Continue

Você está procurando os significados de AIH? Na imagem a seguir, você pode ver as principais definições de AIH. Se você quiser, você também pode baixar o arquivo de imagem para imprimir, ou você pode compartilhá-lo com seu amigo via Facebook, Twitter, Pinterest, Google, etc. Para ver todos os significados de AIH, por favor, role para baixo. A lista completa de definições é mostrada na tabela abaixo em ordem alfabética. A imagem a seguir apresenta os significados mais utilizados de AIH. Você pode baixar o arquivo de imagem no formato PNG para uso off-line ou enviá-lo para seus amigos por e-mail.Se você é um webmaster de site não comercial, por favor, sinta-se livre para publicar a imagem das definições do AIH em seu site. Como referido anteriormente, a imagem associada à sigla AIH está formatada em PNG, que significa Portable Network Graphics. Esta imagem tem dimensões específicas, com um comprimento de 669 pixéis e uma largura de 350 pixéis. O tamanho do ficheiro da imagem é de aproximadamente 60 kilobytes. Este formato e tamanho são escolhidos para garantir que a imagem mantém uma elevada qualidade e ao mesmo tempo é eficiente em termos de armazenamento e tempo de carregamento. O que significa AIH? Esta página é sobre os vários significados possíveis da sigla, abreviatura ou calão. Se achar esta informação útil ou interessante, sinta-se à vontade para a partilhar nas suas plataformas de redes sociais favoritas. Se pretende que os seus visitantes acedam a uma lista abrangente de todos os significados possíveis do acrónimo AIH, é recomendado que incorpore o acrónimo na sua bibliografia utilizando formatos de citação adequados. Todas as definições de AIH Como mencionado acima, você verá todos os significados de AIH na tabela a seguir. Por favor, saibam que todas as definições estão listadas em ordem alfabética.Você pode clicar nos links à direita para ver informações detalhadas de cada definição, incluindo definições em inglês e seu idioma local. Esta página ilustra como o AIH é usado em fóruns de mensagens e bate-papo, além de softwares de redes sociais como VK, Instagram, Whatsapp e Snapchat. Na tabela acima, é possível visualizar todos os significados de AIH: alguns são termos educacionais, outros são termos médicos e até termos de computador. Se você conhece outra definição de AIH, entre em contato conosco. Nós o incluiremos na próxima atualização do nosso banco de dados. A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é um documento essencial para a realização de internações em hospitais, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Este documento é utilizado para formalizar a autorização de procedimentos hospitalares, garantindo que os serviços prestados sejam cobertos pelo sistema de saúde. A AIH é um instrumento que visa assegurar a transparência e a correta utilização dos recursos públicos na área da saúde.Importância da AIH no Sistema de SaúdeA AIH desempenha um papel crucial na gestão da saúde pública, pois permite o controle e a fiscalização das internações hospitalares. Com a utilização da AIH, é possível monitorar a quantidade de internações realizadas, os tipos de procedimentos executados e os custos envolvidos. Isso contribui para a eficiência do sistema, evitando fraudes e desperdícios de recursos, além de assegurar que os pacientes recebam o atendimento necessário de forma adequada.Como funciona a emissão da AIH?A emissão da Autorização de Internação Hospitalar deve ser realizada por um médico responsável, que deve preencher um formulário específico com informações detalhadas sobre o paciente, o diagnóstico e o procedimento a ser realizado. Após o preenchimento, a AIH é encaminhada para a unidade de saúde onde o paciente será internado. É importante que a AIH seja emitida antes da internação, pois sua ausência pode resultar em dificuldades na cobertura dos custos pelo SUS.Tipos de AIHExistem diferentes tipos de AIH, que variam conforme a natureza do procedimento e a urgência da internação. A AIH pode ser classificada como programada, quando a internação é agendada com antecedência, ou como de urgência, quando a internação é necessária de forma imediata. Cada tipo de AIH possui requisitos específicos e deve ser preenchida de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.Documentação necessária para a AIHPara a emissão da Autorização de Internação Hospitalar, é necessário apresentar uma série de documentos que comprovem a necessidade da internação. Isso inclui laudos médicos, exames e outros documentos que justifiquem o procedimento. A correta apresentação da documentação é fundamental para garantir a aprovação da AIH e a cobertura dos custos pela instituição de saúde.Prazo de validade da AIHA AIH possui um prazo de validade que deve ser respeitado para que a internação seja autorizada. Geralmente, a validade da AIH é de 30 dias a partir da data de emissão, podendo variar conforme a legislação vigente e o tipo de procedimento. É fundamental que os pacientes e profissionais de saúde estejam atentos a esse prazo para evitar complicações na autorização e na realização do procedimento.Consequências da falta da AIHA ausência da Autorização de Internação Hospitalar pode acarretar sérias consequências tanto para o paciente quanto para a instituição de saúde. Sem a AIH, o hospital pode se recusar a realizar a internação, ou, caso a internação ocorra, os custos podem não ser cobertos pelo SUS, gerando ônus financeiro ao paciente. Além disso, a falta da AIH pode resultar em penalidades para os profissionais de saúde envolvidos.AIH e a relação com os planos de saúdeEmbora a Autorização de Internação Hospitalar seja mais comumente associada ao SUS, ela também pode ser utilizada por planos de saúde. Nesse contexto, a AIH serve como um mecanismo de controle e autorização para que os procedimentos hospitalares sejam cobertos pelos planos. Os beneficiários devem estar cientes das regras e exigências de seus planos de saúde em relação à AIH para garantir a cobertura adequada.Atualizações e regulamentações sobre a AIHA legislação relacionada à Autorização de Internação Hospitalar está em constante atualização, com o objetivo de melhorar a gestão e a eficiência dos serviços de saúde. É importante que profissionais da área da saúde e pacientes estejam informados sobre as mudanças nas normas que regem a AIH, a fim de garantir que todos os procedimentos sejam realizados de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. A Autorização de Internação Hospitalar (AIH), é o instrumento de registro utilizado por todos gestores e prestadores de serviços SUS. Sua finalidade é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS. As unidades conveniadas ao SUS, sejam elas públicas ou privadas, enviam as informações destes atendimentos aos gestores municipais e/ou estaduais.As informações são processadas pelo DATASUS e geram créditos referentes aos serviços prestados. Além disso, são utilizadas para fins estatísticos, alimentando um gigantesco banco de dados.A emissão da AIH é o que garante o pagamento pelo Ministério da Saúde (MS) dos serviços de saúde prestados aos usuários do SUS ao estabelecimento de saúde.Leia Também:Curso de Faturamento SUS on-line.UTI: o que é e o que está incluído em uma diária para fins de Faturamento?Os Modelos de Remuneração Utilizados pelas Operadoras de Saúde.TIPOS DE AIHExistem dois tipos de AIH: Tipo 1: inicial e Tipo 5: continuidade.A AIH inicial se refere as informações que geram a internação e identificam o serviços prestados ao paciente, para que o estabelecimento de saúde possa receber por eles.A AIH de continuidade se refere a procedimentos que admitem longa permanecia.Na maioria dos casos, quando ocorrem internações clínicas, cirúrgicas, pediátricas e obstétricas, a AIH utilizada no processo é a de tipo 1. A AIH tipo 5 será utilizada para identificar casos de longa permanência de pacientes nas especialidades de psiquiatria e pacientes sob cuidados prolongados e internação domiciliar.Instrumentos de Registro Os procedimentos realizados nos pacientes em tratamento são divididos em 3 (Três) partes: Principal, Especial e Secundária. AIH Principal - refere-se ao motivo da internação, os procedimentos que geraram a AIH, e, exige autorização. AIH Especial - são os procedimentos que não geram a AIH, mas, que podem agregar valores ao procedimento principal. AIH Secundária - são procedimentos que não geram AIH, não exigem autorização e são lançados apenas para fins de registro.Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) - para procedimentos realizados em caráter ambulatorial;Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade (APAC) – para procedimentos realizados em caráter ambulatorial que envolvem alto custo ou alta complexidade. Fonte: DATASUS/CGU.gov e MANUAL SIH. Page 2 De acordo com a cartilha de glosas da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) , glosa ou glosa hospitalar ou glosa médica, é quando a operadora de saúde suspende o pagamento dos serviços contratados, como: Consultas; Procedimentos; Materiais; Medicamentos; Taxas. As Glosas podem ter origem administrativa ou técnica e, podem proceder ou não. O mais importante é analisar os motivos das glosas e efetuar o recurso das mesmas para reaver o valor glosado. DOWNLOAD DE PLANILHA DE CONTROLE DE GLOSAS A tabela 38 da TUSS (Terminologia Unificada na Saúde Suplementar) nos informa todos os motivos que podem ser utilizados pelas Operadoras de Saúde para negar o pagamento das Contas Médicas enviadas no Faturamento Médico Hospitalar. Essa negativa geralmente é encontrada no Demonstrativo de Pagamento das Operadoras de Saúde mas, também, pode aparecer no momento do envio eletrônico do Faturamento, o que nos permite corrigir e reenviar. Podem também aparecer na consulta de elegibilidade q... A tabela 23 do padrão TISS, determina o caráter de atendimento em: 1 - eletivo; e, 2 Urgência/Emergência. Mas, qual é a importância desta indicação. A Orizon Brasil é um dos maiores portais de conectividade da área da saúde. O Faturista Hospitalar ou Faturista Médico Hospitalar, é um profissional de suma importância dentro de uma instituição de saúde. Mas, você sabe quais são as atribuições do profissional faturistas? Qual é o seu papel dentro do administrativo de uma instituição médico hospitalar? Quais as atribuições de um Faturista? Em suma, a definição é bem simples: analisar os aspectos da conta médica, efetuar cobrança das mesmas aos convênios e SUS e recorrer possíveis glosas; isso pode ser encontrado em diversos sites, blogs e páginas por toda a internet. Mas. será que é apenas isso? O Faturista apenas analisa - cobra - recorre? A resposta é: depende! As atribuições de um Faturista vão depender do tipo de empresa que ele trabalha, do porte da empresa, do grau do cargo que ele ocupa da empresa, do cargo que efetivamente está indicado em sua carteira de trabalho, do acordo com o empregador... Enfim, Vai depender de uma serie de fatores. O Faturista Hospitalar em diferentes instituições. Em consultór... A Autorização de Internação Hospitalar (AIH), é o instrumento de registro utilizado por todos gestores e prestadores de serviços SUS. Rio de Janeiro, 9 de Janeiro de 2013. Como cobrar uma radiografia de cotovelo na CBHPM? É muito simples o valor total do exame é a soma de: (Filme utilizado x Valor do Filme) + Porte CBHPM + (Custo Operacional x UCO). Vamos ver? - O valor do filme no contrato da operadora é R$21,70. o filme deste exame na tabela é 0,0864. - O porte da tabela é 1B, que é R$16,00 na 3° Edição. - O UCO é 11,50. Portanto o calculo fica assim: 21,70 x 0,0864 = 1,87 Custo = 1,220 x 11,50 = 14,03 =1,87+16,00+14,03 = R$31,90 (este é o valor um uma radiografia de cotovelo) OBS: é importante observar que nós usamos aqui a CBHPM na integra. É salutar estar atento as nuances do contrato pois, é muito comum as operadoras usarem deflatores no UCO e no PORTE. Rio de Janeiro, 14 de Março de 2013. Cirurgia CBHPM! Segundo informação do setor de credenciamento, a partir de 01/09/2012, correios com CBHPM 3º Edição, com porte -7%, uco -20%, filme R$21,70 e a partir de 01/10/2012 consulta R$60,00. Levando em consideração que a cirurgia foi realizada no dia 18/10/2012, vamos calcular: Ambos os códigos não pertencem a 3º edição e sim a 5º edição. Segundo orientação vamos usar estes códigos com os valores da 3º edição. O UCO da 3º Edição é R$11,50. Aplicando o desconto contratual de 20% fica R$9,20 30733057 – porte=8C e UCO=33,8 1Auxilio 8C = 408,00. Aplicando o desconto contratual de 7% fica R$379,44 UCO = 33,80 (do procedimento) x 9,20 (da CBHPM) = 310,96 Total do procedimento = 379,44 + 310,96 = 690,40 Como o procedimento principal foi o 30733073 que é a reconstrução do ligamento vamos cobrar apenas a metade do valor total: Portanto, aplicaremos 690,40 / 2 = 345,20 30733073 - porte=10C e UCO=38,5 (PROCEDIMENTO PRINCIPAL) ... A cena é bem típica: a recepção está lotada, o médico chegou atrasado, todos as consultas obviamente se atrasaram. Os pacientes estão inquietos, mas sempre tem aquele que fica um pouco mais alterado, e começa a reclamar com o funcionário da recepção. Diz que é um absurdo aquilo, e que se não atende na hora, para que marcar horário. O funcionário da recepção, sempre muito cordial, explica o acontecido do atraso, mas, a reclamação continua. O paciente diz que vai ligar para o convênio porque está ali a mais de uma hora do horário marcado. Um Absurdo! Então o paciente ouve do funcionário que ele será o próximo a ser atendido e que qualquer problema, deveria reclamar com o médico. O Médico chama o paciente e, ao entrar no consultório é: “oi tudo bem”, “beijinho pra lá, beijinho pra cá”, uma verdadeira “rasgassão” de seda. O paciente magicamente esqueceu que estava tanto tempo esperando na recepção e conversa com o médico como se nada tivesse acontecido. Leia também: Recep... Glosas são irritantes contudo, podemos evitá-las e até mesmo excluí-las de nosso cotidiano com ações simples. A glosa 1707, se refere a impossibilidade de calculo na tabela negociada ou seja, não existe informação sobre a tabela que será utilizada na valoração. O que pode causar esta glosa? A utilização de tabela de domínio incorreta não permite a correta identificação da tabela contratada ou a utilização de um código incorreto ou inativo pode ocasionar esta glosa. Brasíndice e Simpro classificam as dietas como material ou medicamento e essa classificação deverá nortear a utilização da tabela de domínio correta. Alguns contrastes são classificados na Brasíndice como material e isso vai influenciar a tabela de domínio a ser utilizada. A utilização de código TUSS que ainda não está homologado na Brasíndice e Simpro. A importância do Contrato. A observação das tabelas contratadas é fundamental para esta glosa não ocorrer. Essa obser... Page 3 Glosas são irritantes contudo, podemos evitá-las e até mesmo excluí-las de nosso cotidiano com ações simples. A glosa 1707, se refere a impossibilidade de calculo na tabela negociada ou seja, não existe informação sobre a tabela que será utilizada na valoração. A utilização de tabela de domínio incorreta não permite a correta identificação da tabela contratada ou a utilização de um código incorreto ou inativo pode ocasionar esta glosa. Brasíndice e Simpro classificam as dietas como material ou medicamento e essa classificação deverá nortear a utilização da tabela de domínio correta. Alguns contrastes são classificados na Brasíndice como material e isso vai influenciar a tabela de domínio a ser utilizada. A utilização de código TUSS que ainda não está homologado na Brasíndice e Simpro. A observação das tabelas contratadas é fundamental para esta glosa não ocorrer. Essa observação é base norteadora para o cadastro dos procedimentos, materiais, medicamentos e taxas no sistema de faturamento. O Faturista precisa ter intimidade com as tabelas utilizadas no Faturamento pois, o correto entendimento delas dará a base técnica para sanar este tipo de glosa. O profissional não pode ser apenas um digitador, ele precisa conhecer a fundo os assuntos que permeiam o setor no qual trabalha para que tenha a resposta correta para estas situações. A intimidadas tabelas, que são ferramentas de trabalho, alinhado ao conhecimento do contrato com a operadora dará ao profissional e a instituição as armas para se blindar deste tipo de glosa. O faturamento é um serviço que deve ser desenvolvido com muita atenção e muita responsabilidade. Espero que tenha ajudado e deixe seu comentário abaixo pois, ele é muito importante. Page 4 A Glosa 1820 se dá quando a cobrança do procedimento ocorre acima do que foi autorizado. Um exemplo: foi autorizado 1 procedimento e foi cobrado mais do que isso. Neste caso é glosado a diferença da quantidade que foi autorizada. Temos aí uma falha nos processos, onde: 1- O Responsável pela autorização não indicou corretamente no formulário a quantidade autorizada. 2- O Pré Faturamento não checou a quantidade que de fato foi autorizada. 3- O Faturamento, por imperícia, cobrou incorretamente quantidade superior a que foi autorizada. De qualquer maneira, é importante rever os processos e criar novos métodos de avaliação do mesmo. Leia Também: Glosa 1818 Glosa 1403 Glosa 2513 Page 5 Contudo, existem algumas particularidades que devem ser observadas. Neste texto, nós vamos observar passo a passo cada campo da guia de consulta. Ao final você ainda poderá receber um certificado totalmente sem custo, portanto, preste muita atenção nas informações a seguir. Primeiro clique aqui e imprima a guia para melhor acompanhar, e, depois vamos ao que interessa. Campo 1 - toda operadora de saúde, para funcionar, precisa ter seu registro na ANS (Agência nacional de saúde). Este campo, na maioria das vezes, já vem preenchido na guia TISS, mas, se não vier devemos preencher. Você pode consultar o registro as operadoras de saúde aqui. Campo 2 - este é o campo destina ao número da guia. Quando as guias vem das operadoras de saúde, é comum já virem com este campo preenchido. Contudo, existem vezes, e é mais comum isso acontecer quando imprimimos as guias dos sites dos convênios, esses campo vem em branco. Quando isso ocorre, nós devemos preencher com uma numeração sequencial, ou seja, o número das próximas guias devem dar sequência a este. Campo 3 - após enviarmos a guia para a operadora de saúde, é atribuído a ela um número de controle interno. Portanto, não devemos nos preocupar com este campo, exceto quando estamos copiando as informações de uma guia autorizada pelo site do convênio, que geralmente já informa este número. Neste caso, devemos preencher este campo. Campo 4 - neste campo, é necessário informar toda a numeração da carteira do beneficiário, INCLUSIVE OS ZEROS À ESQUERDA! Essa numeração pode ter de seis números até vinte. E é de extrema importância o preenchimento com muita atenção. Para ver como preencher clique aqui. Campo 5 - as carteirinhas dos pacientes tem validade. E é neste campo que devemos anotar a validade da carteira. Apesar de não ser um campo obrigatório, é aconselhável preenchê-lo. Campo 6 - indica se o atendimento, no caso, a consulta, está sendo realizada ao recém nascido ou não. Basta colocar S para sim ou N para não. Campo 7 - esse campo é destinado ao nome do beneficiário do plano de saúde. O mais importante é o primeiro e o último nome, os demais podem ser abreviados. Mas, algumas operadoras de saúde obrigam o preenchimento do nome completo sem abreviações. E é muito importante prestar atenção nisso, pois elas costumam glosar a conta inteira por causa disso. Campo 8 - o Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação. Contudo, Não é um campo obrigatório. Campo 9 - ao se credenciar à operadora de saúde, esse médico, clínica ou consultório recebe um código de cadastro. Que pode ser um código próprio cedido pela operadora de saúde, ou o próprio CNPJ (cadastro nacional de pessoa jurídica) do estabelecimento de saúde, em caso de clínicas e consultório; ou o CPF se o credenciado for pessoa física. Campo 10 - este campo é destinado ao nome do hospital, clínica, consultório ou médico em questão. Sempre o nome completo, que está cadastrado junto à Operadora de saúde. Campo 11 - o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), pode ser consultado no site do cnes no datasus.gov.br. Nesse site, você pode encontrar o estabelecimento de saúde pesquisando pelo nome ou pelo CNPJ. Campo 12 - neste campo, devemos inserir o nome do profissional. Como o campo é pequeno, podemos abreviar o nome. Lembrando que o primeiro e o último nome não podem ser abreviados. Campo 13 - médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas... Cada uma destas profissões têm conselhos. Esses conselhos são responsáveis por registrar e habilitar os profissionais a exercerem o seu trabalho, e também, por fiscalizar o cumprimento da legislação pertinente a sua profissão. Na guia de consulta, no campo 13, identificamos os conselhos por números. Cada conselho tem o seu número, conforme a tabela abaixo: Campo 14 - os conselhos de classe, ao registrarem seus profissionais, identificam eles com uma numeração. Como uma espécie de número de identidade. É essa numeração que devemos inserir nesse campo. Campo 15 - cada estado brasileiro é identificado por um código de dois dígitos. É esse código, que devemos inserir no campo 15. Você encontrará estes códigos ao clicar aqui. Campo 16 - o Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO) cataloga todas as profissões habilitadas a serem exercidas no Brasil. Cada profissão tem o seu código, assim, cada especialidade médica tem o seu código próprio. Ao clicar aqui, você encontrará todos os códigos CBO da classe médica. Campo 17 - este campo indica o tipo de acidente que levou a consulta. Que pode ser, 0 - trabalho; 1 - trânsito; 2 - outros; 9 - não acidente. Campo 18 - você deverá inserir a data do atendimento no formato DD/MM/2017. Campo 19 - os tipos de consulta são identificados por números: 1 - primeira consulta; 2 - retorno; 3 - pré natal; 4 - por encaminhamento. Campo 20 - com a padronização TUSS o número de tabela a ser utilizado deverá sempre ser 22. Mas, algumas operadoras de saúde criam pacotes com códigos próprios e que não estão relacionados no rol de procedimentos ANS TUSS. Nesses casos o número de tabela a ser utilizado é o 98, que trata dos códigos próprios de pacotes das operadoras. Contudo, verifique o seu contrato ou pergunte ao setor de Faturamento Campo 21 - O código do procedimento consulta eletiva na TUSS é 10101012. Contudo, é necessário olhar no contrato se existe algum acordo com a operadora de saúde que faça ser um código diferente. Campo 22 - O faturamento deverá informar a recepção o valor da consulta para que este campo seja preenchido corretamente. Campo 23 - Campo opcional destinada a observações ou justificativa médica. Campo 24 - Apesar de exigir apenas a assinatura do profissional executante, é bom que ele carimbe também a guia. Campo 25 - Este campo é de extrema importância, pois a não assinatura do beneficiário acarretará a glosa completa da guia. Page 6 Segundo informação do setor de credenciamento, a partir de 01/09/2012, correios com CBHPM 3º Edição, com porte -7%, uco -20%, filme R$21,70 e a partir de 01/10/2012 consulta R$60,00. Levando em consideração que a cirurgia foi realizada no dia 18/10/2012, vamos calcular: Ambos os códigos não pertencem a 3º edição e sim a 5º edição. Segundo orientação vamos usar estes códigos com os valores da 3º edição. O UCO da 3º Edição é R$11,50. Aplicando o desconto contratual de 20% fica R$9,20 30733057 – porte=8C e UCO=33,8 1Auxilio 8C = 408,00. Aplicando o desconto contratual de 7% fica R$379,44 UCO = 33,80 (do procedimento) x 9,20 (da CBHPM) = 310,96 Total do procedimento = 379,44 + 310,96 = 690,40 Como o procedimento principal foi o 30733073 que é a reconstrução do ligamento vamos cobrar apenas a metade do valor total: Portanto, aplicaremos 690,40 / 2 = 345,20 30733073 - porte=10C e UCO=38,5 (PROCEDIMENTO PRINCIPAL) 1Auxilio 10C = 676,00. Aplicando o desconto contratual de 7% fica R$628,68 UCO = 38,50 (do procedimento) x 9,20 (da CBHPM) = 354,20 Total do procedimento = 628,68+354,20 = 982,88 Agora vamos ver a conta como um todo: A equipe cobrada de acordo com os códigos autorizados foi: Cirurgião (valor total) = 345,20+982,88 = 1328,08 1º Auxilio (30% do valor total) = 103,56+294,86 = 398,42 Instrumentador (10% do valor total) = 34,50 + 98,28 = 132,78 Page 7 A cena é bem típica: a recepção está lotada, o médico chegou atrasado, todos as consultas obviamente se atrasaram. Os pacientes estão inquietos, mas sempre tem aquele que fica um pouco mais alterado, e começa a reclamar com o funcionário da recepção. Diz que é um absurdo aquilo, e que se não atende na hora, para que marcar horário. O funcionário da recepção, sempre muito cordial, explica o acontecido do atraso, mas, a reclamação continua. O paciente diz que vai ligar para o convênio porque está ali a mais de uma hora do horário marcado. Um Absurdo! Então o paciente ouve do funcionário que ele será o próximo a ser atendido e que qualquer problema, deveria reclamar com o médico. Trabalhar na recepção nunca foi fácil, ainda mais em estabelecimento de saúde. As pessoas chegam passando mal, cheias de problemas; e, quem “aguenta” a má educação, o humor e/ou a cordialidade do paciente é a linha de frente do EAS: A recepção. Imagina o cenário: o telefone tocando com ligação externas para marcação de consultas, os pacientes chegando para serem atendidos, o preenchimento de fichas e guias, a autorização de procedimentos, o médico ligando para o ramal da recepção para pedir algo. Agora imagine apenas uma pessoa fazendo isso tudo, oito horas por dia, de cinco a seis vezes por semana. Este cenário é mais comum em hospitais de médio e pequeno porte. Não que clínicas e hospitais estejam livres disso. O que fará a diferença no bom atendimento e no controle do ambiente é o treinamento. Enviar os funcionários da recepção para um treinamento periodicamente, os cursos de recepção, é muito importante. E não tem essa história de: - “ ah! É sempre a mesma coisa que eles falam lá”. Mas, é sempre a mesma coisa importante. O curso não serve apenas para atualização de conhecimento. Os melhores cursos não se prendem ao ensino do trabalho em si, mas, falam sobre assuntos como: comportamento, vestimentas (porque nem toda empresa tem uniforme, e, é muito importante saber se vestir para o trabalho), maquiagem (porque a mesma maquiagem que você vai para a festa não serve para trabalhar), palavreado (saber como falar com o paciente), situações de risco (porque sempre haverá aquele paciente mais exaltado e que cria confusão). Saber isso tudo é igualmente importante do que saber sobre o trabalho que a recepção desenvolve. Dica do portal do faturamento hospitalar: Instrução nunca é demais. Estudem! Façam o trabalho de vocês com diferencial. Page 8 Rio de Janeiro, 9 de Janeiro de 2013. É muito simples o valor total do exame é a soma de: (Filme utilizado x Valor do Filme) + Porte CBHPM + (Custo Operacional x UCO). Vamos ver? - O valor do filme no contrato da operadora é R$21,70. o filme deste exame na tabela é 0,0864. - O porte da tabela é 1B, que é R$16,00 na 3° Edição. Portanto o calculo fica assim: 21,70 x 0,0864 = 1,87 Custo = 1,220 x 11,50 = 14,03 =1,87+16,00+14,03 = R$31,90 (este é o valor um uma radiografia de cotovelo) OBS: é importante observar que nós usamos aqui a CBHPM na integra. É salutar estar atento as nuances do contrato pois, é muito comum as operadoras usarem deflatores no UCO e no PORTE. A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob o regime de internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do Sistema de Informação Hospitalar. O que é Laudo de AIH? O Laudo Médico para Emissão de AIH - é o instrumento para solicitação/autorização de internação do paciente em estabelecimento de saúde com internação (públicos federais, estaduais, municipais, privadas com ou sem fins lucrativos) integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. Como conseguir uma internação pelo SUS? O primeiro passo para conseguir uma internação pelo SUS é passar em um dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Se sua cidade não tem CAPS, vá a um posto de saúde e se informe (provavelmente será agendada uma consulta com um médico psiquiatra). O dependente químico será avaliado e passará por tratamento. O que é o paciente dia? Pacientes-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia cor- responde ao volume de pacientes que estão pernoitando no hospital em cada dia. O que significa censo diário de pacientes? Representa o número médio de pacientes em um hospital. Termos equivalentes: censo médio diário. 3. Como se calcula a taxa de ocupação? A fórmula para o cálculo da taxa de ocupação (TO) é a seguinte:TO = (área total construída do primeiro pavimento + área excedente dos outros pavimentos) / área total do lote.A taxa de ocupação em porcentagem é de 50%A taxa de ocupação em área construída é de 300 m² Como calcular taxa de ocupação de sala cirúrgica? Ainda, os referidos autores, afirmam que esta taxa pode ser medida pela média de duração dos procedimentos cirúrgicos mais o tempo de limpeza e preparo da sala cirúrgica, divididos pelo tempo disponível da sala cirúrgica (TYLER et al., 2003 apud NEPOTE, 2008). Qual a importância do mapa cirúrgico? O objetivo final do mapa de risco hospitalar é reduzir acidentes e danos à saúde de pacientes e funcionários em ambiente institucional. O que é um circulante de sala de cirurgia? O circulante de cirurgia é responsável por todas as cirurgias realizadas na sala em que foi escalado pelo enfermeiro para atuar durante o plantão. Quais os componentes da paramentação cirúrgica? A composição da paramentação cirúrgica é: avental cirúrgico (preferencialmente imperméavel), campos cirúrgicos (preferencialmente impermeáveis), oleados, fronha de mayo (preferencialmente impermeável), opas, luvas, gorro (preferencialmente descartável), propés que podem ser substituídos por calçados próprios para o ... Qual o objetivo da paramentação? A paramentação cirúrgica é a troca das vestimentas rotineiras por outras adequadas, nas dependências do CC hospitalar, criando barreiras contra a invasão de microrganismos nos locais cirúrgicos dos pacientes e para a proteção dos profissionais contra exposição a sangue, fluidos ou tecidos orgânicos aí presentes. Com o Módulo Solicitação de Autorização do sistema SAUDI você consegue controlar e otimizar todo esse cenário. Confira abaixo as principais vantagens: – Fluxo de Processo configurável; – Interações online com prestadores e beneficiários, via web; – Gestão eletrônica de documentos – GED; – Log de transações; – Histórico de usabilidade dos serviços de saúde; – Automatização de Regras para Autorização. ********** MELHORIAS ASSISTENCIAIS ********** – Aumenta a capacidade de análise técnica das solicitações, através de acesso à informações de apoio em tempo real, otimizando a velocidade das análises, registro e trâmite das autorizações; – Reduz risco de autorizações indevidas, através possibilidade de configuração e utilização de regras automáticas de auditoria e padronizadas de respostas; – Permite aprimoramento contínuo do processo de autorização, através de acesso à trilha de solicitações e análises; – Aumenta a segurança das decisões, através do acesso em tempo real aos históricos dos pacientes, prestadores e auditores médicos, enfermeiros e analistas; – Reduz impacto de apresentação pelos prestadores de cobranças indevidas, ou impróprias, após atendimento indevido, não aprovado ou mal aprovado; – Reduz a quantidade de contas glosadas no faturamento; – Contribui para redução de custo assistencial / sinistralidade; – Contribui para aumento de resultado. ********** SUCESSO OPERACIONAL ********** – Reduz risco de atrasos nas respostas às solicitações, evitando reclamações de beneficiários, através de melhor controle do workflow, pela possibilidade de determinar prazo de resposta para concessão da autorização ou negativa fundamentada conforme padrão TISS; – Reduz tempo de resposta às solicitações, através de comunicação digital on-line, suportada por informações precisas apoiando decisões em tempo real; – Reduz custo operacional do processo de Solicitação de Autorização, substituindo totalmente ou em grande parte call centers, papéis, e e-mails. Além disso, atuamos em todo o processo, desde a solicitação de autorização para procedimentos médicos da rede de prestadores, até a sua respectiva liberação para pagamento, o objetivo do SAUDI é tornar-se seu braço direito na gestão e redução de custos assistenciais. Conheça melhor o SAUDI, um sistema destinado a manter a “saúde financeira” das Operadoras de Planos de Saúde Suplementar. Com um software que automatiza o processo de auditoria das contas dos prestadores de serviços médicos, possibilitando uma visão mais clara para ambos os lados e uma significativa redução de custos desnecessários. Não é nenhuma novidade que a tecnologia é uma grande aliada na hora de otimizar os processos de uma operadora de plano de saúde. Por exemplo, nos casos que envolvem a autorização de internação hospitalar. O uso da autorização de internação hospitalar exige o cumprimento de certas regras em sua formatação e emissão, além de ter impacto no uso dos recursos médicos que precisam ser auditados. Se ocorrem falhas ou problemas de organização ao lidar com a autorização de internação hospitalar, é possível a geração de custos extras ou desperdícios capazes de comprometer a operação. Portanto, é fundamental contar com a estrutura certa para que isso não aconteça. No conteúdo de hoje, você entenderá de quais maneiras o uso de uma plataforma como o Carefy pode ajudar você a utilizar a autorização de internação hospitalar na rotina. Confira e boa leitura! Também conhecida pela sigla AIH, a autorização de internação hospitalar é o documento que detalha os serviços de internação prestados ao paciente no ambiente hospitalar, segundo a ANS. O principal objetivo da autorização de internação hospitalar é o controle a respeito de todos os recursos empregados no tratamento do paciente durante o seu período de internação. Essas informações são decisivas para o prestador público ou privado que oferece tal estrutura. Para que a autorização de internação hospitalar tenha validade, ela deve se adequar a algumas regras e se enquadrar nos tipos corretos. Isso ajuda a garantir que os seus dados sejam formatados adequadamente e o documento seja aceito pelos órgãos reguladores. A emissão de uma autorização de internação hospitalar deve atender a regras estipuladas pelo Ministério da Saúde. Esses pontos dizem respeito aos documentos necessários para emiti-la, critérios de requisição e, principalmente, o preenchimento adequado do documento. De início, é necessário emitir um laudo médico com a autorização de internação hospitalar. Quem o preenche é o médico, incluindo os dados de identificação do paciente, sintomas, exames e condições que levaram à internação. As regras de emissão da autorização de internação hospitalar também exigem o preenchimento de um laudo de utilização de OPMEs (órteses, próteses e materiais especiais) conforme a necessidade. É por meio desse documento que ocorre a cobrança adequada pelo uso desses equipamentos hospitalares. Por fim, outro documento importante associado à autorização de internação hospitalar é o laudo médico que solicita a alta administrativa. O uso da autorização de internação hospitalar correta é essencial para o documento ter validade. Isso significa familiarizar-se com as particularidades de cada um deles para ser possível saber quais utilizar em cada situação. A seguir, conheça quais são os tipos de AIH e as suas particularidades. A autorização de internação hospitalar do tipo 1 identifica os serviços de saúde prestados ao paciente pelo hospital para a instituição receber por isso segundo as regras do Ministério da Saúde. Já este tipo de autorização de internação hospitalar serve para serviços de cuidados prolongados ou em casos de acompanhamento após transplantes. O tipo AIH-7 tem numeração própria e impressão prévia. Em geral, o AIH-7 é emitido por órgãos emissores próprios autorizados pelo SUS. Certamente já ficou nítida a importância de trabalhar adequadamente com uma autorização de internação hospitalar. No entanto, você já pensou a respeito das possíveis consequências de preencher esse documento de maneira errada? Isso pode afetar várias pontas do processo hospitalar. Confira a seguir quais são os principais problemas gerados por preencher a AIH incorretamente. Um documento preenchido incorretamente costuma comprometer muito mais a atenção dos profissionais envolvidos com ele. Por exemplo, é preciso lidar com mais burocracia para corrigir uma via que foi preenchida erradamente. No caso de uma autorização de internação hospitalar, é necessário comunicar imediatamente o órgão de saúde responsável e emitir uma nota corrigida no modelo adequado. Se seu preenchimento é feito incorretamente, isso tende a gerar um incômodo também para o paciente. Aliás, a saúde dele também pode ser impactada caso não receba os serviços que necessita para dar continuidade ao seu tratamento, abalando a experiência do paciente. Dessa forma, o preenchimento correto se faz fundamental para o paciente poder extrair o melhor de sua experiência em contato com o hospital e a operadora de plano de saúde. A autorização de internação hospitalar também serve como um documento de auditoria em saúde. Afinal, ela revela informações valiosas a respeito dos recursos empregados no tratamento do paciente durante a sua internação. Por ser um documento tão importante para o tratamento do paciente e o funcionamento de uma instituição de saúde, ela exige bastante cuidado em seu preenchimento e emissão. Na seção anterior deste artigo, você já viu algumas das consequências negativas de problemas nesse sentido. Então, está na hora de conhecer algumas formas de otimizar esse trabalho para diminuir a incidência de erros. Confira a seguir as principais maneiras de fazer isso. Não abra mão da tecnologia para tornar os seus processos mais produtivos e diminuir as chances de ocorrerem erros, como no preenchimento de uma autorização. Para que isso seja possível, você pode utilizar uma plataforma especializada no segmento da saúde. Um bom exemplo para isso é o Carefy, que ajuda a otimizar os seus processos de autorização e conta com diversos recursos complementares que agregam benefícios às várias áreas das suas operações. Apesar de problemáticos, os documentos de papel ainda fazem parte do dia a dia de muitas instituições de saúde. Isso carrega diversos riscos que impactam a eficácia das equipes e até a experiência do paciente, apesar de ainda serem necessários. Dessa forma, é fundamental contar com processos dedicados a organizá-los adequadamente para ser possível consultá-los com facilidade e protegê-los de perdas. Esse é mais um aspecto que pode ser amplamente otimizado pela tecnologia. A digitalização de documentos se faz necessária para evitar perdas e integrá-los a seus sistemas de auditoria. Isso se torna ainda mais eficaz quando integrado a uma plataforma especializada em saúde. Uma análise contínua dos processos das suas equipes se faz necessária se o objetivo é otimizar cada vez mais o trabalho o setor respon