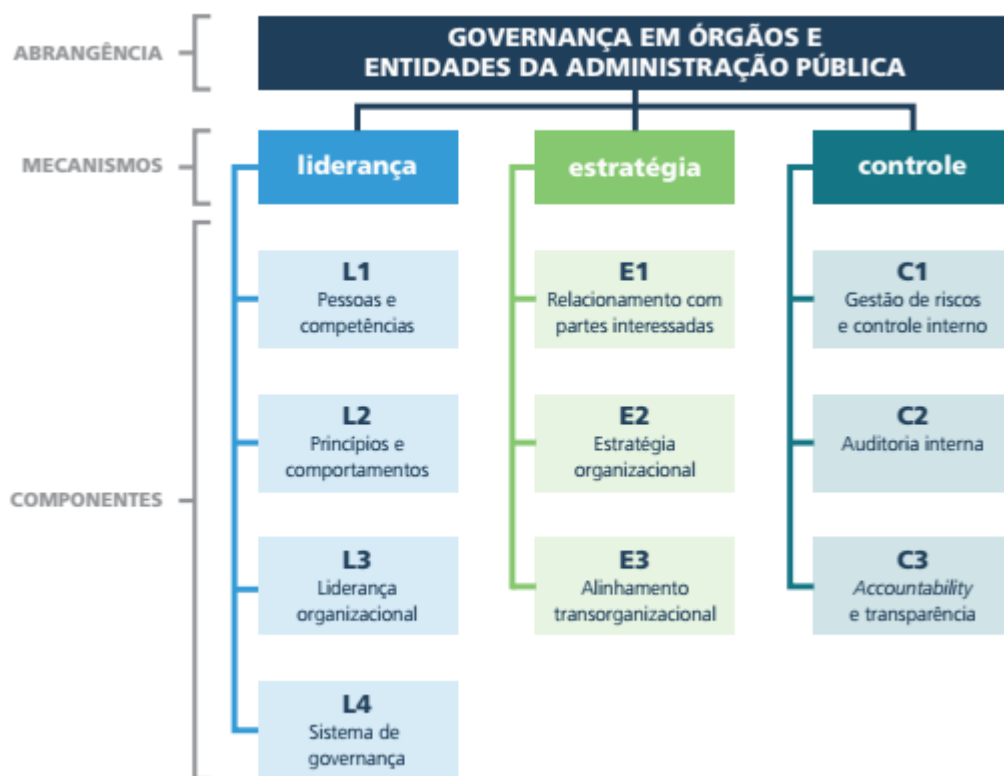
“o conjunto de práticas, de natureza humana ou comportamental, que assegura a existência das condições mínimas para o exercício da boa governança, quais sejam: pessoas íntegras, capacitadas, competentes, responsáveis e motivadas ocupando os principais cargos das organizações e liderando os processos de trabalho.” (TCU, 2014 p. 37).

A estratégia, que é definida e executada pela liderança, no que lhe concerne, envolve a escuta ativa de demandas, necessidades e expectativas das partes interessadas; avaliação do ambiente interno e externo da organização; avaliação e

prospecção de cenários; definição e alcance da estratégia; definição e monitoramento de objetivos de curto, médio e longo prazo; alinhamento de estratégias e operações das unidades de negócio e organizações envolvidas ou afetadas.

E, como estes processos envolvem riscos, existe a terceira dimensão, determinada de controle, que engloba avaliação e tratamento de riscos por meio do estabelecimento de controles e sua avaliação, transparência e *accountability*. Pode-se indicar que esta esfera possui três componentes indicados na figura 1: a gestão de riscos e controle interno; a auditoria interna; e a *accountability* e transparência.

Figura 1 - Governança em Órgãos e Entidades da Administração Pública: Abrangência, mecanismos e componentes



Fonte: Referencial de Governança Pública (TCU, 2014)

A auditoria de consultas eletivas, objeto do presente trabalho, está compreendida no componente "Auditoria Interna", que foi definida pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC), através da Resolução n.º 986 de 2003, como aquela forma de auditoria que compreende os exames, análises, avaliações, levantamentos e comprovações, metodologicamente estruturados para a avaliação da integridade, adequação, eficácia, eficiência e economicidade dos processos, dos sistemas de

informações e de controles internos integrados ao ambiente e de gerenciamento de riscos, com vistas a assistir à administração da entidade no cumprimento de seus objetivos.

Para que seja possível compreender melhor a auditoria interna, o capítulo seguinte, AUDITORIA, foi construído, uma vez que para tal, é necessário entender o conceito de auditoria; conhecer o longo caminho que a prática percorreu no setor privado, desde sua primeira utilização, até as formas em que é aplicada hoje; saber sobre sua introdução e aplicação no setor público para, assim, compreender o reconhecimento legal e a regulação de seu uso na saúde e suas formas de execução nessa área. Desse modo o leitor estará apto a entender em maior profundidade as modalidades de auditoria praticadas pelo IPSEMG e, dentre elas, o objeto deste estudo: a auditoria administrativa de consultas e seus imbróglis.

3 AUDITORIA

3.1. CONCEITO E ORIGEM HISTÓRICA

Segundo a Federação Internacional de Auditores (IFAC), a "Auditoria é uma verificação ou exame feito por um auditor dos documentos de prestação de contas com o objetivo de habilitá-lo a expressar uma opinião sobre os referidos documentos de modo a dar a eles a maior credibilidade".

A Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI) estabelece que "Auditoria é o exame das operações, atividades e sistemas de determinada entidade, com vista a verificar se são executados ou funcionam em conformidade com determinados objetivos, orçamentos, regras e normas".

Segundo Yamamoto (1998), os procedimentos de auditoria interna são os exames que permitem ao auditor interno obter provas suficientes para fundamentar suas conclusões e recomendações, com vistas à obtenção de uma segurança satisfatória de que os controles internos estabelecidos pela administração estão funcionando com efetividade e sendo cumpridas, conforme esperado, pelos próprios funcionários da organização.

Embora a origem histórica precisa da auditoria seja até hoje incerta, sua prática foi verificada pela primeira vez na Inglaterra, berço da contabilidade, no século XV (JUND, 2002, p. 5). Nessa época, a atuação do profissional de auditoria era predominante em empresas de pequeno porte, onde ele era responsável pela análise e revisão de 100% dos lançamentos contábeis, com o objetivo de identificar erros.

Ainda segundo Jund (2002), a Revolução Industrial, no século XVIII, mudou os ramos da disciplina na Inglaterra, uma vez que a demanda de capital e a expansão das atividades criaram sistemas contábeis mais complexos. Assim, os exames de auditoria adquiriram uma nova forma, já que se concluiu que seu objetivo poderia ser melhor atingido por meio de um adequado sistema de controle interno. Desse modo, o papel do auditor mudou, passando da busca de erros e da confirmação da exatidão de balanços financeiros para o exame do sistema e testes de evidências por amostragem que permitissem ao auditor emitir um parecer sobre a fidedignidade de todas as demonstrações financeiras.

No Setor Público, o crescimento no número de investidores capitalistas (não participantes da administração), levou à necessidade de institucionalização de mecanismos de auditoria, inicialmente contábil e posteriormente tributária.

Attie (1998, p.27) afirma que a origem do termo auditor em português, muito embora perfeitamente representado pela origem latina (aquele que ouve, ou ouvinte), na realidade provém da palavra inglesa *to audit* (examinar, ajustar corrigir, certificar). Dominadora dos mares e do comércio, a Inglaterra teria iniciado a disseminação de investimentos em diversos locais e países, e, por consequência, levou a atividade de auditoria – à época realizada por profissionais estrangeiros com o objetivo de reportar as informações sobre as filiais às matrizes no exterior – às regiões.

É difícil precisar a data do primeiro trabalho de auditoria no Brasil, mas a primeira evidência concreta pode ser constatada no Decreto nº 2.935, de 16 de junho de 1862, que aprovava a reorganização da Cia. de Navegação por Vapor – Bahiana – Anonyma, e determinava que os auditores deveriam ser convocados anualmente em assembleia ordinária, os quais teriam como função analisar e examinar as contas da empresa (ARAÚJO, 2001). O primeiro parecer de Auditoria conhecido em território nacional, como afirma Ribeiro (2009), foi emitido há um século pela empresa São Paulo Tramway Light & Power Co., relativo ao período de junho de 1899 a dezembro de 1902.

Depois, em 22 de setembro de 1945, foi introduzido o decreto-lei 7.988, que dispunha sobre o ensino de Ciências Econômicas e Contábeis e indicava, no art. 3º, a inclusão de uma disciplina denominada Revisões e Perícia Contábil, que futuramente se denominou Auditoria e ainda hoje é aplicada pelas universidades (REIS, 2007 apud MELO, 2007). A partir de 1965, segundo Alberton (2002 apud MELO, 2007), com a regulamentação das atividades dos Bancos de Investimentos, Bolsas de Valores, Sociedades corretoras e distribuidoras de Títulos e Valores Imobiliários, houve uma crescente criação de resoluções que tornavam a auditoria e o parecer dos auditores obrigatórios nas instituições acima citadas e ainda a regulamentação e registro dos auditores independentes.

3.2 AUDITORIA NO SETOR PÚBLICO

Ainda que a auditoria já tenha sido utilizada no setor público brasileiro desde o século XVI, associada ao controle de arrecadação de tributos no período Colonial, sua aplicação obteve amparo legal apenas em julho de 1965, com a Lei 4.728, que normatizou o funcionamento do mercado financeiro e instituiu a obrigatoriedade da prática da auditoria governamental no Brasil.

Como afirmam os autores Ricardino e Carvalho (2004), no Brasil os usos e costumes de auditoria antecederam o alvará de 18 de junho 1808, que previa introdução da obrigatoriedade do uso dos serviços de auditoria independente na Real Fazenda Portuguesa, uma vez que partidas dobradas – nome dado aos registros de transações financeiras – já eram utilizadas por volta de 1790.

Na década de 1980, com a crise do Estado burocrático Weberiano e ascensão do gerencialismo no setor público, a auditoria se diversificou e se estendeu no setor. Atualmente, a auditoria em saúde se dispõe em algumas subdivisões que variam de sua classificação à sua execução. Pina e Torres (2001) organizam o controle e a auditoria no setor público da seguinte forma:

1. Auditoria financeira: tem como objetivo obter uma segurança razoável nas contas e verificar se as demonstrações financeiras sob análise expressam, em todos os seus aspectos significativos, a imagem fiel do patrimônio, da situação financeira e do resultado da gestão, em conformidade com os princípios contábeis geralmente aceitos.
2. Auditoria do cumprimento da legalidade: tem a ver com a importância dada ao cumprimento das normas legais no âmbito do setor público. O seu não cumprimento acarreta maiores consequências às organizações públicas, do que às privadas. Portanto, se entre os objetivos da auditoria se encontra a verificação dos aspectos legais, estamos perante uma modalidade de auditoria conhecida como do cumprimento.
3. Auditoria de regularidade: constitui a maioria das auditorias que se efetuam no setor público, porquanto se inclui numa mesma auditoria, a auditoria financeira e a auditoria do cumprimento.
4. Auditoria de eficácia ou de programas: tem como objetivo verificar em que medida foram alcançados os resultados e os objetivos pré-definidos para a

entidade, nomeadamente programas, serviços, atividades e funções a auditar.

5. Auditoria de economia e eficiência: tem a ver com a forma como a entidade gere os recursos humanos e materiais, ou seja, se tem em conta critérios de economia, o que significa adquirir ao mínimo custo e de forma eficiente, portanto, de modo produtivo.
6. Auditoria de sistemas e de procedimentos: esta modalidade de auditoria foi concebida mais para o setor público. Antes do seu aparecimento os seus objetivos ou não se enquadravam no âmbito da auditoria ou eram incluídos ou na auditoria de eficácia, ou na auditoria de economia e eficiência. Adequa-se a instituições que tenham de cumprir normas relacionadas com o Direito Administrativo e preocupa-se com a verificação do seu cumprimento, e ainda sobre a deteção de possíveis ineficiências.
7. Auditoria operativa: resulta da conjugação das modalidades anteriores.

3.3 AUDITORIA NA SAÚDE

3.3.1 HISTÓRICO

Caleman, Moreira e Sanches (1998) assinalam que o termo *audit* foi proposto para os serviços de saúde, pela primeira vez, em 1956, por Lambeck, com a finalidade de avaliar a qualidade dos processos e os resultados desses serviços, por meio da observação direta do registro e da história clínica do usuário.

Há registros de atividades de auditoria, no Brasil, na década de 1970, feitas pelos supervisores do então Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, por meio de apurações em prontuários de pacientes e em contas hospitalares. À época, não havia auditorias diretas em hospitais (SANTOS, 1996).

A década de 1980 trouxe considerável avanço na sistemática de controle dos serviços de saúde no Brasil. Precisamente no ano de 1983, foi reconhecido o cargo de médico-auditor e a auditoria passou a ser feita nos próprios hospitais (BRASIL, 1998).

A auditoria em saúde foi instituída legalmente no Brasil, entretanto, em 1984, por meio da resolução 45 de 12 de julho de 1984, pelo extinto Instituto Nacional de

Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que a exprimiu como um “conjunto de ações administrativas, técnicas e observacionais, que buscam a caracterização definida do desempenho assistencial, efetuado pelos integrantes de todos os níveis de execução, notadamente os referenciados às unidades médico-assistenciais próprias, contratadas, conveniadas e em regime de cogestão” (BRASIL, 1998).

A importância dessa ferramenta foi reconhecida através do Decreto n. 809 (BRASIL, 1993a), que, ao aprovar a Estrutura Regimental do INAMPS, em seu art. 3º, define que esse instituto teria, em sua estrutura básica, órgãos de assistência direta e imediata ao presidente, compostos pela Procuradoria-Geral e Auditoria. O decreto estabelece que compete à Auditoria controlar e fiscalizar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros destinados à assistência à saúde e aos pagamentos de serviços prestados e repassados aos Estados, Distrito Federal e municípios, pelo Inamps.

Em 1988, a Constituição Federal trouxe um avanço ao trazer disposta no seu artigo 197 que: “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1998).

No ano de 1990, com a Lei 8.080, a Lei Orgânica da Saúde, estabelece-se a necessidade de criação do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, como arcabouço fiscalizador das ações atinentes ao tema e com atribuições de coordenação da avaliação técnica e financeira do SUS, em todo território nacional.

No entanto, a instituição desse sistema deu-se apenas em 27 de julho de 1993, pelo art. 6º da Lei n. 8.689 (BRASIL, 1993b), coincidentemente à extinção do INAMPS, e sua regulamentação ocorreu pelo Decreto n. 1.651 de 28 de setembro de 1995 (BRASIL, 1995), que regulamenta e define auditoria como sendo a “análise prévia, concomitante ou subsequente, da legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como a regularidade dos atos técnico-profissionais, praticados por pessoas físicas e jurídicas”. O art. 6º desse Decreto, no § 1º, estabelece que compete ao SNA “a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde – SUS, que será realizada de forma descentralizada”.

Em 1996, o Ministério da Saúde, procurando regulamentar o cumprimento das normas e disposições relativas ao Sistema Único de Saúde, elaborou a primeira edição de um Manual de Normas de Auditoria (BRASIL, 1996) e, em agosto de 1998, foi lançada a segunda edição (BRASIL, 1998). Os Manuais de Normas de Auditoria (BRASIL, 1996, 1998) enfatizam que o principal objetivo do processo de auditoria é “a qualidade das ações de serviços prestados no campo da saúde”. Os Manuais ainda servem de referência para a aplicação da auditoria em saúde no Brasil.

A função de controlar as ações e serviços de saúde das operadoras e de outros órgãos públicos é da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, regulamentada pela Lei n. 9.961 (BRASIL, 2000a) como uma autarquia, cujo objetivo é a manutenção da qualidade da assistência à saúde.

Em 2000, o Decreto n. 3.496 (BRASIL, 2000b) traz a reestruturação regimental do SNA, e configura como competência do DENASUS a determinação das responsabilidades dos órgãos de auditoria, o controle e avaliação, bem como a correção de irregularidades praticadas no SUS.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, órgão integrante da estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e componente federal do Sistema Nacional de Auditoria – SNA, exerce atividades de auditoria e fiscalização especializada no âmbito do SUS.

3.3.2 DEFINIÇÕES E TIPOS DE APLICAÇÃO

A auditoria em saúde pode ser definida como a revisão, perícia, intervenção ou o exame de contas de serviços ou procedimentos prestados por organizações prestadoras de serviços de saúde. É realizada pela análise dos prontuários e verificação da compatibilidade entre procedimentos realizados e os itens que compõem a conta hospitalar cobrada, garantido um pagamento justo mediante a cobrança adequada (SOUZA; FONSECA, 2005 apud SETZ; D’INNOCENZO, 2009). Ainda, trata-se de um método de avaliação voluntário, periódico e reservado, dos recursos institucionais de cada hospital para garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos (LIMA; ERDMAN, 2006).

Este processo tem como cerne a obtenção e disponibilização de dados que gerem para o gestor informações úteis, pois são estes os únicos dotados de relevância, posto que fornecem conhecimento indispensável para a tomada de decisão gerencial ou técnica (LORVEDOS, 1999). Através da auditoria, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de natureza administrativa (MANZO; BRITTO; CORREA, 2012).

Na saúde, a auditoria também pode ser separada em diferentes tipos de aplicação, dentre os quais estão três principais: a auditoria de contas; a auditoria da qualidade da assistência; e a auditoria de liberação.

A Auditoria de Contas pode ser enquadrada como Visita Hospitalar de Alta. Ela acontece após a alta hospitalar do paciente, porém ainda em âmbito hospitalar, antes desta conta ser enviada para a fonte pagadora, tendo o auditor a posse do prontuário médico completo para análise. Aqui possíveis irregularidades ou inconformidades podem ser negociadas antes do envio da conta hospitalar à fonte pagadora, com concordância recíproca e formalizada. A outra possibilidade é da Auditoria de Contas vir a ser efetuada nas próprias instalações da organização pagadora (LORVEDOS, 1999).

Ela caracteriza-se por ser um processo minucioso, realizada, atualmente, por equipes de profissionais multidisciplinares, vislumbrando a avaliação de parâmetros como: o diagnóstico médico, os procedimentos realizados, exames e seus laudos, materiais e medicamentos gastos conforme prescrição médica nos horários corretos, taxas hospitalares diversas, relatórios da equipe multidisciplinar e padrões das Comissões de Controle de Infecção Hospitalares (CCIH).

Segundo Riollino e Kliukas, (2006, apud SOUZA; DYNIEWICZ; KALINOWSK, 2010), a auditoria de contas hospitalares é uma das modalidades de atuação dos auditores em saúde e tem um importante papel para as instituições, especialmente no âmbito financeiro-comercial. Tem como principal objetivo avaliar consumos e cobranças realizadas aos pacientes ou prestadores de serviços, podendo ser realizada tanto na sede do prestador (nas OPS) como nos hospitais.

O segundo tipo de aplicação da auditoria na saúde é a auditoria da qualidade da assistência, que está intimamente ligada ao primeiro tipo de acordo com Setz e

D'innocenzo (2009, apud SOUZA; DYNIEWICZ; KALINOWSK, 2010), devido aos registros em prontuários, que são as ferramentas de aferição da assistência prestada ao paciente.

O resultado do produto hospitalar, é medido por meio da qualidade da documentação e do registro de todas as ações, que juntos darão a qualidade da assistência e produtividade do trabalho (FONSECA et al., 2005 apud SOUZA; DYNIEWICZ; KALINOWSK, 2010). Com base nesses registros, pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem melhorias nos resultados operacionais.

Auditoria de liberação, o terceiro tipo de aplicação da auditoria na saúde, por sua vez, é, para Soares (2001, apud, SOUZA; DYNIEWICZ; KALINOWSK, 2010), uma modalidade de competência dos auditores médicos, sendo caracterizada por ser um trabalho complexo, que exige conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão. Esse trabalho é também caracterizado pela verificação do profissional para identificar carências contratuais, coberturas, conferência de códigos de procedimentos para verificar compatibilidade com diagnóstico, conferência de CRM, entre outras atividades que determinarão se o procedimento solicitado poderá ser liberado pela operadora sem nenhuma irregularidade (SOARES, 2001).

Esse trabalho, de acordo com Machado (2000, apud SOUZA; DYNIEWICZ; KALINOWSK, 2010), é realizado criteriosamente, de acordo com as normas e legislação existentes, com a compatibilidade à patologia diagnosticada e às respectivas coberturas contratuais, solicitando esclarecimentos ao médico assistente ou prestador de serviços sempre que necessário, em especial em incompatibilidades ou excessos para o procedimento em quantidade e em preço, objetividade dos registros, e qualidade da prestação de serviços.

Com base na exposição da aplicação da auditoria na saúde, podemos observar que existe uma clara divisão de dois enfoques da Auditoria em Saúde, uma relacionada mais com as questões financeira, econômica, de custos assistenciais, com o intuito de controle e verificação de fraudes, consistência dos procedimentos cobrados pelo prestador, análise quantitativa dos itens de cobrança contra abusos e irregularidades, e outra voltada à qualidade dos processos assistenciais da rede

prestadora, com uma análise qualitativa, verificando os recursos disponíveis, atendimento, melhoria de processos, satisfação do paciente, entre outros.

Essas modalidades podem, ainda, ser classificadas quanto à responsabilidade por sua execução, que pode ocorrer das três formas abaixo:

1. Auditoria interna ou de 1ª parte: é executada por auditores habilitados da própria organização auditada, que tem como função examinar os controles e avaliar a eficiência e eficácia da gestão. Essa área da auditoria tem por finalidade promover melhoria nos controles operacionais e na gestão de recursos;
2. Auditoria externa ou de 2ª parte: é feita por auditores ou empresa independente contratada para verificar as atividades e resultados de uma determinada organização ou sistema. É o exame das demonstrações contábeis ou de alguma área específica ou procedimento predefinido como objeto de trabalho especial;
3. Auditoria de 3ª parte: trata-se de avaliação aplicada por uma entidade certificadora.

Além disso, há uma última forma de se separar a auditoria aplicada à área de saúde: quanto ao tempo de ocorrência em relação aos procedimentos de que tratam. Neste caso, podem ocorrer de três maneiras, ou seja, em três tempos.

A primeira maneira de classificação quanto ao tempo de execução é chamada de Auditoria Preventiva, Prospectiva ou Prévia. Esta auditoria procura detectar situações de alarme para evitar problemas e é realizada a fim de que os procedimentos sejam auditados antes que aconteçam. Geralmente está vinculada ao setor de liberações de procedimentos ou guias do plano de saúde (JUNQUEIRA, 2001).

A segunda forma de classificação é denominada Auditoria concorrente. É aquela que acontece durante um fato ou processo, para acompanhar a execução das atividades e garantir a qualidade do produto. É realizada quando o paciente ainda se encontra hospitalizado ou em atendimento ambulatorial. Pode ser feita de quatro maneiras: pela avaliação feita pelo paciente e sua família, verificando suas percepções acerca da assistência prestada; pela entrevista do funcionário após a prestação do cuidado, levando-o à reflexão; pelo exame do paciente e confronto com

as necessidades levantadas e pela verificação do cumprimento das atividades a serem realizadas pelos profissionais;

O terceiro e último tempo de execução é aquele que ocorre na auditoria retrospectiva, que é realizada após a alta do paciente e avalia resultados e repara as falhas. Dessa forma, o paciente que deixou o internamento não é beneficiado após a avaliação dos dados obtidos. Entretanto, o benefício se reverte de forma global aos demais.

Todas as definições e classificações expostas neste capítulo possibilitarão entender melhor as formas de auditoria colocadas em prática no IPSEMG. Entretanto, conforme poderá ser observado ao longo do próximo capítulo, as modalidades de auditoria utilizadas pelo Instituto não podem, em sua totalidade, ser encaixadas perfeitamente nas classificações definidas pelas bibliografias, ou seja, a prática nem sempre corresponde ao indicado e postulado pela academia.

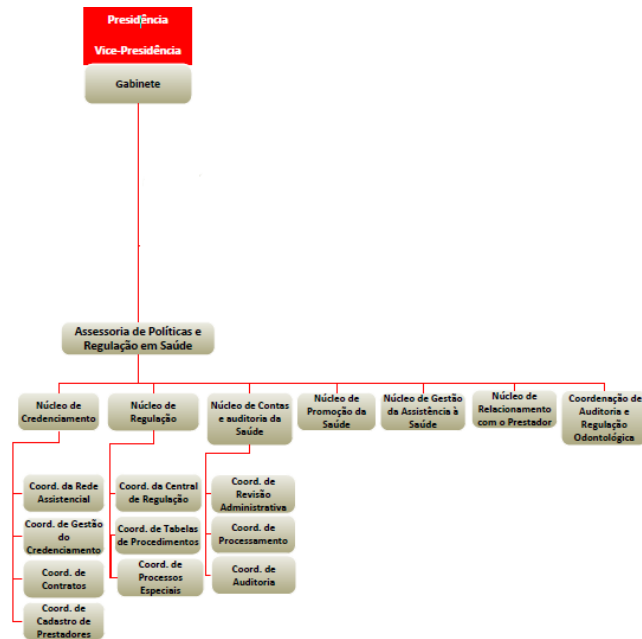
4 O IPSEMG

O Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Estado de Minas Gerais - IPSEMG, é uma autarquia criada pela Lei nº 1.195, de 23 de dezembro de 1954 (MINAS GERAIS, 1954), que dispunha sobre as finalidades do Instituto, inicialmente com a garantia de pensão, de pecúlio e de auxílio-funeral, em dinheiro, à família do contribuinte facultativo falecido; de auxílio-natalidade, de empréstimos bancários e imobiliários, devidamente garantidos; e adiantamentos em dinheiro ao contribuinte obrigatório; além de conceder aposentadoria ao operário do Estado, do Município, dos departamentos autônomos e autarquias.

Foi apenas bem mais tarde, em 12 de agosto de 2011, com o decreto nº 45695 (MINAS GERAIS, 2011), que foram incluídas nas finalidades do IPSEMG a assistência médica, hospitalar, farmacêutica, odontológica e social a seus beneficiários. Em 2015, cerca de 909.360 pessoas compunham o quadro de segurados, que abarca servidores estaduais, inclusive detentores exclusivamente de cargo de provimento em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração, agentes políticos e servidores admitidos nos termos do art. 10 da Lei nº 10.254, de 20 de julho de 1990, bem como seus dependentes.

O IPSEMG apresenta em sua composição organizacional, seis unidades administrativas, dispostas no Capítulo III – Da Estrutura Orgânica – do Decreto 46417, de 30 de dezembro de 2013 (MINAS GERAIS, 2013). Dentre estas unidades encontra-se a Assessoria de Políticas e Regulação em Saúde (APRES), que tem por finalidade planejar e gerir as atividades relativas à definição e implantação das políticas da assistência médica e odontológica e dos processos de regulação prestados aos beneficiários do IPSEMG. Ademais, são compreendidos pela APRES os Núcleos de credenciamento, de Regulação, de Gestão da Assistência à Saúde, de Contas e Auditoria da Saúde, de Promoção da Saúde e de relacionamento com o Prestador, conforme a Figura 2:

Figura 2 — Organograma Parcial do IPSEMG.



Fonte: IPSEMG, 2017. Elaboração Própria.

Dentre os núcleos compreendidos pela a APRES, está o Núcleo de Contas e Auditoria da Saúde (NUCS), que é o responsável gerenciar e controlar as atividades referentes ao pagamento de contas decorrentes da prestação de serviços na área de saúde realizada por prestadores credenciados e pelos serviços próprios e o processo de auditoria médica de contas assistenciais, bem como gerencia a auditoria dos procedimentos, em todas as modalidades em que ele se aplica. Compete ao NUCS, conforme art. 31 do Decreto 46417 de 30 de dezembro de 2013 (MINAS GERAIS, 2013):

- I - estabelecer processos, fluxos e normas técnicas de auditoria e faturamento, revisão administrativa e processamento das contas dos prestadores de serviços credenciados e dos serviços próprios, bem como assegurar o seu cumprimento;
- II - coordenar a execução orçamentária e financeira referentes às despesas decorrentes da prestação de serviços na área de saúde;
- III - realizar a gestão das regras de auditoria e revisão administrativa no Sistema de Assistência Descentralizada de Saúde – SADS;
- IV - coordenar as atividades referentes ao processo de auditoria médica e pagamento de contas decorrentes da prestação de serviços na área de saúde;
- V - realizar a gestão da função de faturamento do SADS e propor as adequações e melhorias necessárias;
- VI - supervisionar as atividades realizadas nas Unidades Regionais e serviços próprios do IPSEMG referentes aos processos de auditoria e pagamento de contas decorrentes da prestação de serviços na área de saúde;

- VII - gerenciar a implementação da política de auditoria da Assessoria de Políticas e Regulação em Saúde; e
- VIII - coordenar a execução dos processos da auditoria médica assistencial, conforme diretrizes da Assessoria de Políticas e Regulação em Saúde.

Foi no Núcleo de Contas e Auditoria da Saúde (NUCS) que surgiram os questionamentos e impressões acerca da modalidade de auditoria administrativa de consultas que deram origem a este trabalho. Os resultados desta pesquisa serão usados pela gestão deste Núcleo para a tomada de decisões sobre o processo.

Tendo exposto um pouco sobre o IPSEMG e suas instâncias de suporte à assistência à saúde e auditoria, parte-se agora para a explicação de como se dão esses fatores no Instituto.

4.2 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE IPSEMG

Conforme disposto no capítulo 4 (O IPSEMG), segundo o art. 85 da Lei Complementar nº 64/2002 (MINAS GERAIS, 2002a), a assistência médica, hospitalar e odontológica é prestada pelo IPSEMG, facultativamente, aos segurados relacionados no art. 3º da referida Lei, aos servidores detentores exclusivamente de cargo de provimento em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração, aos agentes políticos e aos servidores admitidos nos termos do art. 10 da Lei nº 10.254, de 20/07/1990, bem como aos seus dependentes. Além destes, os pensionistas também podem ser beneficiários da Assistência à Saúde, nos termos do art. 1º do Decreto nº 42.897/2002 (MINAS GERAIS, 2002b) e o contratado nos termos da lei nº 18.185 de 04/06/2009. (IPSEMG, 2017b).

Em todos os casos, a adesão ao serviço de Assistência à Saúde IPSEMG é facultativa e depende de contribuição, que é descontada do salário do servidor, também chamado de remuneração de contribuição, ou dos proventos do pensionista (IPSEMG, 2017b). De acordo com o art. 26 da Lei Complementar nº 64/2002 (MINAS GERAIS, 2002a), “a Remuneração de Contribuição é o valor constituído por subsídios, vencimentos, adicionais, gratificações de qualquer natureza, bem como vantagens pecuniárias de caráter permanente, ressalvado o prêmio por produtividade regulamentado em lei, que o segurado perceba em folha de pagamento, na condição de servidor público”.

Assim, tudo que compõe a remuneração do servidor ou pensionista, salvo as expressas exceções previstas em lei (o prêmio por produtividade regulamentado em lei, que o segurado perceba em folha de pagamento, o abono-família, a diária, a ajuda de custo e o ressarcimento das despesas de transporte, bem como as demais verbas de natureza indenizatória) é parâmetro para o desconto do custeio da Assistência. (IPSEMG, 2017b).

O Plano compreende os atendimentos médico, odontológico, de natureza clínica, cirúrgica ou preventiva, em ambulatório, hospital ou extra-hospitalar, de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira do IPSEMG. Os serviços, procedimentos, exames, materiais e medicamentos cobertos pelo Instituto constam da Tabela de Honorários e Serviços para a área de Saúde disponível no Portal do IPSEMG. (IPSEMG, 2017b).

O beneficiário do Plano de Assistência à Saúde IPSEMG pode utilizar os serviços prestados por meio da rede própria do Instituto ou pela rede credenciada de serviços de saúde. A rede de serviços próprios do IPSEMG proporciona aos seus beneficiários as assistências médico-hospitalar, ambulatorial, odontológica e de promoção/prevenção à saúde, por meio de recursos humanos, materiais, financeiros e técnicos qualificados, disponíveis nos Centros, Agência e Postos Regionais, no Centro de Especialidades Médicas, na Gerência Odontológica e no Hospital Governador Israel Pinheiro. (IPSEMG, 2017b).

Além disso, o IPSEMG mantém uma rede de profissionais e serviços credenciados na capital e no interior do Estado, em conformidade com o perfil demográfico dos beneficiários de cada região. (IPSEMG, 2017b).

A marcação de consultas médicas e odontológicas na Rede Credenciada do IPSEMG pode ser agendada diretamente nos consultórios dos profissionais e nos demais prestadores do Instituto. Com relação à marcação de consultas médicas na Rede Própria do IPSEMG, esta é feita por meio da Central de Atendimento LIGMINAS. Para facilitar o atendimento, foram definidos dias de marcação de acordo com as especialidades. (IPSEMG, 2017b).

Para a realização de consultas odontológicas na Rede Própria do IPSEMG na capital, a marcação ainda é presencial, na Gerência Odontológica - GEODONT. Para realizar as consultas odontológicas na rede própria do interior é preciso se informar

com a unidade de atendimento mais próxima – Posto, Centro ou Agência do IPSEMG, para conhecer o procedimento. (IPSEMG, 2017b).

A coparticipação é cobrada pelos serviços médicos-hospitalares utilizados a partir de 01/01/2014 pelo segurado, seus dependentes e pensionistas.

Com relação às internações, o valor de coparticipação é fixo. Dessa forma, qualquer que seja o motivo e o tempo de internação, o beneficiário irá pagar o valor previsto na tabela mais abaixo. Todas as cirurgias também serão classificadas no grupo de internação e serão coparticipadas com o mesmo valor. (IPSEMG, 2017b).

A coparticipação médico-hospitalar tem como base a remuneração de contribuição (salário) do segurado ou benefício mensal do pensionista. O beneficiário que recebe remuneração igual ou menor do que um salário mínimo federal tem desconto de 70% no valor da coparticipação, conforme disposto na Tabela1:

Tabela 1 — COPARTICIPAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR

TIPO DE PROCEDIMENTO	SALÁRIO <= MÍNIMO 70% DESCONTO	SALÁRIO > MÍNIMO
Consulta médica (eletiva ou de urgência)	R\$2,55	R\$8,50
Fisioterapia/Fonoaudiologia/Terapia Ocupacional (por sessão)	R\$0,60	R\$2,00
Exame, Terapia e Procedimentos simples	R\$1,05	R\$3,50
Exame, Terapia e Procedimentos especiais	R\$2,55	R\$8,50
Internação	R\$9,90	R\$33,00

Fonte: Cartilha do beneficiário da assistência a saúde do IPSEMG (2017)

A cobrança é feita por meio de desconto direto no contracheque, algum tempo após a realização do procedimento, e pode ser conferida no Extrato de Utilização da Assistência à Saúde, disponível no Portal de Serviços do IPSEMG, ou no próprio contracheque disponibilizado no Portal do Servidor. (IPSEMG, 2017b).

O segurado que utilizar, para si ou seu dependente, assistência odontológica prestada pelo IPSEMG participará do custeio do serviço que lhe for prestado, incluindo material e medicamento utilizados. O cálculo da participação no custeio do serviço odontológico é feito com base na remuneração de contribuição do segurado nas proporções apresentadas na Tabela 2:

Tabela 2 – COPARTICIPAÇÃO ODONTOLÓGICA

25% do valor do tratamento, quando a remuneração de contribuição do segurado for	Inferior ou igual a	2,5 salários mínimos (federal)
50% do valor do tratamento quando a remuneração de contribuição do segurado for	Entre	2,5 e 5 salários mínimos (federal)
70% do valor do tratamento quando a remuneração de contribuição do segurado for	Superior a	5 (cinco) salários mínimos (federal)

Fonte: Cartilha do beneficiário da assistência a saúde do IPSEMG (2017)

Para cada novo atendimento de assistência odontológica a participação do segurado no custeio será calculada em separado. Além disso, alguns procedimentos são isentos de coparticipação. Eles estão dispostos nos termos da Deliberação nº 008, de 28/11/2013, do Conselho Deliberativo do IPSEMG. (IPSEMG, 2017b).

4.3 AUDITORIA NO IPSEMG

Para a compreensão da auditoria no IPSEMG é importante clarificar que o processo de regulação começa bem antes da auditoria. Todos os procedimentos contemplados na Tabela de Honorários e Serviços para Área de Saúde - THS do IPSEMG são regulados via Sistema de Autorização e Faturamento Eletrônico - SAFe, seja por meio da validação das regras de negócio do IPSEMG, aplicadas aos procedimentos de execução direta, seja por meio da autorização prévia emitida pela Central de Regulação do IPSEMG. A solicitação de autorização pode ser feita pelo prestador de serviço que realizará o procedimento ou pelo próprio beneficiário. (IPSEMG, 2017a).

Existem aqueles procedimentos classificados como “não controlados” na THS que não necessitam de autorização prévia para sua realização e podem ser executados diretamente no SAFe. Nesse caso, a regulação é feita por meio das regras de negócio parametrizadas no SAFe, as quais são verificadas e validadas pelo sistema autorizador. (IPSEMG, 2017a).

Para cada campo preenchido, o sistema valida as regras de negócio e retorna mensagem correspondente à validação. A ocorrência de “negativa” do sistema indica que uma ou mais regras não foram atendidas. Nessa situação, o procedimento deve ser submetido à avaliação da Central de Regulação, via SAFe. (IPSEMG, 2017a).

Além disso, existem os procedimentos que necessitam de avaliação e autorização prévia para a execução, e são classificados na THS como “controlado”. O processo de análise dos pedidos de autorização é realizado pela Central de Regulação, a qual conta com uma equipe de médicos que, de forma individualizada, avalia as solicitações cadastradas pelos prestadores no SAFE e emite parecer técnico. Existem prazos para esta avaliação, dispostos na Tabela 3.

Tabela 3 - PRAZOS PARA ANÁLISE DE SOLICITAÇÕES.

TIPOS DE SOLICITAÇÕES	PRAZO (DIAS ÚTEIS/MINUTOS)
Negativa	30 min
Negativa de Consulta	30 min
Controlado	20 dias
Tratamento quimioterápico	07 dias
Internação de urgência	03 dias
Internação eletiva	20 dias
Novo Pacote	03 dias
Tratamento Contínuo	03 dias

Fonte: Manual de Normas para Regulação, Auditoria e Faturamento - IPSEMG.

O IPSEMG também adota critérios no processo de regulação assistencial que determina um limite de execução de procedimentos, sem necessidade de autorização prévia. Este limite estabelecido para cada beneficiário, para execução direta, é dimensionado com base no perfil (etário e epidemiológico), bem como nos parâmetros preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). (IPSEMG, 2017a).

As “negativas” ocorrem quando regras relacionadas à carência, idade, sexo, quantidade prevista de execução e teto não foram atendidas e, por isso, tais procedimentos precisam ser submetidos à avaliação da Central de Regulação. Dessa forma, o IPSEMG, através do SAFE, não nega a realização do procedimento e sim, indica a necessidade de sua submissão à análise da equipe técnica de regulação. (IPSEMG, 2017a).

Tratando-se da auditoria, em si, o IPSEMG a realiza de três formas. A primeira é a auditoria médica presencial. Essa auditoria é realizada para apoiar a avaliação dos pedidos de pré-autorização quando a análise da documentação, enviada à Central de Regulação, não for suficiente para definir sobre o atendimento médico proposto pelo prestador. Esta auditoria se encaixa no modelo de auditoria de contas, definido de acordo com Loverdos (1999), no item 3.3.2 do capítulo 3 do presente trabalho.

Nesses casos, é solicitado que o beneficiário compareça à auditoria presencial no Centro Regional do IPSEMG mais próximo de sua residência. Para os beneficiários residentes em Belo Horizonte, esse procedimento é realizado no Centro de Especialidades Médicas – CEM. (IPSEMG, 2017a).

A segunda forma de auditoria que o IPSEMG realiza é a auditoria técnica (médica, de enfermagem e odontológica). Os auditores e as auditoras médicos e odontólogos são responsáveis por analisar qualitativa e quantitativamente SADT, Honorários Médicos, Medicamentos e Materiais de alto custo, outros (indicação técnica); Acompanhar e avaliar o processo de atendimento, ainda com o paciente internado, assim como a discussão clínica com o médico assistente e outros profissionais da área de saúde, quando necessário; Auditar procedimentos em Prestadores e pacientes pré-definidos; Validar procedimentos cadastrados no SAFE (guia de internação) urgentes e mudança de alteração no diagnóstico inicial, em até 72 horas, Auditar contas de internação e ambulatoriais; Validar prorrogações para continuidade de tratamento; Analisar as contas assistenciais frente aos prontuários, verificar a adequação entre os itens e valores cobrados x contratados x autorizados x efetivamente realizados; Verificar a adequação do tratamento instituído para aquele caso, confrontando a história clínica, a evolução, os exames e as anotações do prontuário; Analisar as contas após fechamento devido a alta, óbito ou transferência do Prestador, verificar pertinência do procedimento através da análise de relatórios médicos, resultados de exames, compatibilidade entre o procedimento liberado e realizado, realizar adequações nas cobranças indevidas e elaboração de argumentação específica aos recursos interpostos pelos Prestadores; Realizar auditoria manual e eletrônica no SADS (Sistema Descentralizado de Assistência a Saúde); Emitir relatórios e pareceres relativos às visitas e à auditoria, quando solicitados; Vistoriar o Prestador quando solicitado e; Realizar auditoria nos municípios indicados pelas coordenações. (IPSEMG, 2017c).

Às auditoras e auditores de enfermagem, por sua vez, cabe a responsabilidade de Analisar qualitativa e quantitativamente diárias, SADT, Medicamentos e Materiais de alto custo, hemoterapia, diluição de medicamentos, formas de administração, curativos especiais, e outros (indicação técnica); Auditar procedimentos em Prestadores e pacientes pré-definidos (contas de internação e ambulatoriais); Analisar as contas assistenciais frente aos prontuários, verificar a adequação entre os itens e

valores cobrados x contratados x autorizados x efetivamente realizados; Verificar a adequação do tratamento instituído para aquele caso, confrontando a história clínica, a evolução, os exames e as anotações do prontuário; realizar adequações justificáveis nas cobranças indevidas; compatibilidade entre o procedimento, materiais e medicamentos, liberados e realizados; analisar recursos apresentados pelos Prestadores; Realizar auditoria manual e eletrônica no SADS (Sistema Descentralizado de Assistência a Saúde); Emitir relatórios e pareceres relativos às visitas e à auditoria, quando solicitados; Vistoriar o Prestador quando solicitado e; Realizar auditoria nos municípios indicados pelas coordenações. (IPSEMG, 2017c).

Tanto a auditoria médica quanto a odontológica e a auditoria de enfermagem feitas no IPSEMG correspondem à Auditoria de Liberação explicada, com base na definição de Soares (2001) e Machado (2000), no item 3.3.2 do capítulo 3 deste estudo.

A terceira maneira que a auditoria ocorre, no IPSEMG, é a auditoria administrativa, em que profissionais administrativos auditam contas de exames laboratoriais, de exames ambulatoriais e consultas eletivas. É papel do auditor administrativo conferir a compatibilidade dos dados do pedido médico/odontológico, da Guia de autorização e da Folha de Execução de Procedimento com os dados sobre o procedimento contidos no sistema SADS, com as regras definidas na Tabela de Honorários e Procedimentos (THS) e no Manual de Normas para Regulação, Auditoria e Faturamento. (IPSEMG, 2017c).

Essa modalidade de auditoria não está disposta em nenhum material bibliográfico estudado. Trata-se de uma modalidade extra, específica do Instituto. A auditoria de consultas, objeto deste estudo, está compreendida neste grupo. Para compreendê-la melhor, foi feita a escolha de dedicar o item 4.4 apenas a ela.

4.4 AUDITORIA DE CONSULTAS NO IPSEMG

A consulta eletiva é um procedimento de execução direta e deve ser autorizada no SAFe, antes da realização do atendimento. Caso a consulta não seja autorizada, o relatório gerado pelo SAFe irá trazer informações com o motivo da negativa da transação. (IPSEMG, 2017a).

As consultas eletivas são remuneradas na quantidade de 01 (uma) a cada trinta dias, por especialidade. Outras consultas realizadas dentro desse período são consideradas retorno e, portanto, não são pagas. O IPSEMG cobre apenas consultas médicas, não sendo passíveis de autorização consultas com outros profissionais da saúde como enfermeiro, nutricionista, psicólogo e outros. O não comparecimento do beneficiário invalida a cobrança da consulta. (IPSEMG, 2017a).

Para faturamento e auditoria de consultas eletivas, o prestador deve apresentar ao IPSEMG a guia de Autorização do SAFe assinada pelo beneficiário/representante.

Com a Guia de autorização em mãos, é papel do(a) auditor(a) administrativo(a) verificar:

1. Se o nome do beneficiário apresentado no pedido é compatível com o nome do beneficiário constante na conta relativa à remessa no sistema SADS. Caso não haja compatibilidade o procedimento deve ser glosado.
2. Código ou descrição do procedimento (consulta eletiva) conforme THS (Tabela de Honorários e Serviços) e quantidade.
3. Data da assinatura. A data da assinatura do médico e do paciente devem constar no documento e ser compatível com a data de execução do procedimento (SADS). Ausência de data também é motivo para glosa.
4. Identificação legível do profissional solicitante (nome e nº do CRM/CRO), carimbo e assinatura. Esses itens são indispensáveis ao pedido. Procedimentos cujos pedidos forem apresentados com ausência de um ou mais desses fatores deverão ser glosados.
5. Profissional solicitante. O IPSEMG aceita somente pedidos de médicos e odontólogos, sendo, este último, somente para procedimentos odontológicos. Contas enviadas para faturamento com pedidos assinados por quaisquer outros profissionais da saúde (enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, dentre outros) devem ser glosadas.
6. Assinatura do beneficiário ou representante devidamente identificado.

Compreendidas as informações passadas neste capítulo, em especial o item 4.4, será exposta, no capítulo 5, a metodologia do estudo.

5 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste num estudo de caso analítico cujo objetivo é problematizar a auditoria de consultas no IPSEMG. Inicialmente houve a coleta de informações sobre a auditoria de consultas no IPSEMG por meio de observação direta, análise documental e coleta de relatos com gestoras e auditores. Posteriormente foi feito o cálculo dos custos do processo por meio da metodologia de custeio por absorção. Os objetivos, respectivamente, são: entender como é o processo, qual é a percepção da alta gestão sobre ele e produzir informações quantitativas que possam embasar decisões gerenciais com relação à continuidade dele ou não.

Em seguida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os gestores da área de regulação e auditoria de outras organizações que prestam o serviço de assistência à saúde a fim de conhecer os modelos que utilizam, entender os motivos que os levaram a optar por estes modelos e verificar seu grau de satisfação com essas escolhas. Isso porque este conhecimento não está disponível publicamente e é importante para a tomada de decisão da gestão do IPSEMG com relação à continuidade ou descontinuidade do modelo adotado atualmente saber qual foi ou está sendo a experiência de outras organizações com outros modelos de auditoria de consultas.

Por fim, serão dispostas as informações coletadas e apresentadas as vantagens e os desafios de cada um dos processos de auditoria de consultas verificados.

A decisão de realizar um estudo de caso foi tomada tendo em vista o objeto do estudo, os problemas levantados e os objetivos aos quais se pretendia chegar. Conforme disposto por Robert K. Yin, em seu livro “Estudo de caso - planejamento e Métodos” (2015):

[...] A pesquisa de estudo de caso seria o método preferencial em comparação aos outros [métodos de pesquisa em ciências sócias] em situações nas quais (1) as principais questões da pesquisa são: “como?” ou “por quê?”; (2) um pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre eventos comportamentais; e (3) o foco de estudo é um fenômeno contemporâneo (em vez de um fenômeno completamente histórico). (YIN, 2015 p. 2).

Ainda, Bruyne, Herman e Schoutheete (1977 apud LIMA et al., 2012) afirmam que o estudo de caso justifica sua importância por reunir informações numerosas e

detalhadas que possibilitem apreender a totalidade de uma situação. A riqueza das informações detalhadas auxilia o pesquisador num maior conhecimento e numa possível resolução de problemas relacionados ao assunto estudado.

A opção por fazer o cálculo dos custos da auditoria de consultas utilizando a metodologia de custeio por absorção foi baseada considerando-se as informações disponíveis, sua simplicidade e o baixo potencial de afetação dos rateios no resultado final dos cálculos.

De acordo com Martins (2003, p.25), o custeio por absorção é um método de cálculo de custos em que todos os gastos relativos ao esforço de produção são distribuídos para todos os serviços feitos. Ainda segundo o autor, ele pode ser representado basicamente pela separação entre custos e despesas, pela alocação dos custos diretos diretamente aos produtos e serviços e pelo rateio dos custos indiretos.

O custo pode ser definido como o gasto – compra de um produto ou serviço qualquer, que gera sacrifício financeiro para a entidade (desembolso) - utilizado na fabricação de um produto ou execução de um serviço. Para a auditoria administrativa de consultas, foram classificados como custos os gastos utilizados na “produção” da auditoria, quais sejam: remuneração da equipe de auditores e os custos da infraestrutura (condomínio, energia, segurança, limpeza, etc) do Centro de Especialidades Médicas (CEM), prédio onde o CRBH está localizado. Os custos foram ainda categorizados em diretos e indiretos; fixos e variáveis, visando melhor analisar os componentes.

Sobre a separação dos custos do processo de auditoria administrativa entre custos fixos ou variáveis, todos foram classificados como fixos, pois seus valores são determinados de forma independente do aumento ou diminuição da produção (número de consultas auditadas). A remuneração dos auditores corresponde à remuneração própria do cargo ou carreira e não varia, portanto, de acordo com o número de contas auditadas.

Com relação à separação dos custos diretos e indiretos, a remuneração da equipe de auditores foi classificada como custo indireto, pois os profissionais não atuam apenas na auditoria administrativa de consultas. Do mesmo modo, os custos com infraestrutura do CRBH também foram classificados como indiretos, pois são

comuns a todo o espaço do CEM. Estes custos, indiretos, são a totalidade que é empregada na auditoria de consultas. Isto porque cada vez que é necessário utilizar qualquer fator de rateio para a apropriação ou cada vez que há o uso de estimativas e não de medição direta, fica o custo incluído como indireto.

Pela área que o CRBH ocupa dentro do CEM ser muito insignificante perto da área total do hospital e pela parcela dos insumos (aluguel, energia e equipamentos) do hospital que são utilizados exclusivamente no trabalho de auditoria de consultas serem também insignificantes, os custos de infraestrutura empregados no processo foram retirados do cálculo. Os custos de depreciação do patrimônio também foram expurgados do cálculo, por serem irrelevantes para a tomada de decisão (adquiridos há muito tempo e com baixo valor nominal).

Feita a separação dos gastos em categorias, foram colhidos os valores correspondentes à remuneração bruta dos funcionários que trabalham com auditoria administrativa de consultas. Os valores para a única servidora pública que trabalha na atividade e para os funcionários da MGS foram obtidos no portal da transparência do Governo de Minas Gerais e da MGS, respectivamente, e o valor dos salários dos três estagiários que trabalham na função foram colhidos com o RH do IPSEMG. A remuneração bruta dos funcionários com vinculação à FENEIS foram obtidos com base em declarações voluntárias feitas por funcionários dos cargos em questão (auxiliar administrativo e auxiliar de escritório), de forma anônima, online.

Com estas informações foi possível, em seguida, calcular o valor monetário, em reais, da hora de trabalho de cada funcionário. Diante da discrepância entre os valores encontrados, foi feita a mediana para considerar nos cálculos do custo da auditoria de consultas. O valor encontrado para a mediana foi de R\$9,02 por hora trabalhada.

Feito isto, houve a observação e a cronometria da auditoria de uma amostra de 382 contas de consulta, obtida via cálculo amostral, que mostrou o tempo médio, em segundos, dedicado para a auditoria de cada conta de consulta. Em seguida, considerando o total de contas auditadas por ano no CRBH, de jan/ 2014 até ago/2017, foi calculado o tempo, em horas, por ano, que os(as) auditores(ras) utilizaram exclusivamente para o desempenho desta função.

Com o dado do tempo total gasto para a auditoria das contas de consulta, por ano, e o dado do valor mediano da hora de trabalho dos auditores administrativos, foi possível calcular o gasto com esse pessoal para o exercício exclusivo da auditoria de consultas, no período de 2014 a 2017. Para verificar se os gastos com pessoal superam ou não os retornos financeiros que a identificação de irregularidades por parte destes profissionais representa, foram comparados os dois dados: gasto com pessoal da auditoria de consultas e valor das glosas, para os anos de 2014, 2015, 2016 e 2017.

Feito este cálculo e tiradas as conclusões sobre ele, começaram as entrevistas. A proposta de realização de entrevistas semiestruturadas e presenciais, ao contrário de rígidas ou na forma de questionário, se deu devido a sua adaptabilidade, que possibilita ao entrevistador complementar o questionário com as perguntas que julgar necessárias, dado as respostas do entrevistado. A escolha das organizações entrevistadas foi feita segundo os seguintes critérios: existência de contato que pudesse intermediar a marcação das entrevistas; similaridades com relação à modalidade de gestão; e diversidade no método de auditoria de consultas eletivas.

A primeira entrevista foi realizada com o diretor da regulação da autogestão de assistência à saúde que chamaremos pelo nome fictício de “PAS”, no dia 29 de agosto de 2017 e teve duração de 11 minutos e 55 segundos. A segunda entrevista, realizada no dia 13 de setembro, foi feita com o diretor da Auditoria da assistência à saúde do IPISM (Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais) e teve duração de 15 minutos e 41 segundos.

Antes da apresentação dos resultados obtidos e de sua análise, virá, no capítulo 6, uma breve explicação sobre as operadoras de assistência à saúde entrevistadas e os serviços que prestam, para que os resultados das entrevistas possam ser melhor compreendidos.

6 AS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ENTREVISTADAS

6.1 O PAS

O PAS, pessoa jurídica de direito privado, foi criado em Assembléia Geral da empresa de economia mista que chamaremos pelo nome fictício de PASB, em 1944. Embora inicialmente seu objetivo fosse ressarcir as despesas de saúde dos funcionários desta empresa, à qual pertencia, com o passar dos anos a cobertura se estendeu para – além dos funcionários da ativa – ex-funcionários, aposentados, pensionistas e seus parentes até 4º grau.

Além disso, depois de 1996, quando ocorreu a aprovação de um novo Estatuto, iniciou-se o processo de autonomia do PAS em relação à PASB. O PAS passou a assumir suas próprias despesas administrativas e iniciou-se a implantação do novo Modelo Assistencial de Atenção Integral à Saúde. Dessa forma, o plano deixou de ser apenas uma empresa pagadora de serviços médicos e tornou-se promotora de saúde.

Posteriormente, o estabelecimento de convênios de Reciprocidade com a o PAS do Rio Grande do Sul (Cabergs) e com o Tribunal de Justiça do Amazonas (TJAM), fez com que o PAS aumentasse bastante o número de participantes de seus planos. Isso porque esses convênios, amparados pela Lei nº 9.656/98, contribuíram para reduzir o custo fixo por participante do PAS.

Seguindo esta linha, o PAS é, hoje, uma operadora de planos de saúde na modalidade de autogestão (instituição sem fins lucrativos que administra a assistência à saúde de seus beneficiários, reduzindo gastos decorrentes de intermediação das empresas de plano de saúde do mercado) e abrangência nacional. Os participantes, 720.000 no Brasil e cerca de 60.000 em Minas Gerais, contribuem mensalmente para um fundo comum usado para arcar com os custos da assistência prestada a todos, quando necessitarem e de acordo com as regras do Plano.

Conforme Art. 3º do Estatuto vigente, são objetivos precípuos do PAS:

- I. conceder auxílios para cobertura de despesas com a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, inclusive odontológica, dos associados, de seus respectivos dependentes e dos participantes externos, observadas as disposições do Regulamento do Plano de Associados, da Tabela Geral de Auxílios e contratos dos Planos de Assistência à Saúde, assegurado o direito de regresso contra o eventual causador do dano aos participantes de seus planos;

- II. conceder auxílios para cobertura de despesas com o funeral do associado e de seus beneficiários inscritos, assegurado o direito de regresso contra o eventual causador do dano e observadas, ainda, as disposições do Regulamento do Plano de Associados e da Tabela Geral de Auxílios;
- III. desenvolver ações, incluídas pesquisas científicas e tecnológicas, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças dos associados, seus beneficiários inscritos e participantes externos;
- IV. desenvolver e executar programas de medicina ocupacional para funcionários da empresa pública* e de outras entidades ou empresas, mediante contrato/convênio;
- V. executar a política de saúde definida pelo Banco do Brasil S.A. para seus funcionários mediante contrato/convênio;
- VI. administrar outros planos ou programas de natureza assistencial, desde que previamente assegurada a cobertura dos ônus decorrentes, bem como executar outros serviços a que esteja legalmente autorizada.

6.1.1 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE PAS

O PAS opera atualmente os planos PAS Família I e II, e Plano de Associados, todos com abrangência nacional. O Plano de Associados é destinado aos funcionários da ativa, ex-funcionários (auto patrocinados), aposentados e pensionistas da PASB, e seus dependentes. A adesão ocorre quando o funcionário toma posse na empresa de capital misto, não havendo exigência de carência. O associado pode incluir os seguintes dependentes: cônjuge, companheiro(a), filhos e enteados até 24 anos de idade.

Aquele que possui condições de ser titular do Plano de Associados não pode ser dependente. Filho ou cônjuge de titular que se torna funcionário da empresa perde a condição de dependente no Plano, pois não é permitido duplo vínculo. O novo funcionário que optar por não aderir ao PAS no momento da posse na empresa, futuramente, só poderá fazer parte do PAS Família.

O Plano PAS Família II foi criado para atender às exigências da Lei nº 9.656/98, de modo que proporciona aos participantes a cobertura assistencial obrigatória definida pela ANS, além de outras garantias. É destinado aos parentes consanguíneos até o 4º grau ou parentes afins até o 2º grau de funcionários da ativa, ex-funcionários, aposentados e pensionistas do PASB, incluindo filhos a partir de 24 anos de idade, bem como ex-funcionários da empresa, funcionários do PSB que não aderiram ao PAS ou que não tenham direito ao Plano de Associados e ex-funcionários. A adesão é feita de forma individual, sendo exigido o cumprimento de período de carência. O associado não é responsável pelo Plano PAS Família de seus parentes.

O Plano PAS Família I foi criado em 1997 para atender a antiga reivindicação dos associados do PAS, que gostariam de ver assistidos seus familiares não pertencentes ao Plano Associados. É um Plano anterior à Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde. Os eventos cobertos e não cobertos estão previstos em contrato.

No que diz respeito às contribuições e mensalidades, elas são realizadas, das respectivas maneiras pela empresa e pelos associados: A PASB contribui mensalmente com 4,5% sobre o benefício de cada funcionário da ativa, aposentado e pensionista e uma vez por ano sobre a gratificação natalina (13º salário). Os associados (funcionários da ativada empresa, aposentados e pensionistas), independentemente de terem ou não dependentes e do número deles, contribuem mensalmente com 3% sobre o total dos benefícios (salário, aposentadoria ou pensão pela PREVI e/ou INSS), e, uma vez por ano, com 3% sobre o valor da gratificação natalina (13º salário). Ex-funcionários que seguem no Plano de Associados na modalidade de auto patrocínio arcam com as duas cotas (pessoal e patronal).

Além disso, os procedimentos estão sujeitos à coparticipação. No caso, os associados pagam 30% do valor da consulta (em pronto-socorro ou com hora marcada), em sessões de psicoterapia, de sessões de acupuntura e visitas domiciliares. Em outros eventos (serviços auxiliares de diagnose e terapia como fisioterapia, RPG, fonoaudiologia, terapia ocupacional) que não envolvam internação hospitalar o associado participa com 10%. Esses percentuais são calculados sobre o valor do procedimento na Tabela Geral de Auxílios (TGA) e limitado a 1/24 do salário bruto. Não há cobrança de coparticipação em quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, diálise, transfusão de sangue, exames e tratamentos vinculados a doenças do trabalho.

Por fim, existem as mensalidades do PAS Família, que varia conforme a faixa etária, seguindo as regras da ANS. Cada participante é titular do próprio plano e paga mensalidade individualmente (não há relação de dependência como no Plano de Associados). Nesse caso não há pagamento de coparticipação.

6.2 O IPSM

O Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais teve origem em 19 de setembro de 1911, quando foi criada, por meio da Lei Estadual nº565, a Caixa Beneficente da Força Pública do Estado de Minas Gerais, com a finalidade de "prover a subsistência das famílias dos oficiais e praças que falecerem". Esta lei estabelecia a obrigação de cada militar contribuir mensalmente com um dia de soldo e isentava o Estado de qualquer participação financeira no custeio dos benefícios, bem como com a fundação da Caixa. (IPSM, 2017).

Em 1934, o Estado passou a contribuir para a previdência dos militares, a partir do Decreto nº 11.324, de 11 de maio, que estabelecia que: "A Caixa Beneficente da Força Pública receberá do Estado a contribuição anual de 300:000\$ (trezentos contos de réis) que lhe será paga em prestações mensais de 25:000\$000 (vinte e cinco contos de réis), a partir de julho do corrente ano". Em 1934, o Estado passou a contribuir para a previdência dos militares, a partir do Decreto nº 11.324, de 11 de maio, que trazia o seguinte texto em seu primeiro artigo: "A Caixa Beneficente da Força Pública receberá do Estado a contribuição anual de 300:000\$ (trezentos contos de réis) que lhe será paga em prestações mensais de 25:000\$000 (vinte e cinco contos de réis), a partir de julho do corrente ano". Apesar de um avanço, a contribuição do Estado era limitada e não supria efetivamente a diferença entre as despesas da "Caixa Beneficente" e sua arrecadação. (IPSM, 2017).

Em 1946, o Decreto-Lei nº 1.730, publicado em 4 de maio do mesmo ano, estabeleceu em seu segundo artigo: " O Estado entrará mensalmente com a importância que faltar à receita ordinária da Caixa Beneficente daquela Corporação, para completar a despesa decorrente de pensões". (IPSM, 2017).

Em 1978 "A Caixa Beneficente" passou a ser uma Autarquia estadual vinculada à Polícia Militar, de acordo com a Lei nº 7.290 de 4 de julho. Com esta nova lei as pensões passaram a ter valores compatíveis com a dignidade de viúvas e órfãos pensionistas, embora ainda não de forma integral. Passou-se a vincular à remuneração do militar falecido e se estabeleceu a contribuição patronal e dos segurados. (IPSM, 2017).

A partir daí, puderam ser ampliados os benefícios a cargo da "Caixa Beneficente", através do auxílio-natalidade, auxílio-funeral, auxílio-reclusão e pecúlio. A assistência

à saúde dos militares, pensionistas e dependentes passou a constituir também uma modalidade de serviço. (IPSM, 2017).

A “Caixa Beneficente” foi transformada no Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais – IPSM, através da Lei nº 10.366, de 28 de dezembro de 1990, com incorporação de novos conceitos de seguridade social, permitindo maior abrangência e melhoria na assistência prestada aos seus segurados, dependentes e pensionistas. (IPSM, 2017).

Na execução da política previdenciária do Estado, em relação aos militares estaduais, o IPSM presta os serviços e benefícios previstos em sua lei básica a mais de 208.000 beneficiários, abrangendo militares da ativa, da reserva e reformados, pensionistas e respectivos dependentes. (IPSM, 2017).

A assistência à saúde prestada pelo IPSM aos servidores militares de Minas Gerais, conforme relato da respectiva gestão de Saúde é bastante similar àquela prestada pelo IPSEMG. Entretanto, não foram fornecidos dados mais detalhados sobre o plano. (IPSM, 2017).

7 ANÁLISE DE RESULTADOS

O presente estudo partiu dos relatos de auditores administrativos de consultas e das gerências, tanto a local, do CRBH, quanto a alta gerência, do Núcleo de contas e auditoria da saúde. Em todos eles houveram afirmações que indicaram insatisfação com a baixa capacidade dos auditores de, de fato, identificar fraudes por meio desta auditoria. O principal ponto colocado em questão em todos os relatos foi o fato de não haver uma forma de comparar, no modelo atual, que é manual, todas assinaturas presentes nas folhas com as assinaturas dos beneficiários e prestadores (médicos e odontólogos) correspondentes. Este ponto sugere que o processo atual é ineficaz, já que não cumpre bem seu objetivo, que é “verificar se (operações, atividades e sistemas de determinada entidade) são executados ou funcionam em conformidade com determinados objetivos, orçamentos, regras e normas” de acordo com a INTOSAI, como destacado no capítulo 3.

Outro ponto destacado, desta vez pela alta gerência, foi a questão do custo-benefício do processo. A dúvida levantada foi se o custo com pessoal, estrutura e equipamentos destinados a esta atividade não superaria o retorno financeiro que as negativas de pagamento – originadas por inconformidades detectadas pela auditoria administrativa de consultas – gerariam

Para entender o processo, responder a este questionamento e confirmar ou refutar as impressões colhidas nos relatos foram coletados dados internos que, trabalhados, produzissem informações que pudessem subsidiar decisões gerenciais.

Os dados coletados foram: as quantidades de contas de consultas médicas e odontológicas pagas e glosadas e seus respectivos valores para os municípios cuja auditoria de contas é realizada no CRBH, para os anos de 2014, 2015, 2016 e 2017, que são os anos nos quais a coparticipação esteve (e está) vigente. Estes dados estão dispostos na tabela abaixo:

Tabela 4 — DADOS SOBRE CONTAS E GLOSAS DE CONSULTAS AUDITADAS NO CRBH, POR MUNICÍPIO, DE 2014 A 2017

ANO	MUNICÍPIO DO PRESTADOR	VALOR DAS CONSULTAS	QTDE. DE CONSULTAS	QTDE. DE CONSULTAS GLOSADAS	VALOR DAS GLOSAS
2014	NOVA LIMA	201.102,00	3.666	7	350,00
	CAETÉ	29.100,00	582	1	50,00
	OURO PRETO	350,00	7	0	0,00
	BELO HORIZONTE	2.212.467,19	43.219	84	5.655,81
2015	NOVA LIMA	139.200,00	2.784	9	450,00
	CAETÉ	40.800,00	816	2	100,00
	OURO PRETO	23.100,00	462	5	250,00
	BELO HORIZONTE	4.217.996,00	84.354	335	17.354,00
2016	NOVA LIMA	163.200,00	3.264	1	50,00
	CAETÉ	43.500,00	870	3	150,00
	SABARÁ	200,00	4	0	0,00
	OURO PRETO	95.600,00	1.912	40	2.000,00
	BELO HORIZONTE	5.316.242,00	106.323	254	13.958,00
2017	NOVA LIMA	98.950,00	1.979	10	500,00
	CAETÉ	25.750,00	515	13	650,00
	SABARÁ	56.400,00	1.128	5	250,00
	OURO PRETO	59.300,00	1.186	5	250,00
	BELO HORIZONTE	2.822.048,00	56.441	192	9.602,00

Fonte: SADS. Elaboração própria.

A primeira coluna, “ANO”, indica o ano em que a fatura foi auditada. A coluna seguinte, por sua vez, indica o município do prestador de serviços que enviou a fatura para auditoria no Centro Regional de Belo Horizonte. A terceira coluna, “VALOR DAS CONSULTAS”, mostra o montante, em unidades monetárias, que as contas de consulta enviadas pelos prestadores de serviço para auditoria no CRBH representam, por município. A coluna “QUANTIDADE DE CONSULTAS” mostra o número, em unidades, de contas de consulta enviadas, por município, para auditoria no CRBH. De modo semelhante, a quinta coluna, “QUANTIDADE DE CONSULTAS GLOSADAS”, aponta o número, em unidades, de contas de consulta enviadas para auditoria no CRBH que foram glosadas, ou seja, contas em que ocorreu recusa de pagamento por parte do IPSEMG devido a não adequação às normas do Instituto, previamente estabelecidas no “Manual de Normas para Regulação, Auditoria e Faturamento de Contas Ambulatoriais e Hospitalares – IPSEMG”. Por fim, a última coluna representa o valor, em unidades monetárias (real) que as glosas representaram.

A primeira impressão que o trabalho com dados objetivou testar foi a da baixa eficácia do processo. Uma vez que a dificuldade em comparar as informações disponibilizadas para a auditoria com um modelo ideal ocasiona a aprovação de

documentos sem esta conferência, o percentual de glosas (negativas de pagamento) de consultas deveria ser muito baixo. Quanto mais próximo de zero, menos eficaz seria o processo.

Para tal, foram compilados, na tabela a seguir, os valores e quantidades totais (sem separação por município) das contas de consulta enviadas para auditoria no CRBH e das glosas realizadas.

Tabela 5 — TOTAL DOS DADOS SOBRE CONTAS E GLOSAS DE CONSULTAS AUDITADAS NO CRBH PARA OS ANOS DE 2014 A 2017

ANO	VALOR DAS CONSULTAS	QTDE. DE CONSULTAS	QTDE. DE CONSULTAS GLOSADAS	VALOR DAS GLOSAS
2014	2443019,19	47474	92	6055,81
2015	44421096	88416	351	18154
2016	5618742	112373	298	16158
2017	3062448	61249	225	11252

Fonte: Própria.

Feito isto, foi feito o cálculo do percentual de glosas, cujos resultados estão dispostos abaixo:

Tabela 6 — DADOS SOBRE GLOSAS DE CONSULTAS NO CRBH PARA OS ANOS DE 2014 A 2017.

ANO	QTDE. PAGA	QTDE. GLOSADA	% GLOSAS
2014	47.474	92	0,1937903
2015	88.416	351	0,396987
2016	112.373	298	0,2651883
2017	61.249	225	0,3673529

Fonte: Própria.

Observando os percentuais de glosa de consultas verificados, por ano, no CRBH, é possível observar que eles são, conforme esperado, muito próximos de zero. Para o cálculo apresentar uma informação válida, entretanto, seria necessário estabelecer um percentual regular, com o qual se pudesse comparar o valor obtido. Mas a informação de um percentual de glosas ou um intervalo percentual de glosas ideal ou regular não é público e nem foi compartilhado pelas operadoras de assistência à saúde entrevistadas. Desse modo, não se pode afirmar, com certeza, que a auditoria administrativa de consultas é ineficaz, apenas com base nesta análise quantitativa, embora a análise qualitativa, obtida com base nos relatos da gerência do CRBH, do NUCS e dos auditores administrativos de consulta, aponte neste sentido.

Partiu-se, então, para o teste da segunda impressão da gestão, de que o custo com o processo de auditoria de consultas supera as economias que o processo, por meio de identificação de irregularidades e, conseqüentemente, recusas de pagamento, representam para o IPSEMG. Os primeiros dados coletados, conforme explicado na metodologia, foram as remunerações básicas brutas de cada um dos auditores administrativos. Com os dados, dispostos na tabela abaixo, em mãos, foi possível fazer o cálculo da hora de trabalho dos auditores, que também pode ser observado na tabela 9.

Tabela 7 — AUDITORES ADMINISTRATIVOS DO CRBH (2017).

AUDITORES ADMINISTRATIVOS CRBH	HORÁRIO	VÍNCULO	REMUNERAÇÃO BÁSICA BRUTA	VALOR HORA
Auditor 1	07:00 às 16:00	EFETIVO	3.159,12	19,75
Auditor 2	08:00 às 17:00	MGS	885,09	5,53
Auditor 3	07:00 às 16:00	MGS	1.443,07	9,02
Auditor 4	07:00 às 16:00	MGS	1.443,07	9,02
Auditor 5	08:00 às 17:00	MGS	1.443,07	9,02
Auditor 6	08:00 às 17:00	MGS	1.443,07	9,02
Auditor 7	13:00 às 18:00	ESTAGIÁRIO	959	9,59
Auditor 8	13:00 às 18:00	ESTAGIÁRIO	959	9,59
Auditor 9	08:00 às 13:00	ESTAGIÁRIO	959	9,59
Auditor 10	07:00 às 16:00	FENEIS	1137	7,1
Auditor 11	13:00 às 19:00	FENEIS	1029	8,6
Auditor 12	13:00 às 19:00	FENEIS	1029	8,6
Auditor 13	7:00 às 13:00	FENEIS	1029	8,6
Auditor 14	12:30 às 18:30	FENEIS	1029	8,6

Fonte: Própria.

Em seguida, devido às disparidades entre os valores das horas de trabalho, foi realizada a mediana destes dados, para facilitar os cálculos posteriores, possibilitando generalização. O valor encontrado foi de R\$9,02 por hora trabalhada.

Feito isto, foi cronometrada a amostra de 382 auditorias de contas de consultas, que permitiu o encontro do tempo de 9,18 segundos de auditoria por conta. Esse dado permitiu o cálculo do tempo dos auditores dedicado à auditoria de todas as contas de consultas eletivas do CRBH nos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017, em segundos e em horas. Com estas informações, dispostas na tabela abaixo, foi possível calcular quanto, em reais, foi o valor do dispêndio do IPSEMG com os auditores administrativos apenas para o desempenho desta função. Os valores obtidos também podem ser observados na Tabela 8:

Tabela 8 — GASTOS NOMINAIS COM PESSOAL PARA A DEDICAÇÃO EXCLUSIVA À DE AUDITORIA DE CONSULTAS.

ANO	QTDE. CONTAS CONSULTA	SEGUNDS DEDICADOS	HORAS DEDICADAS	VALOR GASTO
2014	47.474	435811,32	121,0587	1091,949474
2015	88.416	811658,88	225,4608	2033,656416
2016	112.373	1031584,14	286,55115	2584,691373
2017	61.249	562265	156,18495	1408,788249

Fonte: Própria.

Para concluir se os gastos com pessoal para o desempenho das auditorias de consulta nos anos de 2014 a 2017 foram superiores ou não aos valores das glosas, bastou comparar os dois dados, que se encontram na tabela 9:

Tabela 9 — COMPARAÇÃO NOMINAL DA DESPESA DE PESSOAL PARA O EXERCÍCIO DA AUDITORIA DE CONSULTAS COM O VALOR DAS GLOSAS PARA OS ANOS DE 2014 A 2017.

ANO	GLOSAS	DESPESA PESSOAL
2014	6.055,81	1.091,95
2015	18.154	2.033,66
2016	16.158	2.584,70
2017	11.252	1.408,80

Fonte: Própria.

As informações acima indicam que esta hipótese se provou incoerente com a realidade, já que o custo com pessoal se mostrou inferior à economia financeira que as glosas conferiram ao IPSEMG.

Embora o teste da primeira impressão da gestão tenha sido inconclusivo e o teste da segunda impressão tenha apresentado a invalidez desta, a segunda parte do trabalho previa identificar como outras operadoras de assistência à saúde realizam a auditoria de consultas, o motivo pelo qual optaram por pela forma que realizam e apresentar uma breve análise dos pontos positivos e negativos destas alternativas.

A primeira entrevista, realizada com o diretor de regulação do Plano de autogestão chamado ficticiamente de PAS, que será chamado, também de forma fictícia, Lucas, revelou alguns pontos importantes sobre a regulação e a auditoria de consultas. Assim como o IPSEMG, o PAS também faz uso de um sistema eletrônico de regulação, que atua conforme as regras de negócio e normas do plano. Este sistema produz o mesmo documento de autorização que o sistema do IPSEMG apresenta e que, assinado pelo paciente e prestador é atestado de realização do procedimento. Ao contrário do IPSEMG, os prestadores de serviços do PAS não precisam enviar o documento assinado para a regulação do plano, conforme pode ser percebido no trecho da entrevista destacado abaixo.

“A gente tem um sistema chamado Orizon que comunica pelo prestador com a nossa central PAS e o retorno também é feito da mesma forma, a autorização também sai por ali. Se precisar de algum procedimento associado a essa consulta, também pede ali. Ela produz um documento físico que o beneficiário tem que assinar e consta em contrato que o prestador tem que guardar essa documentação caso a PAS venha a solicitar. Então é responsabilidade do prestador fazer a guarda da autorização com a assinatura do participante.” (LUCAS, 2017)

Sobre a auditoria, em si, o diretor de regulação do PAS deixou claro que ela não é feita pela organização, que não tem interesse em passar a fazer e apresentou os motivos de tal decisão, apontados em trecho abaixo.

“A auditoria de consulta ele (o PAS) não realiza em hipótese alguma. Por que? Eu te expliquei que tem dois tipos de plano um é o associado e um é o PAS família. O plano associado tem coparticipação (...) e o plano PAS família não tem a coparticipação. Porque como ele paga o plano mensal ele tem direito a cobertura completa. O associado paga parte do salário dele para a família dele direto. Marido, esposa, filhos, um único valor. Ele paga 3% do salário dele independente do numero de pessoas que tem na família dele. (...) em caso de fraude, se o plano for utilizado (...) do associado por outra pessoa que ele não tenha ciência, isso vai aparecer no contracheque dele e então ele vai notificar o PAS. Isso é uma forma de auditoria.” (LUCAS, 2017)

Aqui, fica claro o primeiro motivo para a organização não realizar a auditoria de consultas: ela considera que a coparticipação é, por si só, um meio satisfatório de controle do uso dos serviços (pelo usuário) enviados para faturamento pelos prestadores de serviço.

O IPSEMG, que tem um sistema de assistência à saúde coparticipativo desde 2014, também apresenta, de acordo com a alta gestão, casos de relatos devidos de não comparecimento de beneficiários a consultas cobradas. Isso aponta que, ao menos nestes casos, a coparticipação se mostrou um filtro antifraudes mais eficaz que

a auditoria administrativa, uma vez que, para que o beneficiário seja cobrado, os procedimentos correspondentes à cobrança devem ter passado por auditoria anteriormente.

Cabe questionar, entretanto, que, ao transferir a responsabilidade da averiguação da adequação das contas de consulta para o beneficiário, o IPSEMG perde o controle sobre estes procedimentos, cujos custos são atribuídos às receitas do IPSEMG em 94,9% para pacientes que recebem menos de um salário mínimo e em 83% para pacientes que recebem mais que um salário mínimo. Pelo fato de os valores da coparticipação de consultas pagos pelos beneficiários serem baixos (R\$2,55 e R\$8,50) é maior a chance de que cobranças indevidas passem despercebidas do que se se tratassem de valores maiores. Para solucionar esta questão, entretanto, uma boa alternativa é realizar uma campanha nas unidades de atendimento do IPSEMG e em suas mídias sociais alertando a população beneficiária da importância de estar sempre atenta aos contracheques e indicando números para a comunicação de divergências entre as cobranças feitas pelo IPSEMG e os serviços realizados por esta população.

Em outro trecho da entrevista, colocado abaixo, o diretor de regulação do PAS explicita que, embora a auditoria não seja um procedimento rotineiro, ela pode ocorrer no caso de ser identificada alguma situação atípica com relação a algum prestador de serviço. Isso é possível devido à presença, em contrato de credenciamento, de cláusula que obriga ao prestador guardar todas as guias de autorização dos procedimentos que realiza, devidamente assinados e, também, a obrigatoriedade de fornecê-las ao plano em caso de solicitação.

“No caso, o PAS também monitora indiretamente as consultas (...) no geral. Se aparecer alguma coisa que destoa da normalidade a gente pode entrar em contrato com o prestador e solicitar essas guias assinadas pelo participante. Então é uma forma de auditoria. Mas uma auditoria específica para consulta não existe. O PAS ele tem a estrutura da auditoria composta apenas por médicos e enfermeiros auditores.” (LUCAS, 2017)

Este tipo de auditoria, pontual e focalizada, é passível de implantação para o IPSEMG, uma vez que necessita apenas de introdução de cláusula no contrato. Um ponto positivo desta modalidade é que pouparia o IPSEMG de manter um espaço físico de armazenamento das remessas, como há hoje nas regionais. O direcionamento e focalização da auditoria em casos destoantes da normalidade

também poupariam tempo, recursos humanos e insumos, já que seriam realizados em número menor de ocorrências. O ponto negativo fica na vinculação desta auditoria pontual e focalizada à denúncia por parte de beneficiários, cujas fraquezas já foram apontadas neste capítulo.

Outro ponto destacado pelo gestor como determinante para a não realização de consultas são os esforços de trabalho despendidos na auditoria de consultas para um baixo retorno financeiro na identificação de inconformidades, se comparados aos retornos gerados por outros procedimentos que a assistência à saúde PAS realiza e cuja auditoria demanda esforços menores de pessoal, de acordo com o trecho abaixo.

“E aí, porque que o PAS não faz auditoria de consulta? Porque pela abrangência do PAS, pelo volume de atendimentos que é feito no PAS para essas 700.000 vidas a consulta ela não é representativa com relação aos outros procedimentos. Por exemplo: uma cirurgia que é feita, uma cirurgia cardíaca num hospital, ela pode custar 100.000 reais isso vai equivaler a, sei lá, 1000 consultas. Então eu teria que avaliar, para o mesmo montante de valores significativos, 1000 consultas” (LUCAS, 2017)

De forma semelhante ao relatado pelo diretor do PAS, no Instituto as consultas são mais baratas que a maior parte dos procedimentos ofertados pela assistência à saúde e, portanto, os esforços de trabalho de auditoria necessários para a obtenção do retorno financeiro auferido com a identificação de incongruências em outros procedimentos são, de fato, superiores. Por outro lado, o volume de consultas tende a ser superior ao número de grandes cirurgias e, portanto, no montante final, seus valores representam um valor monetário significativo.

As motivações apresentadas, em entrevista, pelo Diretor de Regulação do PAS são plausíveis e, embora a opção por regular as consultas sem um processo de auditoria rotineiro tenha pontos negativos, ela se apresenta como uma alternativa à auditoria administrativa de consultas que é realizada hoje no IPSEMG. Isso porque, além de possuir muitos pontos positivos, como a receita da assistência à saúde do IPSEMG é advinda das contribuições mensais dos beneficiários e a contribuição patronal do Estado, não há nenhum impeditivo legal para o abandono da prática regular de auditoria de consultas. Ela é um mecanismo opcional e próprio de controle dos dispêndios da Assistência à Saúde do IPSEMG.

O IPSM, segundo o diretor Vinicius, assim como o PAS e o IPSEMG, possui um sistema eletrônico autorizador, conforme o seguinte fragmento da entrevista:

“(...) logo no momento da consulta ou previamente o prestador tem que solicitar autorização ao instituto né. Daquele atendimento. Ele utiliza um sistema eletrônico de autorização que a gente chama de sigas e com o sigas ele tem o acesso (a gente fala que o beneficiário tem acesso) ao benefício. E a gente controla esse acesso de acordo com as várias regras de negócio que a gente tem. O próprio sistema já gerencia essa autorização. Ele tem essa inteligência que a gente chama de RTC (Regras de Tratamento Clínico) e o workflow, que é as nossas regras que são armazenadas e são definidas pelos gestores do sistema. (...) As consultas eletivas médicas e odontológicas nós fazemos um controle propriamente dentro do sistema. Então o sistema que traz pra gente, propriamente todo esse tipo de controle né.” (VINICIUS, 2017)

Embora o sistema autorizador seja uma importante ferramenta de regulação, ele não verifica o ponto mais crítico da auditoria de consultas: a presença do beneficiário. Quando questionado sobre este ponto, o Diretor de Auditoria do IPSM esclareceu sobre o processo de auditoria realizado que, como pode ser verificado no excerto abaixo, é bastante similar à auditoria atual do IPSEMG.

“Sobre a presença do beneficiário, hoje, como é que a gente controla isso? Controla através, ainda, do papel. O beneficiário, ele é que atesta o atendimento, através de um comprovante de autorização né que é gerado pelo sistema. Ele assina aquele documento e consequentemente o próprio médico também é obrigado a assinar ou o dentista. Eles assinam juntos né e é feita a checagem aqui pela auditoria. (...) Hoje, atualmente, pelas restrições do próprio estado, pro nosso controle a gente precisa do papel. Então a gente tem um revisor administrativo que faz a checagem desses itens. Se constam as assinaturas né.” (VINICIUS, 2017)

Em seguida, o Diretor revelou a intenção de mudar a modalidade de auditoria de consultas e as motivações para tal:

“Nós estamos com um projeto agora que a gente vai começar a implementar ano que vem que é a biometria, que é o controle biométrico do acesso, que a tendência é a gente já eliminar o papel e ter o controle através de biometria. (...) (A mudança para a biometria) é uma questão de economicidade mesmo, de economia mesmo e diminuição dos esforços de trabalho. (...) Pra você ter uma ideia a gente gasta hoje, com uma rotina própria, só pra atendimento de consulta, nós temos uma sala basicamente aqui de mais de 20 metros quadrados com seis pessoas administrativas trabalhando especificamente com essa atividade. Isso aqui em belo horizonte. Fora nas outras localidades que são descentralizadas o pagamento, né? O processamento. Então isso está gerando um processo de trabalho enorme pra gente e um gasto com recursos humanos desnecessário.” (VINICIUS, 2017)

Sobre a mudança, o diretor informou que foi realizada pesquisa com os prestadores de serviços do IPSM para saber se eles já possuem o equipamento biométrico, o que diminuiria os custos de implantação e afirmou que a biometria é

parte de um projeto maior que tem como objetivo eliminar o uso de papel para a realização das auditorias, como pode ser observado a seguir:

“(...) estamos vendo com os prestadores e as rotinas que outras operadoras trabalham e estamos vendo que nós estamos bem atrasados então resultado disso: estamos olhando uma modalidade de certificação digital de todos os nossos processos e pra gente fechar essa certificação precisa da biometria. Então a gente vai implementar a biometria que vai ter um custo, sem dúvida nenhuma, de cadastramento, de controle, de gasto para o prestador, mas que a gente sabe que o prestador já tem o leitor biométrico já porque ele usa de outra operadora, então, no final das contas, a gente sabe que o custo pra nós, no final de entorno de 5 anos vai pagar o que gente vai investir agora.” (VINICIUS, 2017)

O trecho acima também mostra que foi realizada uma estimativa dos custos de implantação do projeto e que há uma perspectiva de retorno do investimento feito, em cinco anos, que, para o setor público, pode ser considerado curto prazo.

Os métodos de identificação biométrica têm o objetivo de autenticar o indivíduo pelas características que apresenta. Como o maior problema da auditoria de consultas no IPSEMG, hoje, é a autenticação, esta pode ser uma boa alternativa. A identificação biométrica analisa as características dos indivíduos de várias formas, que podem ser divididas em dois tipos: características físicas ou comportamentais. Os métodos de reconhecimento por características físicas são: reconhecimento pela íris, pela retina, pela impressão digital, pela voz, pela geometria da face e pela geometria das mãos. Os métodos de reconhecimento por características comportamentais são: pela assinatura autógrafa, pela voz, pela dinâmica da digitação e pela temperatura corporal.

Estes métodos possuem em comum os processos de captura e comparação dos parâmetros biométricos. Primeiramente, ocorre o processo de registro da informação individual, que captura os parâmetros biométricos da pessoa que se apresenta frente ao aparelho que quantifica suas características métricas e armazena seus dados biométricos particulares; em seguida, dá-se o processo de comparação de parâmetros, que carrega na memória os padrões biométricos de referência de características, compara com os dados particulares armazenados, busca coincidência ou não com registros previamente realizados, classifica a informação e, finalmente, libera ou bloqueia acesso.

Apesar dos processos serem semelhantes, os padrões métricos e equipamentos eletrônicos utilizados diferenciam bastante os vários métodos

biométricos. Cada método de biometria possui um grau maior ou menor de segurança, que obedece aos fatores de singularidade de cada aspecto biométrico e de sensibilidade de captação dos dispositivos eletrônicos de biometria. Segundo a Tabela 10, elaborada pelo estudioso do assunto Prof. Adilson Gonzaga (2006, apud THERRIEN E TRONCO, 2006), a identificação biométrica da impressão digital, a qual o IPSM pretende implementar, tem nível de segurança médio, se comparado às demais modalidades.

Tabela 10 — SEGURANÇA DA AUTENTICAÇÃO BIOMÉTRICA POR MODALIDADE.

MÉTODO	PADRÃO CODIFICADO	ERROS NA IDENTIFICAÇÃO	SEGURANÇA
Íris	Padrão da íris.	1/1.200.000	Alta
Impressão Digital	Minúcias.	1/1.000	Média
Mão	Tamanho, comprimento dos dedos e das mãos.	1/700	Baixa
Face	Perfil, distribuição dos olhos, nariz, boca, etc.	1/100	Baixa
Assinatura	Formato da letra, ordem da escrita, pressão da caneta.	1/100	Baixa
Voz	Características da voz.	1/30	Baixa

Fonte: Therrien e Tronco (2006)

Isso se deve ao fato de a impressão digital ser passível de falsificação com o uso de um simples molde do dedo em silicone ou gelatina, que são capazes de reproduzir minúcias com alto grau de fidelidade. Ao contrário dos outros métodos, que só reconhecem tecido vivo, a impressão digital pode ser capturada utilizando-se material artificial.

Por outro lado, a modalidade de certificação biométrica de mais alto grau de segurança é, segundo os autores Therrien e Tronco (2006) mais cara. Portanto, considerando-se as limitações orçamentárias do Instituto e a insatisfação da gestão com o atual método de auditoria utilizado no IPSEMG, a autenticação biométrica de impressões digitais, mesmo com a possibilidade de falsificação, é uma alternativa passível de implantação pelo Instituto.

O ponto negativo desta alternativa com relação à apresentada anteriormente (de auditoria pontual e focalizada em prestadores que apresentarem comportamento suspeito) é que a autenticação biométrica (em qualquer modalidade) produz maiores custos imediatos ao IPSEMG, com o recadastro dos beneficiários, com a formulação

deste novo sistema, com a compra dos equipamentos necessários e instalação nos prestadores, além dos custos posteriores com manutenção e monitoramento.

É fato que estes custos podem ser mitigados com a economia de pessoal administrativo que a nova medida proporcionará e, também, caso, como ocorreu no IPSEM, seja identificado que um grande número de prestadores do IPSEMG já possui o equipamento biométrico. Outra maneira de gerar economia, que será utilizada pelo IPSEM, conforme trecho destacado abaixo, e é passível de utilização também pelo IPSEMG, é a utilização dos prestadores como pontos de cadastro.

“A gente já fez até já umas consultas, principalmente com parceiros que a gente tem que são gigantes, né, igual grandes laboratórios igual o hermes pardini, e a gente já está com um projeto de utilizá-los como nossos pontos de cadastro. Pra gente não ter esse trabalho.”
(VINICIUS, 2017)

Caso seja possível fazer as economias mencionadas, caberia ao IPSEMG arcar apenas com os custos do sistema. Ainda assim, é importante colocar que, mesmo com as economias, a integração do sistema biométrico com os sistemas utilizados atualmente pelo Instituto teria os custos mais elevados. Cabe a um estudo específico averiguar o retorno financeiro e de governança da mudança.

Um ponto positivo da autenticação biométrica, principalmente em comparação com o modelo atual usado no IPSEMG e a alternativa usada pelo PAS, é que ele fornece maior segurança que esses modelos, pois fornece um modelo ideal para comparação e apura, por si só a compatibilidade entre ele e a informação de identidade fornecida pelo beneficiário.

Outro ponto positivo é que se trata de uma auditoria prospectiva, ou seja, que já inibe o atendimento médico ou odontológico indevido antes de sua ocorrência. Da forma atual, como faz o IPSEMG, a auditoria, quando eficaz, impede o pagamento do serviço prestado em inadequação e, assim, a cobrança do beneficiário, mas não impede que, por exemplo, uma pessoa mal-intencionada que tenha comparecido à consulta se identificando como outro paciente tenha sucesso em sua empreitada. De modo semelhante, esta auditoria inibe todo o trabalho de estorno de pagamento e devolução de parcela da coparticipação ao beneficiário lesado, que, no caso do PAS e sua auditoria pontual e focalizada, ocorre.

Deste modo, fica claro que cada modalidade de auditoria levantada tem seus pontos positivos e negativos, que, aqui elencados, podem subsidiar decisões

gerenciais que resolvam o imbróglio que a atual auditoria de consultas é, para o IPSEMG.

8 CONCLUSÕES

De acordo com o apresentado no capítulo 2, a principal importância da auditoria nas organizações públicas é contribuir para o controle da regularidade e da conformidade dos serviços fornecidos com as expectativas das partes interessadas, agregando valor à organização. Os relatos das gestoras de auditoria do IPSEMG revelaram vários questionamentos sobre a auditoria de consultas que é feita atualmente no Instituto e a impressão de que este processo, no modelo atual, não agrega valor à governança da organização.

O estudo bibliográfico permitiu a percepção de que a modalidade auditoria administrativa de consultas é bastante particular ao IPSEMG, de modo que as modalidades descritas no item 3.3.3 do presente trabalho não a representam e, tampouco foram encontradas referências a ela em outros textos. A falta de referência a este tipo de auditoria em livros e artigos de renomados autores da área torna compreensíveis as dúvidas da gerência do IPSEMG quanto à importância da auditoria administrativa de consultas para o Instituto.

A pesquisa e desenvolvimento deste trabalho foram muito gratificantes, especialmente por três razões: a primeira é que ele se propõe a ser o primeiro passo para a tomada de uma decisão que prevê solucionar o imbróglio que a auditoria administrativa de consultas se tornou para a gestão do IPSEMG. Isso é particularmente significativo porque nesta decisão se apresenta uma possibilidade real de geração de ganhos em eficiência e eficácia para o Instituto. A segunda razão é que este estudo gerou uma onda de questionamentos sobre outros processos de auditoria que o instituto realiza e esses questionamentos podem, futuramente, impulsionar outros estudos e mudanças. A terceira razão é que esta monografia trouxe luz sobre processos geralmente protegidos e pouco falados, à medida que não só explicou o funcionamento de modalidades de auditoria de consultas, mas também apresentou relatos das experiências de operadoras de saúde com eles sob a perspectiva da gestão.

O desenvolvimento do trabalho apresentou desafios, entretanto, que limitaram o potencial de relevância dos resultados apresentados. Foram eles: a dificuldade de conseguir que os gestores de outras operadoras de saúde concedessem entrevistas

e a dificuldade de obter informações fidedignas sobre a auditoria de consultas no IPSEMG, que pudessem ser usadas nos cálculos de custos e eficácia.

Embora com estas dificuldades, o projeto conseguiu alcançar seu objetivo, de fornecer informações que pudessem subsidiar decisões gerenciais sobre a auditoria administrativa de consulta no IPSEMG e foi além, ao estabelecer um vínculo com outros planos que pode contribuir, em outros âmbitos com o Instituto, futuramente.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, I. da P. S. **Introdução à auditoria operacional**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

ATTIE, W. Controle interno. In: **Auditoria: conceitos e aplicações**. 2. ed. São Paulo: Atlas. 1984. cap. 7. p. 60-68.

BARZELAY, M. **Instituições centrais de auditoria e auditoria de desempenho: uma análise comparativa das estratégias organizacionais na OCDE**. Revista do Serviço Público, abr./jun. 2002, ano 53, n. 2, p. 5-35.

BRASIL. **Decreto no 3496 de 01 de junho de 2000**. Dispõe sobre a competência do DENASUS. Disponível em <<http://www.funasa.gov.br/Decreto3496.htm>>. Acesso em: 19 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Manual de Normas de Auditoria**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1996. 37 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1069, de 19 de agosto de 1999**. Dispõe sobre proposta de reorganização das atividades de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/sas/Portaria1069.htm>>. Acesso em: 26 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1147, de 17 de outubro de 2000**. Altera o Decreto 3.496, de 01 de junho de 2000, sobre as unidades organizacionais dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde nas unidades federadas. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/sna/REP_GM_P1.147_00sna.doc>. Acesso em: 19 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2266, de 12 de dezembro de 2001**. Institui o Conselho de Auditores do SNA. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/sna/GM_P2.266_01sna.doc>. Acesso em: 19 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 373 de 28 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Disponível em <<http://www.teresina.pi.gov.br/saude/legislacao/NOAS-01-2002.htm>>. Acesso em: 19 mai. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa**. 6.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2004.

CALEMAN, G.; MOREIRA, M.L.; SANCHES, M.C. **Auditoria, Controle e programação de Serviços de Saúde**, 1998. Disponível em: <<http://dspace.fsp.usp.br/xmlui/bitstream/handle/bdfsp/654/cal001.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

IPSEMG. **Manual de Normas para Regulação, Auditoria e Faturamento de Contas Ambulatoriais e Hospitalares.** Fev. 2017. Disponível em: <<http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/portal/m/site/saude/tabelas/2161-tabelas-de-procedimentos/2160/561>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

IPSEMG. **Manual do Beneficiário.** Disponível em: <<http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/portal/m/site/saude/assistencia-a-saude/26040-orientacao-ao-beneficiario/5720/561>> Acesso em: 17 abr. 2017.

IPSEMG. **Manual para auditar.** 2017.

IPSM. **Histórico.** 2017. Disponível em: <<http://www.ipsm.mg.gov.br/institucional.asp?institucional=historico>> Acesso em: 18 out. 2017.

JUND, S. **Auditoria – Conceitos, Normas, Técnicas e Procedimentos.** 2. Ed. São Paulo: Impetus. 2002.

JUNQUEIRA, W.N.G. **Auditoria médica em perspectiva:** presente e futuro de uma nova especialidade. Criciúma: Edição do Autor, 2001.

LIMA, J. P. C. et al. **Estudos de Caso e sua Aplicação:** Proposta de um Esquema Teórico para Pesquisas no Campo da Contabilidade. São Paulo: Revista de Contabilidade e Organizações, 2012. 127-144 p. v. 6. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rco/article/view/45403>>. Acesso em: 04 out. 2017.

LIMA, S. B.S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. São Paulo: **Revista Acta Paul Enferm**, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a03v19n3>> Acesso em: 08 set. 2017.

LINCSUK, L. M. W. **Governança aplicada à administração pública - a contribuição da auditoria interna para sua efetivação:** um estudo em Universidades Públicas Federais. Curitiba, 2012. Disponível em: <http://repositorio.utfpr.edu.br:8080/jspui/bitstream/1/381/3/CT_PPGPGP_M_Linczuk%2c%20Luciane%20Mialik%20Wagnitz_2012.pdf> Acesso em: 08 nov. 2017.

LORVEDOS, A. **Auditoria e análise de contas médicas-hospitalares.** São Paulo: STS, 1999.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M; CORREA, A. dos R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. São Paulo: **Revista Esc. Enferm. USP**, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3610/361033316017/>> Acesso em: 08 set. 2017.

MELO, M. B. de. **O Sistema Nacional de Auditoria do SUS:** estruturação, avanços, desafios e força de trabalho. 2007. 217 p. Monografia (doutorado em Saúde Pública) – FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4379>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 42.897**. 2002. Disponível em: <<http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/portal/m/site/institucional/4220-legislacao/517/561>> Acesso em: 07 out. 2017.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 45.695 de 12 de agosto de 2011**. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=DEC&num=45695&comp=&ano=2011&aba=js_textoAtualizado#texto> Acesso em: 05 out. 2017.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 46.417 de 30 de dezembro de 2013**. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=DEC&num=45695&comp=&ano=2011&aba=js_textoAtualizado#texto> Acesso em: 06 out. 2017.

MINAS GERAIS. **Lei Complementar nº 64**. 2002. Disponível em: <<http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/portal/m/site/institucional/4220-legislacao/517/561>> Acesso em: 06 out. 2017.

MINAS GERAIS. **Lei nº 1.195 de 23 de dezembro de 1954**. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?num=1195&ano=1954&tipo=LEI>> Acesso em: 05 out. 2017.

MINAS GERAIS. **Lei nº 10.254 de 20 de julho de 1990**. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=10254&ano=1990>> Acesso em: 03 nov. 2017.

PINA, V.; TORRES, L. **La contabilidad del sector público**, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151970772005000200007> . Acesso em: 12 abr. de 2017.

RIBEIRO, L. Auditoria em Saúde. In: **Especialização em Auditoria e Gestão em Saúde**. Curitiba, 2009.

RICARDINO, A.; CARVALHO, N. **Breve retrospectiva do desenvolvimento das atividades de auditoria no Brasil**, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-70772004000200002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 mai. de 2017.

SANTOS, L. **Sistema Nacional de Auditoria**: Cartilha sobre auditoria no âmbito do SUS. Brasília, Conselho.

SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da Qualidade dos Registros de Enfermagem no Prontuário por meio da Auditoria. São Paulo: **Revista Acta Paul Enferm**, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3>> Acesso em: 08 set. 2017.

SOUZA, L.A.; DYNIEWICZ, A.M.; KALINOWSK, L.C. Auditoria: uma abordagem histórica e atual, 2010. **Revista RAS**, v. 12, n. 47, p. 71-78, abr/jun, 2010.

TCU, **Referencial de Governança Pública**. 2014. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A24F0A728E014F0B34D331418D>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

TCU. **Referencial Básico de Governança Pública**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A24F0A728E014F0B34D331418D>> Acesso em: 06 nov. 2017.

YAMAMOTO, T. **Auditoria na Administração Pública**. Rio de Janeiro.

YIN, R. K. **Estudo de Caso – Planejamento e Métodos**. 5. Ed. São Paulo: Bookman, 2015. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=EtOyBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=metodologia+de+pesquisa+estudo+de+caso+analítico&ots=k4mjmxXsy&sig=SNmaWN1v5cFdZnkuuRa3xbTQ#v=onepage&q=metodologia%20de%20pesquisa%20estudo%20de%20caso%20anal%C3%ADtico&f=false>>. Acesso em: 04 out. 2017.

10 APÊNDICE A

Perguntas bases da entrevista com o PAS e o IPSM.

1. Qual é a natureza do plano?
2. Qual é a abrangência do plano? (nacional, estadual, regional, municipal).
3. Quantos beneficiários?
4. Como é o processo de consulta no plano? (desde a marcação pelo beneficiário até o envio para auditoria pelo prestador)
5. Como a auditoria está estruturada dentro da organização? (técnica, administrativa, centralizada, descentralizada)
6. Como é feita a auditoria de consultas hoje? Quais são os insumos necessários para que ela ocorra?
7. Sempre foi assim?
 - a) Se sim:
 - a.1 A gestão está satisfeita com os resultados da auditoria atual ou gostaria de mudar? Se gostaria de mudar, por quê?
 - a.2 Quais são os pontos negativos dessa auditoria? E os pontos positivos?
 - b) Se não:
 - b.1 Como era feita antes?
 - b.2 Por que optaram por mudar a forma de auditar consultas?
 - b.3 Foi feito algum estudo para embasar a mudança? Se sim, qual foi o estudo?
 - b.4 Por que o método escolhido para a mudança foi este?
 - b.5 Quais foram os ganhos que a mudança trouxe e quais foram as perdas?
 - b.6 A mudança gerou aumento ou diminuição dos custos (a curto, médio e longo prazo)?
 - b.7 Quais eram os gargalos da auditoria passada e quais são os gargalos da atual? E os pontos positivos de cada uma?
 - b.8 A gestão está satisfeita com os resultados da auditoria atual ou gostaria de mudar? Se sim, por quê?