



FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA – FFM

REGULAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO E RENOVAÇÃO DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE PARA SAÚDE SUPLEMENTAR E DE ATENDIMENTO MÉDICO A PACIENTES PARTICULARES

Art. 1º O presente Regulamento tem por objetivo formalizar as diretrizes e alçadas para apoio, por parte da Fundação Faculdade de Medicina (FFM), ao Complexo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), na atuação como prestador de serviços na Saúde Suplementar, incluindo Pacientes Particulares.

Art. 2º Este Regulamento, aprovado pelo Conselho Deliberativo HCFMUSP, será observado e implementado pela Fundação Faculdade de Medicina no seu inteiro teor.

Capítulo I

Das Diretrizes, Responsabilidades e Alçadas

Art. 3º O Regulamento se aplica apenas aos Institutos do Complexo HCFMUSP em que a FFM atua como fundação de apoio, na viabilização e operacionalização da Saúde Suplementar, incluindo Pacientes Particulares.

Art. 4º O atendimento de pacientes particulares e beneficiários de planos de saúde na saúde suplementar não pode estabelecer qualquer tipo de vínculo com o atendimento realizado pelo Complexo HCFMUSP aos beneficiários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 5º A FFM, uma vez cumpridas as disposições deste documento, é a instância que:



- I – Define a oportunidade e viabilidade de contratualizar com as operadoras de planos de saúde;
- II – Define a oportunidade e viabilidade de contratualizar com outras empresas contratantes;
- III – Define e realiza, por meio do departamento de suprimentos e com base no Regulamento de Compras e Contratações, a contratação de fornecedores desde que quando identificada uma demanda de mercado pelo Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado (NRM) da FFM e aprovado pelo Diretor Financeiro da FFM;
- IV – Define preços para os procedimentos realizados no Complexo HCFMUSP na Saúde Suplementar, conforme Tabela de Preços;
- V– Define a remuneração para os médicos que realizam procedimentos na Saúde Suplementar no Complexo HCFMUSP, com ciência prévia da Diretoria Clínica;
- VI – Define processos e alçadas relacionadas a tratativa de erros operacionais, decisões unilaterais por parte das operadoras de planos de saúde e eventos relacionados a glosas, descontos e inadimplências.

Art. 6º É vedado que a remuneração dos médicos seja baseada em percentual aplicado ao preço de venda contratualizado entre a FFM e as fontes pagadoras.

§ 1º A remuneração dos médicos deve ter como base uma das Tabelas de Honorários Médicos (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM), publicada pela Associação Médica Brasileira (AMB), na edição que couber.

§ 2º A FFM poderá aplicar deflatores ou multiplicadores, baseados na tabela mencionada no parágrafo anterior (§ 1º), dependendo da titulação do médico na Faculdade de Medicina e/ou do interesse do Complexo HCFMUSP e/ou da FFM em viabilizar a realização de procedimentos dos médicos na Saúde Suplementar no Complexo HCFMUSP.



Art. 7º A precificação para operadoras é determinada pela FFM de acordo com os custos e práticas de mercado da Saúde Suplementar e outros parâmetros comerciais que influenciam na viabilidade da atuação do Complexo HCFMUSP.

§1º Os preços de alguns procedimentos podem projetar prejuízo individualmente ao serem praticados desde que a FFM estime que o resultado geral da contratualização com o cliente gere resultado financeiro favorável e que seja necessário assumir o prejuízo em alguns procedimentos para viabilizar a contratualização geral.

§2º O repasse da parcela do preço correspondente ao custo operacional do Instituto executante deve preferencialmente ser, no mínimo, o preço pago pelo SUS considerando a Tabela SUS Paulista, ou a SIGTAP nos casos em que não existir correspondência na Tabela SUS Paulista.

Art. 8º As responsabilidades atribuídas a cada parte interessada estão dispostas na matriz de responsabilidades apresentada no Anexo I.

Capítulo II

Dos Parâmetros de Remuneração dos Médicos na Saúde Suplementar e Atendimentos Particulares

Art. 9º A remuneração dos médicos para a realização de procedimentos tem como base uma das Tabelas de Honorários Médicos (CBHPM) da AMB, na edição que couber:

I – O cálculo base da remuneração é feito a partir da coluna “honorário médico” da tabela CBHPM;



II – A FFM, em deliberação junto com a Superintendência e Diretoria Clínica do Complexo HCFMUSP, pode utilizar versões diferentes da tabela no caso de atendimentos:

- a) Para pacientes particulares e operadoras de planos de saúde, em função de necessidades de viabilização mercadológicas;
- b) Para contratos com empresas contratantes específicas, em função de condição para rentabilização;
- c) Para determinadas especialidades médicas, em função de restrição de oferta ou retenção de talentos;
- d) Em qualquer situação, para adequar a remuneração à titulação do médico no Complexo HCFMUSP.

Art. 10 A FFM, observada a deliberação conjunta com a Superintendência e Diretoria Clínica do Complexo HCFMUSP, poderá diferenciar a remuneração de um mesmo procedimento para médicos diferentes, aplicando fatores deflatores ou multiplicadores:

I – Em função do disposto no inciso II do Art. 9º deste Regulamento;

II – Em função da viabilização comercial na oferta de preços em forma de pacotes de procedimentos.

Art. 11 Sobre a remuneração total pactuada, a FFM retém:

I – Porcentagem conforme carga tributária para colaboradores no regime CLT:

- a) Da retenção de imposto de renda na fonte;
- b) Dos encargos trabalhistas (férias, 13º salário e outros).

II – Para pagamentos a profissionais Autônomos e/ou Pessoas Jurídicas, serão realizados os descontos de acordo com a Diretriz de Regras para Preenchimento de Solicitação de Pagamento (SP-e) de Serviços Prestados por Pessoas Físicas (Autônomos) e Documentação Auxiliar Necessária, assim como seguir as determinações no documento Regras para submissão de



solicitações para contratação de empresas, por meio de Fundações de Apoio, para prestação de serviços assistenciais na Saúde Suplementar, no âmbito do HCFMUSP.

Art. 12 O repasse do pagamento da remuneração aos médicos CLTs é feito:

I – Para consultas e procedimentos ambulatoriais simples, conforme lista do NASS aprovada pela Diretoria da FFM e Superintendência do complexo HCFMUSP, no quinto dia útil do mês subsequente da realização da consulta / procedimento;

II – Para os demais procedimentos, no quinto dia útil do mês subsequente ao recebimento do faturamento pela FFM, podendo existir tratativas específicas;

III – O prazo máximo para pagamento de honorários médicos é de 180 dias, exceto nos casos em que o não recebimento do procedimento pela FFM da operadora de planos de saúde, ou outro tipo de cliente, se dever a não cumprimento de formalidade necessária por parte do médico;

IV - A competência do período terá início no dia 01 e se encerrará no dia 30.

Art. 13 O repasse do pagamento da remuneração aos médicos autônomos/PJs, será realizado mediante a solicitação de pagamento (SP-e), após a confirmação de recebimento por parte da FFM.

I – Para consultas e procedimentos ambulatoriais simples, conforme lista do NASS aprovada pela Diretoria da FFM e Superintendência do complexo HCFMUSP, no quinto dia útil do mês subsequente da realização da consulta / procedimento;

II – Para os demais procedimentos, no quinto dia útil do mês subsequente ao recebimento do faturamento pela FFM, podendo existir tratativas específicas;

III – O prazo máximo para pagamento de honorários médicos é de 180 dias, exceto nos casos em que o não recebimento do procedimento pela FFM da operadora de planos de saúde, ou outro tipo de cliente, se dever a não cumprimento de formalidade necessária por parte do médico;



IV - A competência do período terá início no dia 15 e se encerrará no dia 14 do mês seguinte.

Capítulo III

Da Precificação e Parâmetros de Contratualização com Operadoras de Planos de Saúde e com Atendimentos Particulares

Art. 14 O Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM define preços individualizados de procedimentos a serem praticados com critérios específicos, a serem observados de forma alternativamente e concreta, com base:

I – Na remuneração dos médicos;

II – No complemento do valor do procedimento considerando, em vez da coluna “honorário médico”, a coluna “Custo Operacional” da Tabela CBHPM, exceto para exames diagnósticos;

III – Na referência do valor base da Tabela SIGTAP, bem como outras Tabelas Referenciais;

IV – No custo de aquisição de insumos de baixo custo, desde que definidos os medicamentos e materiais de uso hospitalar, que não são adquiridos para uso em paciente específico ou reservados em estoque ou consignação para paciente específico ou por cálculo realizado a partir do preço médio de aquisição no sistema informatizado;

V – No custo de aquisição de insumos de alto custo, desde que definidos os materiais e medicamentos adquiridos para paciente específico ou reservados para paciente específico em estoque ou consignação ou por cálculo realizado a partir do preço da última compra no sistema informatizado;

VI – No custo de diárias e salas cirúrgicas calculado a partir:

a) Do custo da unidade, disponível no sistema Plataforma de Indicadores Hospitalares (PIH);



- b) Da quantidade de leitos da unidade, no caso de diárias;
- c) Da quantidade de salas cirúrgicas e de seu horário de funcionamento, no caso taxas de sala.

VII – No custo da mão de obra (simples, com encargos) para taxas de enfermagem, de fisioterapia, de terapia ocupacional e de outras especialidades multidisciplinares;

VIII – No custo de reposição ou depreciação para taxas de uso de equipamentos ou de repasse a título de aluguel para equipamentos fornecidos pela equipe que realiza o procedimento;

IX – No custo de aquisição de gás medicinal ou de manutenção da utilidade, para taxas de gases medicinais e vácuo;

X – No custo de aquisição e/ou processamento e/ou logística relacionado a utilização de componentes humanos (órgãos, células, tecidos e hemocomponentes).

Art. 15 O cálculo da precificação da base final de preços individualizados é feito valorizando o custo do item e aplicando fatores multiplicadores, cujo resultado define o preço base a ser praticado.

Parágrafo único. Os multiplicadores retratados no caput deste artigo consistem em variações de mercado, riscos operacionais, margem financeira e afins.

Art. 16 A FFM, a seu critério e considerando práticas de mercado, pode definir preços e comercializar procedimentos em contas tipo pacote, como exemplo “pacote de herniorrafia”, e/ou agrupando itens de contas, como exemplo “diária global”.

Art. 17 A oferta de serviços e a precificação deve ser majoritariamente em forma de pacotes para os pacientes particulares, de forma a evitar a utilização de contas abertas.



Art. 18 O estudo de viabilidade do pacote e a precificação é de responsabilidade exclusiva da área de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM:

I – A partir da definição da composição do pacote, informada pelo responsável da área assistencial correspondente. A composição pode ser informada a partir de Procedimento Operacional Padrão (POP), ficha técnica ou formulários desenvolvidos especificamente para esta finalidade pelo departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM;

II – Considerando fatores comerciais que ponderam:

- a) Práticas de mercado da saúde suplementar;
- b) Risco de perda de volume de atendimento e/ou descredenciamento junto às operadoras e empresas contratantes já firmadas;
- c) Oportunidade de expansão de cobertura e/ou volume de atendimento junto às operadoras e empresas contratantes já firmadas;
- d) Parceria efetiva da operadora considerando aspectos relacionados ao direcionamento de beneficiários, utilização parcial dos recursos oferecidos, nível de glosas e de inadimplência e outros aspectos operacionais e de rentabilização;
- e) Rentabilidade para cada tipo de fonte pagadora (operadoras de planos de saúde, particulares e outras empresas contratantes).

Art. 19 A FFM pode, dependendo do estudo de viabilidade, praticar preço inferior individual para viabilizar outros produtos oferecidos à fonte pagadora.

Art. 20 Na definição e oferta de preços em contas do tipo pacote, este deve obrigatoriamente ser negociado:

I – Com data de validade, assim entendida a data até a qual o pacote é vigente. Após esta data uma nova negociação deve ser feita;

II – Considerando condições de exceção em que, para o procedimento pretendido, a conta tipo pacote não é aplicável.



Art. 21 O Caixa da FFM no Instituto deve ser notificado pelo próprio Instituto sobre a demanda de paciente particular, especialmente procedimentos de alto custo, e poderá sugerir, ou não, o atendimento avaliando o histórico, ou se é passivo de inadimplência, por meio de consulta do CPF do paciente e/ou responsável civil junto ao SERASA, buscando seu SCORE.

Art. 22 Na etapa de oferta de serviço ao paciente e/ou no agendamento para a realização do serviço, o paciente, ou um representante legal, deve receber um “Termo de Estimativa de Preço”:

I – O Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM é responsável por definir o termo;

II – O Caixa da FFM no Instituto em que o procedimento será realizado é responsável por aplicar o termo para os pacientes Particulares;

III – O setor de Internação do Instituto em que o procedimento será realizado é responsável por aplicar o termo para os pacientes da Saúde Suplementar;

IV – O termo é exigido para todos os atendimentos e deve explicitar a data de validade da oferta.

Art. 23 Na etapa de admissão do paciente deve ser formalizado um “Termo de Responsabilidade e Autorização para Internação e Realização de Procedimentos Ambulatoriais” (vide o detalhamento no respectivo Acordo de Nível de Serviço) para assegurar o pagamento de procedimentos e insumos não cobertos ou não pagos pelo devedor principal;

I – O Departamento Jurídico da FFM é responsável por definir o termo que explicita que o paciente e/ou seu representante legal se compromete pelos procedimentos realizados não cobertos ou não pagos pelo devedor principal;

II – O Instituto em que o procedimento é realizado é responsável por aplicar o “Termo de Responsabilidade e Autorização para Internação e Realização de Procedimentos Ambulatoriais”;



III – O termo é exigido para todos os atendimentos na Saúde Suplementar, de pacientes particulares e de operadoras de planos de saúde, exceto consultas ambulatoriais e exames de baixa complexidade.

Art. 24 Na etapa de admissão do paciente particular para a realização do procedimento, deve ser cobrado do paciente o valor correspondente à estimativa de preço:

I – É vedada a cobrança de pagamento antecipado nos atendimentos de urgência/emergência;

II – Caso não tenha sido formalizado o termo com a estimativa de preço, a cobrança deve ser feita conforme preço base a ser praticado (Art.17), com base em uma Tabela Geral definida pelo NRM da FFM;

III – A FFM é responsável por cobrar, registrar o recebimento nos sistemas de informação e emitir notas fiscais e recibos direta e/ou indiretamente, disponibilizando a Solicitação de Recebimento eletrônico (SR-e) no sistema informatizado da FFM, que futuramente será substituído pelo sistema informatizado do HC.

Art. 25 O Caixa da FFM no Instituto deverá monitorar diariamente, durante o período de internação do paciente, com base no saldo atualizado da conta, na cláusula correspondente do “Termo de Responsabilidade e Autorização para Internação e Realização de Procedimentos Ambulatoriais” e nos itens da conta não cobertos pela operadora de planos de saúde, ou mesmo do paciente particular, a FFM deve cobrar o saldo em aberto da conta. O Instituto deverá monitorar diariamente a evolução financeira da conta hospitalar e efetuar o lançamento da cobrança alimentando a SR-e junto ao sistema informatizado da FFM, gerando as respectivas notas fiscais e recibos.

Art. 26 Ao final do atendimento:

I – O Caixa da FFM no Instituto em que o procedimento foi realizado deve encaminhar a cobrança ao paciente e/ou responsável legal para a quitação da conta, com todos os atendimentos não cobertos pela operadora de planos



de saúde ou do paciente particular, com ou sem Termo de Responsabilidade e Autorização para Internação e Realização de Procedimentos Ambulatoriais formalizado. O Caixa da FFM no Instituto deverá monitorar a evolução financeira da conta hospitalar e efetuar o lançamento da cobrança alimentando a SR-e junto ao sistema informatizado da FFM, gerando as respectivas notas fiscais e recibos;

II – O Departamento Financeiro da FFM deve cobrar o saldo final da conta do paciente e/ou do responsável legal, nos casos de inadimplência. Caso exista alguma condição que impeça a FFM de aferir ou cobrar o saldo da conta, será formalizada a cobrança amigável, primeiro encaminhando o Aviso de Cobrança (Termo de Pendência Financeira) e, não ocorrendo a quitação decorridos 30 dias da entrega da cobrança, será feita a emissão e envio da Notificação de Cobrança extrajudicial. Havendo o pagamento, o crédito será efetuado para o Instituto;

III - Mantendo-se a inadimplência, a conta hospitalar e o histórico das cobranças serão arquivadas, junto com o ACEITE de cobrança recebida, e o CPF do paciente e/ou do responsável civil será negativado junto ao SERASA. Ocorrendo a quitação, a negativação será retirada e o crédito efetuado para o Instituto;

IV - Na hipótese da manutenção da inadimplência, total ou parcial, de valor superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), o Departamento Financeiro encaminhará para o Departamento Jurídico da FFM a solicitação para abertura de processo de cobrança judicial.

Art. 27 Na cobrança judicial de paciente particular, o Departamento Financeiro deve encaminhar ao Departamento Jurídico, no prazo de até 90 (noventa dias), contados do efetivo inadimplemento total ou parcial da conta hospitalar, os seguintes documentos:

a) Termo de Responsabilidade e Autorização para Internação e Realização de Procedimentos Ambulatoriais, assinado pelo paciente e/ou em



conjunto com o responsável ou somente pelo responsável, com duas testemunhas do Instituto;

- b) Termo de Estimativa de Preço assinado pelo paciente e/ou responsável;
- c) Nota Fiscal, sem anotações e/ou rasuras;
- d) Conta Médica Hospitalar, contendo todos os procedimentos realizados, sem rasuras e/ou anotações;
- e) Cópia do RG e CPF do paciente e do responsável que assinou o Termo de Responsabilidade e Autorização para Internação e Realização de Procedimentos Ambulatoriais;

§ 1º No caso de concessão de desconto da conta hospitalar, enviar ao Dep. Jurídico documento assinado pela autoridade da FFM que concedeu o referido desconto, conforme previsto no Capítulo V deste Regulamento.

§ 2º Cada nota fiscal deverá corresponder ao período de atendimento médico-hospitalar e data de assinatura do Termo de Responsabilidade e Autorização para Internação e Realização de Procedimentos Ambulatoriais;

§ 3º No caso de pacientes provenientes de Operadora de Saúde que tiveram seu atendimento médico-hospitalar negado pela Operadora, o Departamento Financeiro deve encaminhar ao Jurídico o documento comprobatório da negativa.

Art. 28 Na cobrança judicial de operadoras de saúde, o Departamento de faturamento deve encaminhar ao Departamento Jurídico, no prazo de até 120 (cento e vinte dias), contados do inadimplemento total ou parcial da operadora, os seguintes documentos, quando existentes:

I - Cópia do Contrato e de todos os Termos Aditivos assinados com a Operadora de Saúde, a serem fornecidos pelo NRM; II - Nota Fiscal; conta hospitalar dos serviços médico-hospitalares prestados aos beneficiários da Operadora de Saúde; documento que comprove a data da entrega da



fatura (física ou digital) na Operadora de Saúde e autorização da Operadora de Saúde dos procedimentos realizados;

III - Cópia do RG, CPF e “carteira de saúde” ou guia de autorização de atendimento – emitida pela Operadora de Saúde ao beneficiário/paciente, a serem fornecidos pelo respectivo instituto

§ 1º No caso de glosa, encaminhar cópia do processo administrativo (físico ou digital) que comprove a impugnação da referida glosa;

§ 2º O No caso de concessão de desconto da conta hospitalar, enviar ao Dep. Jurídico documento assinado pela autoridade da FFM que concedeu o referido desconto, conforme previsto no Capítulo V deste Regulamento.

Capítulo IV

Dos Reajustes de Preços

Art. 29 O departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM, em deliberação junto ao Departamento Financeiro, tem a competência de avaliar a oportunidade de reajustar os valores das tabelas de preços próprias e dos preços firmados nos contratos com as operadoras de planos de saúde considerando:

I – As práticas de mercado da Saúde Suplementar;

II – O risco de perda do volume de atendimento e/ou descredenciamento junto às operadoras de planos de saúde;

III – A oportunidade de expansão de cobertura e/ou volume de atendimento junto as operadoras de planos de saúde;

IV – A parceria efetiva com a operadora de planos de saúde considera aspectos relacionados ao direcionamento de beneficiários, utilização parcial dos recursos oferecidos, tempo de contrato, nível de glosas e de inadimplência e outros aspectos operacionais e de rentabilização;



V – A rentabilidade para cada tipo de fonte pagadora (operadoras de planos de saúde, particulares e outras empresas contratantes);

VI – A retenção de talentos, especialmente respeitando interesses e preceitos do Complexo HCFMUSP.

Art. 30 A base de cálculo para avaliação de rentabilidade contempla:

I – As definições dispostas no Capítulo III deste Regulamento;

II – A projeção do impacto financeiro da negociação com a operadora de planos de saúde, com base no volume histórico dos últimos meses.

Capítulo V

Da Concessão de Descontos

Art. 31 Quando solicitado pela fonte pagadora, ou quando for da conveniência da FFM, pode ser concedido desconto no valor das contas médico-hospitalares do atendimento de um determinado paciente, observado os critérios definidos pela FFM.

Art. 32 O NRM é a instância decisória responsável pela concessão e formalização de descontos, a partir dos critérios definidos pela FFM. O desconto não pode ser concedido como rasura aos documentos emitidos, mas precisa ser devidamente formalizado, com reemissão dos documentos e memorando.

I – O valor total pode se referir a soma de mais de uma conta (contas parciais), desde que sejam contas relacionadas a um único evento de internação;

II – O desconto não se aplica aos valores da conta que se referem aos honorários médicos ou insumos de alto custo (Órtese Prótese e Material Especial – OPME – ou medicamentos de alto custo), se limitando ao valor correspondente às diárias, taxas, medicamentos e materiais descartáveis;



III – A regra não se aplica para contas do tipo pacote ou diárias globais que incluem honorários médicos e insumos de alto custo (OPME ou medicamento de alto custo). Eventuais solicitações de descontos para contas deste tipo devem ser objeto de estudo específico do Departamento Financeiro da FFM e com o apoio do Departamento Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM, quando solicitado;

IV – O desconto pode ser aplicado em contas de operadoras de planos de saúde e de contratos particulares com pessoas físicas ou jurídicas;

V – A regra pode ser formalizada em novos contratos com operadoras de planos de saúde ou em casos específicos como de contratos existentes que não tenham esta disposição já formalizada;

VI – O valor do desconto é dividido de forma proporcional entre a FFM e os Institutos executantes, preservando a mesma proporção que seria aplicada na conta sem o desconto;

VII – Nos casos em que o desconto é solicitado por operadora de planos de saúde em função de erro operacional da FFM e/ou do Instituto na formação e remessa da conta, perdendo o prazo contratual formalizado, com direito a glosa total da conta por parte da operadora, o desconto pode seguir regras de livre negociação entre a Operadora e o Departamento Financeiro da FFM

Capítulo VI

Da Habilitação e Contratualização de Parceiro Comercial

Art. 33 Estão no escopo da habilitação e contratualização deste Regulamento:

I – Clientes:

a) Operadoras de planos de saúde reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);



- b) Operadoras de planos de saúde não reguladas pela ANS;
- c) Administradoras de benefícios;
- d) Empresas de Cartões de Desconto e Aplicativos;
- e) Outras empresas contratantes de serviços do Complexo HCFMUSP na Saúde Suplementar.

II – Novos parceiros comerciais:

- a) Fornecedores estratégicos de insumos;
- b) Empresas prestadoras de serviços;
- c) Outras empresas que desenvolvam parcerias para viabilizar negócios na Saúde Suplementar.

Art. 34 O Departamento Jurídico da FFM é a instância que avalia o processo de contratualização, a guarda dos instrumentos contratuais e a consulta a esses instrumentos pelos departamentos que solicitam acesso.

Art. 35 O Departamento Jurídico da FFM é responsável por analisar a regularidade dos instrumentos contratuais a serem firmados com operadoras de planos de saúde, uma vez capitaneada pelo Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado, e é a instância que analisa a habilitação de empresas e pessoas físicas relacionadas e/ou vinculadas aos negócios da Saúde Suplementar:

I – Definindo regras de avaliação de risco financeiro, por meio da pontuação obtida no SCORE do SERASA;

II – Cumprindo requisitos estabelecidos;

III – Avaliando o risco financeiro da contratualização.

Art. 36 O Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM é a instância que avalia a oportunidade de contratualizar os parceiros comerciais avaliando parâmetros relacionados aos volumes de atendimento, rentabilidade e outros parâmetros do mercado da Saúde Suplementar. Além disso, o Departamento:



- I – Negocia;
- II – Realiza a interlocução com o Departamento Financeiro da FFM no processo de habilitação da empresa;
- III – Realiza a interlocução com o Departamento Jurídico da FFM no processo de contratualização;
- IV – Parametriza o sistema de informação de atendimento dos pacientes no Complexo HCFMUSP.

Art. 37 O Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM é responsável pela gestão dos contratos formalizados, em relação:

- I – À análise de rentabilidade real comparada com a rentabilidade projetada nas negociações;
- II – Vigências contratuais;
- III – Tabulação dos registros de eventos favoráveis e desfavoráveis identificados pelo próprio departamento ou reportados a ele por outros na relação comercial com o parceiro.

Capítulo VII

Da Gestão de Atendimentos Excepcionais

Art. 38 O Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado define a oportunidade de atender pacientes de operadoras de planos de saúde em caráter excepcional, que se configura:

- I – No caso de a operadora não ter contrato formalizado com a FFM;
- II – No caso de existir contrato, mas sem a cobertura para o procedimento específico de interesse eventual da operadora de planos de saúde.



Art. 39 A definição da oportunidade considera:

- I – A disposição ou intenção da operadora em firmar acordo com a FFM, eliminando e/ou reduzindo os eventos excepcionais;
- II – A rentabilidade do evento específico;
- III – O interesse do Complexo HCFMUSP.

Art. 40 Prioritariamente os atendimentos excepcionais de operadoras que não contratualizam previamente com a FFM devem ser regidos pelos mesmos critérios e parâmetros aplicados aos pacientes particulares.

Art. 41 A exceção de reger por precificação diferenciada deve ter como base a intenção da operadora em contratualizar com a FFM, identificada pelo Departamento Negócios e Relacionamento com o Mercado.

Art. 42 A dinâmica de atendimento da excepcionalidade deve seguir as etapas:

- I – O contato da operadora solicitando a excepcionalidade deve ser feito com o Departamento Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM;
- II – Caso exista interesse em contratualizar com a FFM, a demanda não é classificada como excepcional e o atendimento é enquadrado na pactuação realizada com a operadora;
- III – Caso não exista interesse em contratualizar com a FFM, a negociação do preço é realizada e a demanda é encaminhada para o Instituto:
 - a) Se a operadora não tem contrato com a FFM, o atendimento é processado como particular;
 - b) Se a operadora tem contrato com a FFM, o atendimento é processado como sendo da própria operadora de planos de saúde, mas no plano específico cadastrado no sistema para esta finalidade (plano excepcionalidade).



IV – O depósito de caução deve ser realizado antes do atendimento, e a confirmação do agendamento só deve ser realizada após a apuração da efetivação do depósito por parte do financeiro da FFM no Instituto;

V – Recibo e Nota Fiscal devem ser emitidos em nome da operadora de planos de saúde.

Capítulo VIII

Da Gestão de Glosas

Art. 43 O Faturamento da FFM é a instância que:

I – Define processos relacionados às glosas com as operadoras de planos de saúde;

II – Executa os limites para ignorar e acatar glosas definidas conforme alçadas determinadas pela Diretoria Financeira da FFM;

III – Classifica as glosas como administrativas ou técnicas;

IV – Instrui integralmente o processo de análise e recurso de glosas administrativas;

V – Instrui o processo de análise e recurso de glosas técnicas envolvendo as áreas de faturamento e/ou auditoria de contas dos Institutos do Complexo HCFMUSP;

VI – Envolve o Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM, quando necessário, para dirimir dúvidas de interpretação dos parâmetros do sistema;

VII – Audita a compatibilidade da atuação das auditorias e dos ajustes nas contas realizadas pelas áreas de faturamento dos Institutos, de acordo com as normas deste Regulamento.



Art. 44 A área de Auditoria de Contas de cada Instituto do Complexo HCFMUSP é a instância que:

I – Analisa, identifica erros e solicita os ajustes nas contas ao setor de faturamento do Instituto do Complexo HCFMUSP, antes da apresentação da conta final, tabulando as ocorrências;

II – Analisa glosas apontadas pela auditoria da operadora de planos de saúde;

III – Acata a glosa justificada, tabulando as ocorrências;

IV – Produz a justificativa necessária para recorrer a glosa injustificada, junto à auditoria da operadora de planos de saúde, envolvendo as áreas de faturamento e assistenciais, se necessário;

V – Discute com a auditoria da operadora de planos de saúde a glosa não justificada;

VI – Acata e tabula glosas injustificadas de baixo valor;

VII – Analisa a glosa técnica encaminhada pelo Departamento de Faturamento da FFM e produz o recurso de glosa ou formaliza o aceite da glosa, envolvendo áreas técnicas assistenciais, quando necessário.

Art. 45 A área de Faturamento de cada Instituto do Complexo HCFMUSP é a instância que indica a devolutiva do tratamento da glosa/recurso.

Art. 46 O Núcleo de Apoio à Saúde Suplementar (NASS) do Complexo HCFMUSP, é a instância que gerencia o cronograma de auditoria das operadoras de planos de saúde junto aos Institutos do Complexo HCFMUSP e as áreas de auditoria das operadoras.

Capítulo IX

Da Gestão de Perdas



Art. 47 O NASS do Complexo HCFMUSP, é a instância interlocutora com a FFM na identificação, tabulação e encaminhamento de perdas relacionadas aos erros operacionais nos processos do Complexo HCFMUSP e da FFM, em função de:

- I – Parametrizações inadequadas de sistema;
- II – Rupturas na formação das contas, como por exemplo inconsistências nos dados lançados em relação aos procedimentos realizados;
- III – Perdas de prazo para apresentação das contas para as auditorias das operadoras, na remessa de contas para as operadoras e nos recursos de glosas;
- IV – Outros eventos que descumpram regras formalizadas nos contratos e/ou estão em desacordo com os manuais operacionais das operadoras.

Art. 48 O Departamento Financeiro é a instância que identifica e tabula a inadimplência da fonte pagadora de particulares e demais empresas contratantes de serviços do Complexo HCFMUSP de Saúde Suplementar;

Art. 49 O Departamento de Faturamento da FFM é a instância que identifica e tabula:

- I – A inadimplência da fonte pagadora das operadoras de planos de saúde;
- II – As glosas indevidas, assim definidas as devidamente recursadas e dentro dos prazos e regras contratuais, cujos recursos não foram acatados pela operadora de planos de saúde.

Art. 50 O Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM é a instância responsável pela formalização da última negociação com a operadora e, em algumas circunstâncias, junto com o Departamento Financeiro da FFM:

- I – Do lote de contas não remetidas no prazo, e/ou com recursos de glosa interpostos fora de prazo;
- II – Do lote de contas inadimplentes;



III – Do lote de glosas indevidas.

Art. 51 Uma vez superada a negociação descrita no Art. 50, o montante correspondente:

I – Deixa de ser atribuído à pendência financeira dos Institutos correspondentes do Complexo HCFMUSP;

II – Passa a ser um passivo operacional da FFM, em conta especificamente definida pelo Departamento de Controladoria da FFM;

III – Todos os repasses para médicos e parceiros de negócios, eventualmente pendentes em função do passivo, são liberados por parte da FFM;

IV – A cobrança do passivo deixa de ser tratada no âmbito operacional pelo Instituto e no âmbito comercial pelo Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM, e passa a ser tratada no âmbito de cobrança financeira judicial pelo Departamento Jurídico da FFM;

V – Um relatório atualizado e periódico, contendo o desenvolvimento da cobrança financeira direta e judicial, deve ser encaminhado pelo Departamento de Faturamento da FFM para o Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM e para os Diretores Executivos dos Institutos do Complexo HCFMUSP.

Capítulo X

Da Gestão de Insumos de Alto Custo

Art. 52 O Departamento Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM é a instância que pode participar de processos de negociação para contratação de insumos de alto custo, quando identificar oportunidade para viabilizar a oferta para fontes pagadoras, ou melhorar a rentabilidade de procedimentos específicos.



Art. 53 As demandas do Departamento de Suprimentos e Operações são atribuídas por meio de representantes de compras e suprimentos de cada Instituto do Complexo HCFMUSP.

Capítulo XI

Das Informações aos Clientes da Saúde Suplementar

Art. 54 A área de Comunicação da FFM é a instância que apoia o Departamento de Negócio e Relacionamento com o Mercado na identidade visual e formatação de materiais desenvolvidos para divulgação sobre a abrangência e escopo da Saúde Suplementar no Complexo HCFMUSP.

Art. 55 Cabe ao Departamento de Negócio e Relacionamento com o Mercado definir as peças de comunicação, sendo:

- I – A produção de material institucional específico sobre a Saúde Suplementar no Complexo HCFMUSP;
- II – A divulgação em lote para potenciais clientes e para a própria base existente de clientes;
- III – O conteúdo em portais on-line da FFM e do Complexo HCFMUSP.

Art. 56 A origem das informações para divulgação de operadoras e planos de saúde atendidos, equipe médica, agendas e outras informações institucionais é a base de dados do sistema de informação corporativo de atendimento de pacientes. Além disso:

- I – O Departamento de Tecnologia da Informação da FFM é a instância que define e desenvolve integrações entre a base de dados do sistema do HC, relacionadas aos parâmetros contratuais e de atendimento com os aplicativos externos, e de empresas terceirizadas que se utilizam dessas informações;
- II – Os Departamentos Jurídico e de Negócios e Relacionamento com o Mercado, ambos da FFM, devem dar anuência ao processo de integração que



disponibiliza as informações para terceiros, considerando aspectos de sigilo das informações contidas nos contratos formalizados com os parceiros comerciais e com os médicos.

Capítulo XII

Das Autorizações junto às Operadoras de Planos de Saúde

Art. 57 Cada Instituto é responsável pela obtenção de autorizações junto às Operadoras de Planos de Saúde, incluindo:

I – Autorizações prévias antes do atendimento, para o procedimento e/ou para utilização de insumos de alto custo (medicamento de alto custo ou OPME);

II – Autorizações nos Atendimentos de Urgência / Emergência, sejam exigidas durante o atendimento, especialmente relacionadas aos exames de média e alta complexidades, ou exigidas após o atendimento;

III – Autorizações complementares em casos de divergência entre o autorizado e o realizado, especialmente OPME e Prorrogação da Internação, além do número de diárias autorizadas previamente. Autorizações complementares são geralmente exigidas pelas operadoras para insumos de custo unitário elevado.

Art. 58 Cada Instituto deve seguir as orientações:

I – Prioritariamente do manual e/ou da própria plataforma de solicitação de autorizações das operadoras de planos de saúde;

II – Da operadora de planos de saúde no caso de excepcionalidades, assim definidos:

- a) Os eventos não contratualizados de forma regular;
- b) Os contratualizados em que a operadora define rito e/ou requisitos específicos;



c) Os casos de cirurgias de emergência/urgência, especialmente os que utilizam insumos de alto custo (medicamentos e/ou OPME), em que a contratualização define aquisição por parte da operadora e, devido a necessidade, são adquiridos pelo Complexo HCFMUSP.

III – Do Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM em situações atípicas.

Art. 59 Nos casos de solicitação de autorização para atendimento cirúrgico eletivo, por parte do Instituto concedido pela Operadora, o Instituto deve priorizar a realização do procedimento no menor prazo possível, sendo esta priorização dentro da agenda da Saúde Suplementar.

Art. 60 É de responsabilidade exclusiva do Instituto, após a obtenção da autorização:

I – Confirmar com a equipe assistencial a compatibilidade entre a autorização e o procedimento planejado;

II – Confirmar ao paciente a agenda e requisitos para atendimento;

III – Monitorar painel de Autorizações.

Art. 61 A negativa de autorização por parte da operadora deve bloquear o atendimento eletivo, antes do início do atendimento, com exceção dos casos em que o caso se configure como urgência/emergência:

I –A negativa de autorização não pode interferir na conduta médica;

II–A autorização exigida durante um atendimento já iniciado, de urgência/emergência, deve se relacionar exclusivamente em relação a possibilidade de faturar a conta, não pode interferir na conduta médica.

Capítulo XIII

Da Gestão de Atendimentos Originados por Judicializações



Art. 62 No caso de solicitação de atendimento por ordem judicial, que cita como obrigada uma operadora de plano de saúde ou outra empresa que mantém contrato regular com a FFM, com ordem para que o atendimento seja realizado no Complexo HCFMUSP:

I – Deve ser processada pelo Instituto como um atendimento comum para a operadora de planos de saúde;

II – Deve ser valorada conforme as regras de preços pactuadas junto à operadora de planos de saúde;

III – Os itens não cobertos na pactuação devem ser valorados de acordo com a tabela de preços de pacientes particulares;

IV – Embora o atendimento não exija solicitações de autorizações, o Instituto deve dar conhecimento ao Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado:

a) Que deve manter contato com a área de credenciamento da operadora, de modo a alinhar detalhes comerciais de interesse da parceria comercial com a FFM;

b) No caso de pactuação excepcional instruir o Instituto a respeito de eventuais mudanças no processo administrativo e de apresentação da conta.

Art. 63 No caso de solicitação de atendimento por ordem judicial, que cita como obrigada uma operadora de planos de saúde ou outra empresa que mantém contrato regular com a FFM, e a ordem não cita que o atendimento seja realizado especificamente no Complexo HCFMUSP:

I – O Instituto deve instruir o paciente para entrar em contato com a operadora de planos de saúde ou empresa citada;

II – Paralelamente, o Instituto deve dar conhecimento do evento para o Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM, para avaliar:



- a) A oportunidade de negociar o caso específico com a instituição citada na ordem judicial, no caso de operadora de planos de saúde ou outras empresas já contratualizadas;
- b) A oportunidade de contratualizar, no caso de instituição ainda não contratualizada.

Capítulo XIV

Da Gestão de Agendas

Art. 64 A gestão e operacionalização das agendas de consultas, exames, internações e demais procedimentos em âmbito ambulatorial, de hospital-dia e de internações é de responsabilidade exclusiva de cada Instituto.

Art. 65 Solicitações excepcionais de operadoras de planos de saúde, outras empresas contratantes ou de outras pessoas, recepcionadas pelo Departamento de Negócios e Relacionamento com o Mercado da FFM, devem ser encaminhadas para o Instituto:

§ 1º No caso de operadoras de planos de saúde, o encaminhamento deve ser feito com um breve histórico de pendências da operadora em relação às obrigações junto a FFM, especialmente relacionadas a inadimplência, glosas injustificadas recursadas e solicitações não atendidas de acolhimento de contas fora de prazo.

Art. 66 No caso de pacientes particulares o Instituto deve consultar a situação de inadimplência junto ao Caixa da FFM no Instituto, antes de confirmar a agenda.

Art. 67 Cada Instituto é responsável por confirmar as agendas de consultas e exames antes da data de realização para evitar ou mitigar a frequência de perda de agenda:



- I – O critério de risco e a antecedência da confirmação da agenda é definido pelo próprio Instituto;
- II – O NASS é a instância de auditoria do processo de confirmação de agendas.

Capítulo XV

Da Contratualização com Empresas Intermediárias de Pagamentos de Pacientes

Art. 68 A FFM é a instância que tem a prerrogativa de contratualizar com empresas que atuam no mercado como intermediadoras de pagamentos.

Art. 69 São consideradas empresas intermediadoras:

I – As que atuam operando planos de saúde ou oferecendo cobertura para assistência médica eventual, mas não têm registro na ANS, entre elas:

- a) Institutos de Previdência de Funcionários Públicos;
- b) Instituições do Sistema “S” (exemplo: SESC, SESI);
- c) Associações de funcionários de empresas públicas ou privadas;
- d) Fundações e Fundos de Saúde;
- e) Seguradoras que garantem cobertura para eventos de assistência médica em nível nacional ou internacional, para brasileiros ou estrangeiros;
- f) Instituições dos poderes executivo, legislativo e judiciário.

II – As que operam cartões de desconto, específicos para a área da saúde ou de âmbito geral;

III – As que operam meios de pagamento por aplicativos.

Art. 70 Para contratualizar com empresas que operam planos de saúde, mas não têm registro na ANS, a contratualização deve respeitar regras análogas



às que se aplicam às operadoras de planos de saúde que têm registro na ANS.

Art. 71 Para contratualizar com empresas que operam cartões de desconto, ou outros meios de pagamento, são premissas inegociáveis da contratualização:

I – Que esteja explícito na contratualização que o paciente não será transferido no Complexo HCFMUSP, da condição de atendimento da saúde suplementar para o SUS, para tratar de intercorrência ou dar seguimento ao tratamento, a não ser que isso ocorra pela recepção do paciente pelo Complexo HCFMUSP dentro da legislação que rege a regulação do SUS e da contratualização do Complexo HCFMUSP com o SUS;

II – Que todos os pagamentos sejam realizados pela empresa contratante, seja no caso dos pagamentos dos procedimentos devidamente formalizados no contrato ou no caso de intercorrências que possam surgir no atendimento dos pacientes;

III – Eventuais dívidas a serem cobradas diretamente dos pacientes e/ou responsáveis civis, como devedores solidários, devem ser avaliadas pelo NASS/ Diretoria Clínica do Instituto, com foco na gestão de risco de o paciente pleitear ser atendido no Complexo HCFMUSP pelo SUS.

Capítulo XVI

Do Apoio à Gestão de Processos nos Institutos

Art. 72 Cabe exclusivamente aos Institutos do Complexo HCFMUSP, em que a FFM atua como fundação de apoio, a função de definir ou auditar processos, especialmente:



- I – Em processos relacionados à divulgação de serviços em web sites e sistemas aplicativos de agendamento;
- II – Em processos relacionados ao atendimento do paciente (autorizações, cadastro de pacientes, recepção, prescrição, receituário, evolução, registro de procedimentos e dispensação de medicamentos e materiais);
- III – Em processos relacionados a solicitação, autorização, logística e utilização de insumos de alto custo (OPME e medicamentos de alto custo);
- IV – Em processos relacionados a formação das contas, disponibilização das contas para remessa, auditorias de contas e outros que se relacionam com os cronogramas que envolvem o ciclo de vida das contas;
- V – Em processos relacionados ao cadastro de regras de repasse entre Institutos e departamentos dos Institutos.

Art. 73 A FFM deve prestar apoio, dentro da sua competência técnica e operacional, na especificação de contratação de serviços para o Complexo HCFMUSP, não incluindo:

- I – A gestão do contrato com empresas terceirizadas;
- II – A produção de indicadores, especialmente os que dependem de coleta de informações que não estão disponíveis nos sistemas de informação da FFM.

Capítulo XVII

Das Disposições Finais

Art. 74 Ficam revogadas as disposições em contrário.



Art. 75 A FFM poderá modificar as disposições deste Regulamento quando entender necessário, devendo, para tanto, observar os procedimentos previstos em seu Estatuto.

Art. 76 Após a aprovação deste Regulamento pelo Conselho Deliberativo do HCFMUSP, a FFM se compromete a emitir e formalizar as Diretrizes Institucionais correlacionadas e alinhadas a este documento.

Art. 77 A FFM se compromete com a transparência nas relações contratuais e na utilização de recursos gerados pelos atendimentos provenientes da saúde suplementar.

Art. 78 A FFM garante que todos os processos e contratos firmados na saúde suplementar estejam em conformidade legal com as regulamentações da ANS, Normativos da FFM, Lei nº 17.893 (Lei das Fundações SP) ou outras legislações pertinentes.

Art. 79 O HCFMUSP se compromete a observar e cumprir as disposições deste Regulamento, assegurando sua aplicação em todas as atividades sob sua gestão a partir da data de aprovação.

Art. 80 Este Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Deliberativo HCFMUSP.

ANEXO I – MATRIZ DE RESPONSABILIDADES

Tema/Processo		FFM								HCFMUSP					ConDel	ConDir
		Diretoria Corporativa	Jurídico	Faturamento	Caixa FFM	Financeiro	Negócio e Relacionamento com o Mercado	Suprimentos	Superintendência	Institutos	Jurídico	NETI - (Cadastro de Tabelas)	NASS			
Oferta de Serviços ao Mercado	Definição dos procedimentos a serem ofertados	I					C			R			C			
	Definição de valores de remuneração para médicos	R					C		R	I			I	I	I	
	Viabilização de agendas e recursos para realização dos procedimentos junto aos médicos						I			R			I			
	Propaganda e disponibilização de material e ferramentas para divulgação						R			C			C			
Precificação	Disponibilização de custos departamentais, insumos e fichas técnicas						C			R			I			
	Cálculo do custo estimado, definição de preços e de macroestudos	I					R			C						
Negociação	Negociação com clientes	C					R			I						
	Negociação com fornecedores de insumos de alto custo (estratégicos)						R	R		I						
	Negociação com fornecedores de insumos não estratégicos						C	R		I						
Contratualização	Avaliação/habilitação de risco financeiro de clientes e parceiros comerciais	C	R	C			I				I					
	Avaliação/habilitação de risco institucional de clientes e parceiros comerciais	A	R				I									
	Avaliação da oportunidade comercial de contratualizar com o cliente	C	C				R			I	I					
	Instrução do processo de formalização, guarda e disponibilização de consulta aos contratos		R				I									
	Gestão dos contratos		I				R									
Parametrização de Sistemas	Parâmetros comerciais e preços	C					R			C			I			
	Cadastros básicos e relacionados a estrutura física dos atendimentos						I			R		R				
Operacionalização	Rotina de autorizações, agendamento e registro									R			I			
	Rotina de recebimento de depósitos			A	C	R										
	Rotina de concessão de descontos				I	C	R			I						
	Formação das contas				R					R			I			
	Remessa das contas e gestão de glosas			R	C		C			R						
	Conciliação de recebimentos			R	R											
	Faturamento das contas			I	I	I				R			R			
	Rotina de aferição da conformidade e de atendimento de auditorias nos institutos						I			I			R			
	Negociação extraordinária em lotes de glosas				C	I	R									
	Reversão de contas para particulares e encaminhamento para cobranças judiciais		C		R	R					I					
	Baixa de glosas e inadimplência			C	R	C	C						R			
Regulamento	Definição	A	C	C		C	R		I	I	I	I	I	C	C	

R	Responsável
A	Autoridade
C	Consultivo
I	Informado