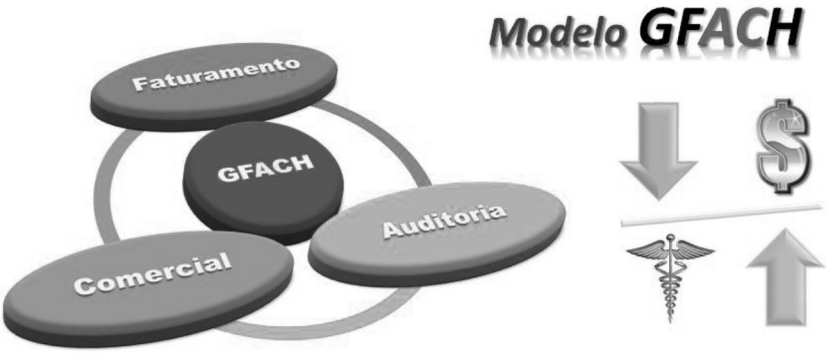


Gestão em Faturamento, Auditoria de Contas e Administração Comercial Hospitalar

Enio Jorge Salu

1ª Edição
2015

ISBN
Prefixo Editorial: 917645
Número ISBN: 978-85-917645-5-6

Título: Modelo GFACH – Gestão em Faturamento, Auditoria de Contas e Administração Comercial Hospitalar

Salu, Enio Jorge – 2015 – Edição do Autor – São Paulo/SP

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-917645-5-6
9 788591 764556

Modelo

ÍNDICE

Página	*Tópico*	
8	**Apresentação**	
12	**A**	**Organização e Financiamento do Sistema de Saúde**
12	A.1	Sistema de Saúde Brasileiro
12	A.1.1	Governo
13	A.1.1.1	Governo Federal
16	A.1.1.2	Governo Estadual / Distrital
18	A.1.1.3	Governo Municipal
20	A.1.2	Cenário
20	A.1.2.1	Atores
22	A.1.2.2	Financiamento do SUS
28	A.1.2.3	SUS
32	A.1.2.4	Saúde Suplementar
43	A.1.2.5	Organização do Sistema
48	A.2	Hospitais Brasileiros
48	A.2.1	Origem dos Hospitais Brasileiros
49	A.2.1.1	Histórico
50	A.2.1.2	Evolução
51	A.2.2	Instituições de Maior Relevância p/ o Sistema de Saúde
51	A.2.2.1	De Comunidades Filantrópicas
52	A.2.2.2	De Instituições Religiosas
52	A.2.2.3	Vinculados às Instituições de Ensino e Pesquisa
53	A.2.2.4	Vinculados à Cooperativa ou Operadora
53	A.2.2.5	Públicos da Administração Direta do Governo
54	A.2.3	Missão, Visão e Valores
54	A.2.3.1	Exemplos coletados na Internet em 2015
56	A.2.3.2	Exemplos coletados na Internet em 2013 e 2015
57	A.3	Negócio Hospitalar
57	A.3.1	Arquitetura Hospitalar
58	A.3.1.1	Tipos de Edifícios Hospitalares
59	A.3.1.2	Tipos de Leitos Hospitalares
69	A.3.1.3	Unidade de Terapia Intensiva
61	A.3.1.4	Bloco Cirúrgico
62	A.3.1.5	Realidade da Arquitetura Hospitalar no Brasil

Modelo GFACH

Página	***Tópico***	
63	A.3.2	Organização do Hospital
63	A.3.2.1	Organograma Básico
64	A.3.2.2	Abrangência Comercial
66	A.3.2.3	Visão Comercial da Estrutura Organizacional Hospitalar
67	A.3.3	Aspectos do Negócio Hospitalar no Brasil
67	A.3.3.1	Custeio Típico dos Hospitais Privados
67	A.3.3.2	Custeio Típico dos Hospitais Públicos
68	A.3.3.3	Volumetria Básica
68	A.3.3.4	Receita nos Hospitais com Porta 2
69	A.3.3.5	Indicadores Hospitalares Usuais
70	A.3.4	Aspectos do Planejamento Hospitalar no Brasil
70	A.3.4.1	Cadeia de Valores
71	A.3.4.2	Recursos e Capacidades Operacionais
71	A.3.4.3	Matriz SWOT
72	A.3.4.4	Estratégias
74	A.3.4.5	Tendências
76	**B**	**Gestão Comercial Hospitalar**
76	B.1	Posicionamento Estratégico
76	B.1.1	Escopo e Abrangência
78	B.1.2	Cliente Hospitalar
82	B.1.3	Cliente Foco da Gestão Comercial Hospitalar
83	B.1.4	Provedor Foco da Gestão Comercial Hospitalar
85	B.1.5	Tipo de Atendimento Foco da Gestão Comercial Hospitalar
86	B.2	Ações para Melhorar o Resultado Comercial
86	B.2.1	Inserção no Turismo da Saúde
87	B.2.2	Humanização do Atendimento
89	B.2.3	Fidelização

Modelo GFACH

Página	***Tópico***	
90	B.3	Rotina da Gestão Comercial
90	B.3.1	Gestão do Produto Hospitalar
91	B.3.1.1	Significado da Conta Hospitalar
92	B.3.1.2	Regras Básicas de Remuneração na Saúde Suplementar
94	B.3.1.3	Regras Fundamentais de Remuneração do SUS
95	B.3.1.4	Pontos de Venda dos Produtos Hospitalares
96	B.3.1.5	Destino da Receita Hospitalar
98	B.3.2	Gestão dos Preços Hospitalares
98	B.3.2.1	Modelo de Remuneração dos Provedores
100	B.3.2.1.1	SUS (FAEC – MAC – MUT – PAB)
103	B.3.2.1.2	Saúde Suplementar
107	B.3.2.2	Tabelas de Preços na Saúde Suplementar
107	B.3.2.2.1	Tabela da AMB: CBHPM
112	B.3.2.2.2	Tabela Brasíndice
114	B.3.2.2.3	Tabela SIMPRO
115	B.3.2.2.4	OPME
117	B.3.2.2.5	Tabela Própria (Hospitalar)
119	B.3.3	Regulamentações e Práticas
119	B.3.3.1	Definições Relevantes
121	B.3.3.2	Padronização (TUSS – TISS – Código ANVISA)
123	B.3.3.3	Consignação
125	B.3.3.4	Repasse
125	B.3.3.4.1	Médico
128	B.3.3.4.2	Fornecedor de OPME
130	B.3.3.5	Pacotes
131	B.3.3.5.1	Protocolo
132	B.3.3.5.2	Protocolo x (POPs e ROTs)
133	B.3.3.5.3	Pacote

Modelo GFACH

Página	*Tópico*	
136	**C**	**Gestão do Faturamento Hospitalar**
136	C.1	Controle das Contas
137	C.1.1	Formação das Contas
138	C.1.1.1	Controle do Fluxo
142	C.1.1.2	Foco
143	C.1.1.3	Origem da Receita e Obrigações Implícitas
143	C.1.1.3.1	Agendamento
144	C.1.1.3.2	Internação
144	C.1.1.3.3	Registro de Atendimento Tipo Externo
145	C.1.1.3.4	Internação Cirúrgica SUS
146	C.1.1.3.5	Internação Cirúrgica Saúde Suplementar
147	C.1.1.3.6	Internação Clínica
147	C.1.1.3.7	Pronto Socorro SUS
148	C.1.1.3.8	Pronto Socorro e Ambulatório – Saúde Suplementar
148	C.1.1.3.9	S.A.D.T.
149	C.1.2	Apresentação das Contas
149	C.1.2.1	Tipos de Contas
149	C.1.2.1.1	SUS
150	C.1.2.1.2	Saúde Suplementar
152	C.1.2.2	Abrangência da Conta
154	C.2	Lançamentos nas Contas
154	C.2.1	Regras e Práticas
154	C.2.1.1	Regras SUS
157	C.2.1.2	Regras e Práticas da Saúde Suplementar
158	C.2.1.2.1	Cálculo do Preço pela Tabela CBHPM
159	C.2.1.2.2	Hierarquia das Regras
160	C.2.1.2.3	Diária Hospitalar
160	C.2.1.2.4	Taxa de Sala
161	C.2.1.2.5	Taxa de Uso de Equipamento
161	C.2.1.2.6	Taxa Multidisciplinar

Modelo GFACH

Página	*Tópico*	
162	C.2.1.2.7	Gases
162	C.2.1.2.8	Procedimento / Honorário Médico do Procedimento
163	C.2.1.2.9	SADT – Exames
163	C.2.1.2.10	SADT – Procedimentos Terapêuticos
164	C.2.1.2.11	Insumos: material, medicamento, dieta especial, contraste
164	C.2.1.2.12	Componentes Humanos: Órgãos, Hemocomponentes, Tecidos
165	C.2.1.2.13	OPME
165	C.2.1.2.14	Taxas Hospitalares
166	C.2.1.2.14	Pacotes
167	C.2.2	Gestão dos Lançamentos
167	C.2.2.1	Saúde Suplementar
168	C.2.2.2	SUS
169	C.2.2.3	Nota de Débito, Check-list e Kit
173	**D**	**Gestão da Auditoria de Contas**
173	D.1	Processo
173	D.1.1	Pré Remessa
174	D.1.1.1	Visão Geral
174	D.1.1.2	Auditoria Concorrente
176	D.1.1.3	Auditoria Local e Capeante
179	D.1.2	Pós Remessa
179	D.1.2.1	Visão Geral
180	D.1.2.2	Conciliação e Análise de Glosas
181	D.1.2.3	Recurso de Glosa na Saúde Suplementar
182	D.2	Práticas
182	D.2.1	Tipos de Glosas
183	D.2.1.1	Glosa Técnica
184	D.2.1.1.2	Auditoria Médica
185	D.2.1.1.3	Auditoria Multidisciplinar
186	D.2.1.1.4	Prorrogação de Internação e Pós Cirúrgico
187	D.2.1.2	Glosa Administrativa
191	D.2.2	Sobre Identificação e Recurso de Glosa

Modelo GFACH

Página	*Tópico*	
193	**E**	**Gestão Estratégica**
193	E.1	Base de Dados para Gestão Estratégica
194	E.1.1	BI – Business Intelligence
196	E.1.2	Informações do BI
198	E.2	Produção e Produtividade
198	E.2.1	Controle do Tempo
201	E.2.2	Controle dos Volumes
203	E.2.3	Produtividade do Faturamento
204	E.2.4	Evolução do Volume de Atendimento e do Faturamento
205	E.3	Rentabilidade Comercial
205	E.3.1	OPME
207	E.3.2	Ticket Médio
210	E.3.3	Provedores
210	E.3.3.1	Tipo de Financiamento SUS
212	E.3.3.2	Operadoras na Saúde Suplementar
214	E.3.4	Médicos
214	E.3.4.1	Estatística de Cirurgias
216	E.3.4.2	Ranking de Médicos
217	E.3.4.3	Estatística de Cirurgias por Médico
218	E.3.4.4	Parceria do Médico com o Hospital
219	E.3.5	Perfil de Faturamento
222	**F**	**Informações Complementares**
222	F.1	Cursos de Formação no Modelo GFACH
222	F.2	Sobre o autor do Modelo
224	F.3	Histórico de Registros na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro

Anexo
Indicadores Usuais da Gestão Hospitalar no Brasil
DOWNLOAD NA PÁGINA www.gfach.net.br

Modelo GFACH

Apresentação

O segmento da saúde no Brasil possui o mais insano conjunto de regras comerciais conhecido em toda a atividade econômica, em todo o mundo.

Não se trata de clichê: a união da atividade assistencial com a atividade econômica na saúde já é naturalmente conflitante em qualquer lugar do mundo, mas no Brasil o SUS (Sistema Único de Saúde) e a Saúde Suplementar definem um conjunto de regras, normas e práticas que misturam o processo tratamento-cura, com o preceito da remuneração justa, e coloca no mesmo 'bolo' prevenção, assistência para cura e procedimentos supérfluos (ou opcionais) como se tudo fosse a mesma coisa e a regulação feita na essência pelo Ministério da Saúde, tanto na área pública quanto na área privada (ANS), é ineficiente tanto no sentido de garantir a saúde para o necessitado, quanto a rentabilidade para quem opera planos de saúde e serviços de saúde.

Especialmente a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) posiciona-se como órgão regulador da relação entre a Operadora de Planos de Saúde e o Beneficiário, entre o Beneficiário e o Serviço de Saúde, e entre o Serviço de Saúde e o Beneficiário, como se esta regulação fosse possível.

Para exemplificar como a missão da ANS está mal definida:

- A SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), não se propõe a regular as relações entre seguradoras e segurados, seguradoras e prestadoras de serviços, segurados e prestadores de serviços. Não é viável, e por esta razão ela regula a relação entre seguradoras e beneficiários, apenas.

Poderíamos citar diversos outros exemplos das outras agências reguladoras, mas este é suficiente para demonstrar que como a missão da ANS está equivocada, ela atua com muita eficiência na divulgação de centenas de normas que mais complicam do que ajudam a Saúde Suplementar no Brasil.

A Agência ANS é uma instituição séria e de extrema eficiência no que faz: mas o objetivo está errado, e consequentemente o resultado é totalmente inadequado.

Fomenta um círculo vicioso de edição de normas para regulamentar as lacunas das existentes, que por sua vez geram mais lacunas a serem normatizadas.

Modelo GFACH

Então, no intervalo de tempo em que este livro foi editado e a sua leitura, dezenas ou talvez centenas de normas foram editadas pela ANS, inserindo ainda mais complexidade ao sistema de remuneração da saúde suplementar, a maioria absoluta delas com a intenção de evitar que a operadora, o hospital ou o beneficiário seja prejudicado, sem levar em conta que um destes 3 atores sempre será beneficiado com a norma, em detrimento do prejuízo que os outros 2 terão. Algo inútil como tentar evitar que as ondas do mar cheguem à praia atirando pedras contra elas.

Como ela não consegue fazer o impossível, o cenário se completa com normas e definições de diversos tipos de instituições representativas de classes de profissionais e empresas, que nas lacunas geradas pela infinidade de instrumentos regulatórios falhos, acabam assumindo o caráter de lei, sendo respeitadas na prática, pela ausência da lei específica.

No lado do SUS, como tudo no Brasil que depende da sincronia de ações públicas nos âmbitos da União, Estados e Municípios, as definições sempre são excelentes, mas na prática os interesses político-partidários não permitem a sua aplicação plena, nem no âmbito assistencial, nem no que se refere ao financiamento do sistema (a remuneração dos prestadores de serviços).

O SUS, particularmente em relação às definições descritas na Constituição Brasileira, é elogiado em todo o mundo, mas na prática não cumpre sua missão, desassistindo milhões de pessoas que dependem exclusivamente dele, e destruindo equipamentos públicos rapidamente que ficam à mercê de decisões político-partidárias para manter seu sustento, seu desenvolvimento e o cumprimento de suas metas.

Este cenário caótico provocou a obsolescência da quase totalidade das instituições públicas do segmento da saúde nas últimas décadas.

Especialmente em relação às ilhas de excelência da saúde pública, os hospitais vinculados às universidades que mantêm cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição e outras disciplinas, formam mão-de-obra de reconhecida qualificação, e conseguem prestar assistência aos pacientes que não têm recursos para adquirir planos de saúde, o cenário foi extremamente danoso: reduziu o número de vagas de formação de mão-de-obra e assistência ao SUS proporcionalmente em relação ao crescimento da população, e desestimulou completamente a permanência dos profissionais mais qualificados na rede pública de saúde.

Modelo GFACH

E este cenário transformou a Saúde Suplementar em um autêntico 'jogo de truco', onde a aparência (hotelaria) passou a ser mais importante do que a essência da atividade assistencial: 'o melhor resultado com o menor custo'. A regra é 'mostrar que é melhor que o outro através 'da propaganda', 'do marketing', 'da aparência':

- As operadoras privilegiam o serviço de saúde que cobra menos, independente do resultado efetivo na assistência à saúde, uma vez que operar o plano de saúde para a maioria das operadoras é uma atividade econômica como outra qualquer. E focam nos serviços de saúde novos, com arquitetura moderna;
- Os serviços de saúde passaram a oferecer produtos de diferentes níveis de qualidade, dependendo do valor da remuneração. O resultado do procedimento não é o que define a remuneração – cobra-se pelo procedimento independentemente de ele ter sido efetivo no processo da cura, e/ou cobra-se mais pelo procedimento pelos serviços agregados. Por exemplo:
    - O parto é algo que as mulheres realizam sozinhas desde o início da humanidade;
    - Prestar assistência ao parto deveria ser algo absolutamente simples, uma vez que o maior trabalho e da mulher e não do profissional de saúde, ou do serviço de saúde;
    - Mas a assistência ao parto no Brasil é muito menos um serviço técnico, e muito mais um serviço de hotelaria. Um autêntico 'big brother' em determinadas 'maternidades top de linha' que cobram mais pelo luxo do que pelo procedimento propriamente dito.

Para lidar com este cenário e manter a rentabilidade hospitalar é necessário ter pleno domínio de algumas coisas fundamentais:

- Origem do dinheiro que paga o hospital, seja no ambiente SUS, seja na SS (Saúde Suplementar);
- Regras que definem o que pode e o que não pode ser faturado;
- Regras que definem o preço;
- Destino do dinheiro recebido. Uma boa parte do dinheiro que o hospital recebe não é dele – ele é apenas um intermediário entre quem paga e quem efetivamente vai receber.

É este o foco do Modelo GFACH – Gestão em Faturamento, Auditoria de Contas e Administração Comercial Hospitalar: apresentar o cenário do Sistema SUS e da Saúde Suplementar no Brasil, e discutir regras fundamentais e práticas de mercado para manter a rentabilidade hospitalar.

Modelo GFACH

Boa parte do conteúdo poderá passar a impressão de que o Modelo GFACH preconiza a obtenção de receita de forma predatória. O objetivo está longe deste:

- O Modelo GFACH parte do princípio que na cadeia de valores da saúde brasileira, o hospital é o elo mais fraco, onde tudo que é mais crítico acontece e necessita ser adequadamente remunerado para manter sua sustentabilidade;
- Governo (em qualquer instância: Federal, Estadual/Distrital e Municipal), operadoras de planos de saúde e pacientes tentam passar para o hospital o risco do custo da assistência à saúde, como se o hospital fosse uma seguradora, e evidentemente não é;
- O Modelo GFACH é uma coletânea de conceitos, regras e práticas que ajudam o hospital a obter remuneração adequada, de forma absolutamente legal, utilizando o que as leis, normas e práticas permitem.

Somente obtendo remuneração adequada o hospital, público ou privado, consegue dar assistência para um número cada vez maior de necessitados. Não pode existir dano maior para a sociedade do que assistir a agonia de um hospital fechando por falta de recursos, com tanta gente necessitando de assistência.

É fundamental também esclarecer que o Modelo GFACH não se propõe a ensinar detalhadamente o que o Gestor Comercial deve fazer, ou fornecer instruções detalhadas de como faturar uma conta SUS ou da SS, ou discutir detalhadamente a rotina de auditoria de contas SUS ou SS:

- Como o próprio nome do Modelo propõe, vamos tratar da Gestão Comercial, Gestão do Faturamento e da Gestão da Auditoria de Contas;
- A proposta é discutir os conceitos e práticas até o nível necessário para realizar a gestão destas áreas e processos, mas não formar o faturista, o auditor médico, etc.

E é oportuno iniciar com a afirmação de que, mesmo neste cenário obscuro de regras e interesses difusos, sob o ponto de vista dos negócios, a atividade hospitalar no Brasil é rentável, a ponto de empresas estrangeiras de diversos países cada vez mais se interessarem em atuar neste mercado, e termos observado nos últimos anos uma expansão no segmento que não foi observada na maioria absoluta dos demais.

Boa leitura !

Modelo GFACH

A Organização e Financiamento do Sistema de Saúde

A.1 Sistema de Saúde Brasileiro

Para estudar gestão comercial, faturamento e auditoria de contas hospitalares é necessário entender o Sistema de Saúde Brasileiro, menos sob o aspecto assistencial, embora necessário, e mais sob o ponto de vista da captação e distribuição dos recursos.

Embora SUS e Saúde Suplementar sejam sistemas distintos, na prática são absolutamente interdependentes. É praticamente impossível gerir hospitais no Brasil, sejam públicos ou privados, particularmente realizar a gestão comercial e faturar contas, se não tiver conhecimentos básicos sobre a origem e o repasse de recursos que sustentam o sistema.

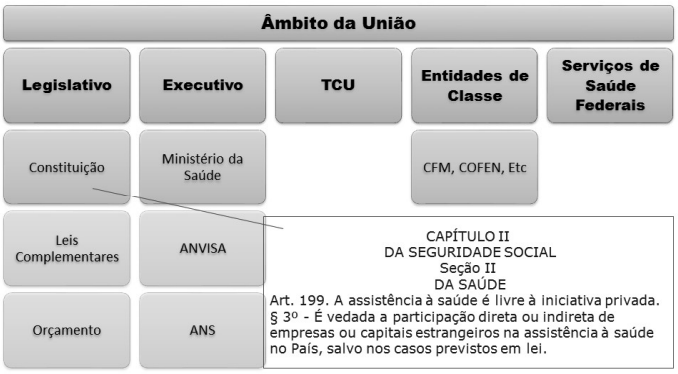
A.1.1 Governo

O governo é um ator fundamental no estudo, porque atua na saúde não só de forma reguladora, como faz na maioria dos segmentos de mercado, mas como executor exclusivo no caso do SUS, e de forma intervencionista na Saúde Suplementar. Não existe outro segmento de mercado onde o governo atue desta forma: mesmo na educação, economia, transportes e energia, por exemplo, onde o governo atua diretamente como executor, sua forma intervencionista não é tão predominante como é na saúde.

E esta característica não se restringe em uma das instancias: de forma hierarquizada ou não, o governo intervê na saúde pública e privada no âmbito Federal, Estadual/Distrital e Municipal.

Modelo GFACH

A.1.1.1 Governo Federal



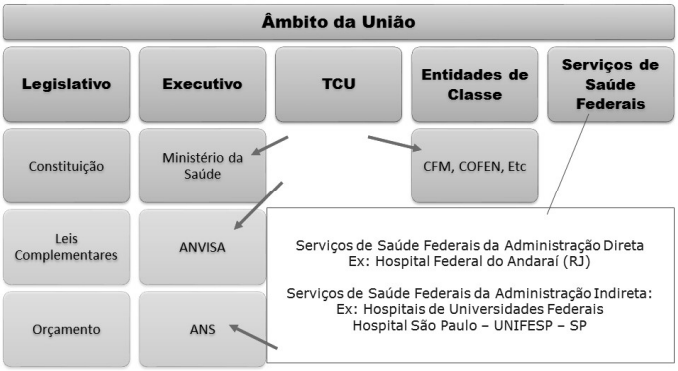
No Âmbito da União, temos a definição da importância da saúde para a função dos governos, com uma seção inteira da Constituição, dentro do Capítulo II da Seguridade Social: Seção II – Da Saúde.

A Constituição define o SUS (Sistema único de Saúde) e um dos seus artigos mais polêmicos (o Art. 199) define que 'a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, sendo vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei'.

Evidentemente este artigo não condiz exatamente com a realidade, além de dar margem à interpretações dúbias quando cita 'assistência à saúde' de forma genérica, e 'nos casos previstos em lei' sem estabelecer limites para a lei que pode definir a participação estrangeira até nos casos que motivou o legislador a inserir originalmente este artigo na Constituição.

No âmbito federal, o papel do legislativo é semelhante ao que desempenha em relação a qualquer assunto, mas o do executivo é muito específico, chegando ao ponto de operar serviços dessaúde diretamente vinculados à administração federal, não necessariamente vinculados ao Ministério da Saúde. Esta é uma particularidade: os serviços de saúde vinculados à administração federal podem ser da administração direta (subordinados administrativamente ao Ministério da Saúde) ou vinculados indiretamente, por exemplo, geridos por uma Universidade Federal, por uma Organização Social, etc.

Modelo GFACH



O próprio Ministério da Saúde executa a regulação do segmento, ou diretamente, ou através de agências regulatórias específicas, como é o caso da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) ou da ANS na Saúde Suplementar.

O Governo Federal regula e comanda diretamente a intervenção no segmento, principalmente gerindo o SUS e regulamentando a Saúde Suplementar. Podemos dizer que o Governo Federal atua de forma exclusiva na operacionalização do SUS e na regulação da Saúde Suplementar, atua de forma expressiva nos programas de prevenção da saúde, mas atua com pouca intensidade na oferta de serviços de saúde a ele vinculados direta ou indiretamente.

O TCU (Tribunal de Contas da União) fica com o encargo de, além de auditar as contas do Ministério da Saúde e suas agências reguladoras, ainda auditar contas dos serviços de saúde e eventuais fundações à eles vinculados. Mantém um importantíssimo papel na cadeia de valores, uma vez que o segmento movimenta recursos significativos e formaliza uma infinidade de contratos de aquisição de equipamentos, insumos e serviços. Com o tamanho que o SUS se apresenta, é inimaginável admitir que uma estrutura deste tamanho poderia subsistir sem a atuação do TCU na fiscalização das contas.

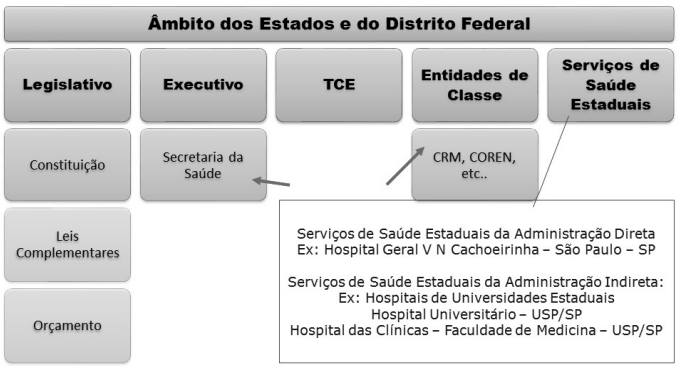
Modelo GFACH

No âmbito federal, entidades de classe atuam de forma significativa para a viabilização do sistema, especialmente:

- Os conselhos federais de medicina, enfermagem, fisioterapia e de outros profissionais multidisciplinares que atuam no segmento da saúde, e que além de lutar pelos direitos da sua classe, editam normas que suprem as lacunas do que existe na lei, e na prática são aceitas como regra a ser cumprida nestas lacunas;
- Os sindicatos de profissionais e empresas, que atua na regulamentação das relações dos empregados e empregadores no segmento, e definem regras que têm consequências importantíssimas na gestão dos hospitais, que são empresas de alto índice de empenho de mão-de-obra.

Modelo GFACH

A.1.1.2 Governo Estadual / Distrital



Ao contrário do Governo Federal, o Governo Estadual praticamente não atua na regulação, porém é a instância governamental que praticamente assegura a oferta de serviços de saúde para tratamentos de média e alta complexidade.

Os Estados ofertam serviços de saúde para quem depende do SUS basicamente de 4 formas:

- Através de hospitais vinculados à Administração Direta, com gestão subordinada à Secretaria de Estado da Saúde;
- Através de hospitais vinculados indiretamente, especialmente os universitários, que subsistem com recursos do Estado e da receita captada do SUS para remuneração dos serviços prestados à população. A gestão não se subordina diretamente à Secretaria de Estado da Saúde – presta contas a ela a respeito de metas assistenciais estabelecidas, mas a gestão é de outra entidade governamental, por exemplo: a universidade à qual o hospital se vincula diretamente, podendo até ser uma autarquia especial;
- Através hospitais vinculados indiretamente, mas cuja gestão o Governo terceiriza para uma entidade privada, geralmente sem fins lucrativos: OS (Organização Social), OSCIP, Etc.;
- Comprando serviços de entidades privadas, especialmente as Santas Casas de Misericórdia. Como entidade privada a gestão do hospital é da entidade mantenedora (por exemplo a Congregação da Santa Casa), e o governo repassa recursos em troca de metas assistenciais pré-estabelecidas.

Modelo GFACH

No âmbito dos Governos Estaduais concentra-se a maior parte das ilhas de excelência do atendimento SUS: hospitais que mantém escolas de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, e uma infinidade de outras disciplinas fundamentais para os hospitais públicos e privados.

Também no âmbito dos Governos Estaduais concentra-se a maior parte dos 'Hospitais Públicos com Porta 2':

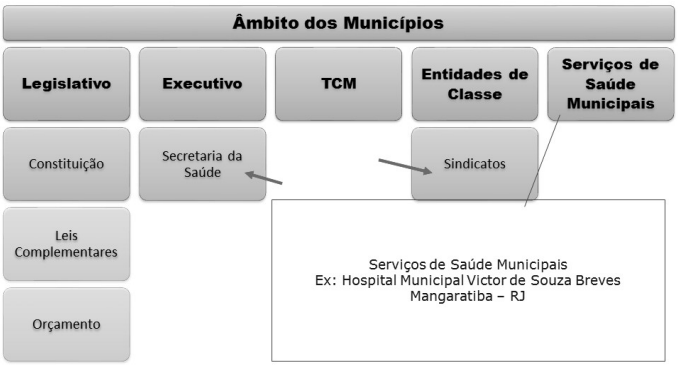
- Hospitais públicos que, aproveitando a previsão legal, reservam até 20 % da sua capacidade para atender pacientes da Saúde Suplementar;
- Esta prática é defendida pela necessidade do hospital captar maior receita para conseguir se sustentar, uma vez que apenas com a receita obtida nos atendimentos do SUS o hospital consegue atender as metas assistenciais, mas não tem capacidade de investimento para desenvolvimento, expansão e para manter os profissionais multidisciplinares de maior especialização no funcionalismo público, uma vez que a iniciativa privada remunera salários maiores;
- Especialmente nos hospitais vinculados às universidades, a receita captada na Saúde Suplementar viabiliza inclusive atendimento SUS de melhor qualidade, dada a capacidade do hospital em adquirir insumos com a receita da Saúde Suplementar, que as regras do SUS não remunera.

O atendimento tipo Porta 2 de alguns hospitais públicos viabiliza também a Saúde Suplementar em importantes regiões metropolitanas do Brasil, onde o investimento da iniciativa privada não se viabiliza e as operadoras dependem praticamente deles para atuar no mercado.

Em resumo, a assistência de média e alta complexidade se resolve no âmbito do Estadual/Distrital e pelo exposto a Secretaria Estadual de Saúde, Serviços de Saúde Estaduais, Entidades de Classe Regionais e o Tribunal de Contas do Estado são atores fundamentais para que o SUS funcione !

Modelo GFACH

A.1.1.3 Governo Municipal



Ao estudar o SUS é fácil concluir que foi desenhado para que o Governo Municipal fosse o ator mais importante do sistema de saúde, afinal de contas os pacientes adoecem e demandam atendimento nos municípios que moram.

Os Estados e a União são abstrações: um paciente da Cidade de Santos (Estado de São Paulo) está mais de 500 quilômetros de distância de um paciente da Cidade de Presidente Prudente (Estado de São Paulo). Alguns Estados da Federação não têm de comprimento metade desta distância, e em outros a distância é considerada pequena – justamente os de menor volume populacional.

É lógico pensar que cada realidade de comunidades que se encontram à 500 km de distância é muito diferente, e que a instância governamental que possui maiores subsídios para avaliar a assistência da saúde da população seja o Município.

Mas também é lógico pensar que não vale a pena um município dispor de um equipamento caríssimo, que atenda a necessidade da assistência de todo o tipo de doença, mesmo das que não ocorrem com um mínimo de frequência na sua população.

Os municípios então acabam se aparelhando com equipamentos para assistência primária (de baixa complexidade), referenciando a assistência de média e alta complexidade para os equipamentos do Estado e da União, de modo a racionalizar os recursos.

Modelo GFACH

No entanto os Municípios mais populosos, que arrecadam mais impostos, demandam mais serviços de assistência à saúde, e têm maior dificuldade na utilização dos equipamentos do estado para resolver sua necessidade de atendimento de média e alta complexidade, costumam operar Hospitais Municipais.

Neste caso geralmente os hospitais subsistem com repasses federais, estaduais e municipais, além da própria receita obtida pela contrapartida da operação SUS.

E tal qual ocorre no âmbito Estadual/Distrital, alguns destes hospitais operam a Porta 2 para reforçar sua receita para garantir sustentabilidade, e com o 'mesmo efeito colateral' acabam viabilizando a atuação de operadoras de planos de saúde nas regiões onde a oferta de hospitais privados é insuficiente para garantir a cobertura aos beneficiários.

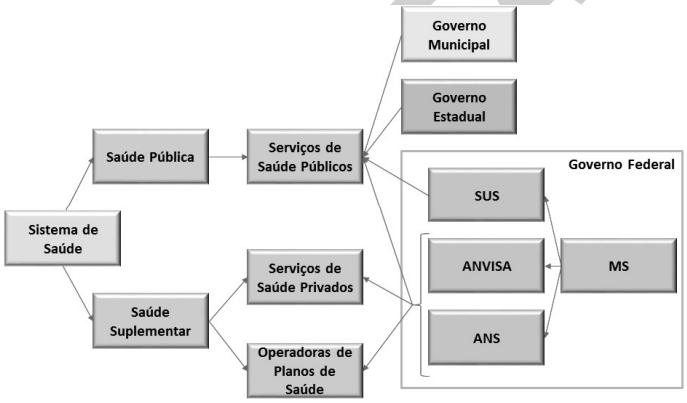
Modelo GFACH

A.1.2 Cenário

Só pelo exposto já é possível concluir que o cenário do financiamento do sistema de saúde tem tudo para ser caótico: um país continental em que o sistema de saúde público depende da harmonia de interesses político-partidários, com operadoras de planos de saúde necessitando cumprir a demanda com serviços de saúde em número insuficiente na saúde suplementar.

Equipamentos públicos insuficientes para prestar assistência adequada à população reservando parte da sua capacidade operacional para captar recursos adicionais na saúde suplementar.

A.1.2.1 Atores



Temos 2 sistemas de saúde, e de financiamento, que na teoria são distintos, mas na prática atendem o mesmo cliente (a população): a Saúde Pública e a Saúde Suplementar.

Temos hospitais públicos das 3 esferas governamentais (federal, estadual/distrital e municipal) que operam fundamentalmente no sistema SUS, mas alguns deles só sobrevivem com o acréscimo de receita que conseguem captar na saúde suplementar.

Temos serviços de saúde privados que operam fundamentalmente na saúde suplementar, mas em muitas situações viabilizam o SUS, especialmente as Santas Casas.

Temos as 3 esferas de governo:

- Que como veremos têm obrigação constitucional de prestar assistência à saúde da população;
- Mas que mesclam interesses político-partidários diferentes. Um mesmo cidadão pode estar vinculado ao governo municipal de um partido político, ao mesmo tempo vinculado ao governo estadual/distrital de outro partido político, e ao mesmo tempo vinculado ao governo federal de um terceiro partido político. E a forma como o SUS foi idealizado exige harmonia entre os governos municipal, estadual/distrital e federal como requisito fundamental.

E temos as Operadoras de Planos de Saúde, que como veremos:

- Atuam na saúde suplementar por motivos totalmente diferentes: algumas explorando uma mera atividade econômica;
- Outras com foco na assistência do grupo específico de beneficiários que representa;
- Outras com foco em obter melhor remuneração aos prestadores de serviços (cooperativas).

Em resumo, temos uma comunhão de atores com interesses totalmente divergentes, que acabaram desenhando um esquema de financiamento complexo e ineficaz, que prejudica a todos:

- Mesmo os que ganham, poderiam ganhar mais se o sistema de financiamento fosse diferente;
- A população que depende do SUS está desassistida, e sem perspectiva de mudança pela forma como o SUS faz a gestão da remuneração dos serviços de saúde;
- Os beneficiários dos planos de saúde com cada vez mais restrições de uso dos serviços;
- O próprio governo que regula mal, e perde o controle da aplicação adequada dos recursos, que acabam sendo utilizados de forma ineficaz.

Modelo GFACH

A.1.2.2 Financiamento do SUS

A gestão comercial da saúde pública exige que o administrador entenda que o SUS é um sistema que preconiza a 'descentralização, o atendimento integral e a participação da sociedade, com recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios', conforme descrito no Art. 198 da Constituição Federal, e sobretudo que 'as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada'.

Ele é claro no sentido que um serviço público de saúde não se responsabiliza isoladamente pelo atendimento integral, mas sim faz parte de uma rede regionalizada e hierarquizada que viabiliza ao SUS o atendimento integral.

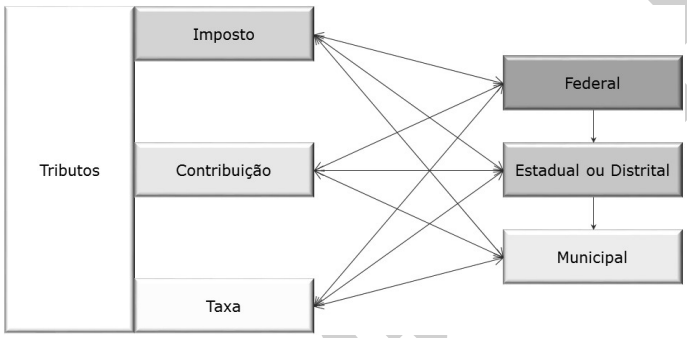
Os governos, nos 3 âmbitos a administração, devem funcionar de forma integrada de modo que as ações que determinado equipamento público não realiza, seja suprida por ações de outro equipamento público de qualquer instância. Como a rede é hierarquizada, o que não for suprido no âmbito do município deve ser suprido pelo âmbito Estadual/Distrital, e por sua vez o que a ele faltar deve ser suprido pelo âmbito da União.

Isso não elimina a responsabilidade do Município na atenção primária, se assim estiver planejada. Não elimina a responsabilidade de qualquer âmbito – apenas define que as responsabilidades devam ser definidas de forma que a 'hierarquia superior' venha suprir as lacunas da 'hierarquia inferior'.

Modelo GFACH

O artigo define também que a comunidade participe na organização do sistema, ou seja, as instâncias governamentais não podem definir a organização do SUS sem a participação da própria comunidade que dele se beneficiará.

E o próprio artigo define também a origem do financiamento do sistema, definindo a contribuição da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, para que o SUS subsista.



Como é sabido, no Brasil temos 3 tipos de tributos:

- Imposto, que é o dinheiro arrecadado pelo governo, para seu sustento, sem que o destino esteja previamente definido. O governo arrecada impostos e planeja como vai gastar de acordo com a necessidade. Geralmente o poder executivo planeja e o poder legislativo aprova o planejamento antes de ser colocado em prática;
- Contribuição, que é o dinheiro arrecadado pelo governo para sustentar uma determinada ação. O dinheiro arrecadado nas contribuições só pode ser aplicado para a finalidade que instituiu a contribuição, e não tem relação direta coma despesa que o governo tem para executar a ação. Geralmente a contribuição serve para auxiliar o governo no custeio de algo que somente a arrecadação dos impostos não seria suficiente;
- Taxa é o dinheiro arrecadado pelo governo teoricamente para custear uma determinada ação específica. O dinheiro arrecadado com as taxas teoricamente serve para auxiliar o governo no custeio de ações específicas, como se o cidadão estivesse pagando diretamente pelo serviço prestado.

	Principais Impostos	Outros Tributos Importantes
Âmbito Federal	IR – Renda IPI – Produtos Industrializados IOF – Operações Financeiras IE – Exportações II – Importações	CSSL – Contribuição Social sobre o Lucro FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço INSS – Contribuição Social Pessoa Física e Pessoa Jurídica
Âmbito Estadual ou Distrital	ICMS – Circulação de Mercadorias IPVA – Veículos Automotores	TLVA – Taxa de Licenciamento de Veículos Automotores
Âmbito Municipal	ISS – Serviços IPTU – Propriedade Territorial Urbana	TFE – Taxa de Fiscalização de Empresas

O Brasil é reconhecidamente o país que relativamente menos retribui para a população proporcionalmente aos recursos que arrecada, ou seja, arrecada muito e retribui pouco pelo que poderia fazer com o que auferiu em tributos.

O quadro demonstra que existe uma infinidade de tributos, cada grupo deles gerido por um dos âmbitos governamentais. Por exemplo: o Imposto sobre a Renda (IR) é arrecadado pela União, enquanto o Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS) é gerido pelo Estado, e o Imposto Sobre Serviços (ISS) é arrecadado pelo Município.

Quem teve a oportunidade de caminhar pela Rua Boa Vista (Cidade de São Paulo) no final de 2014 pode observar que o 'Impostômetro' (placar da Associação Comercial de São Paulo que exibe uma simulação do quanto o governo arrecadou de impostos) apontou a cifra de quase 1,8 trilhões de reais. Em 2015, no mês de abril ele já apontava 554 bilhões de reais, projetando uma arrecadação anual de mais de 2 trilhões de reais.

Parte deste dinheiro a Constituição garante que seja aplicada na saúde, e indicou que uma lei deveria regulamentar a participação da União, Estados, Distrito e Municípios. A constituição foi promulgada em 1988, mas só em 2012 a Lei 141 regulamentou a questão, que da redação de 2014 vamos enfatizar:

Modelo GFACH

LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012
Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição ...
Art. 1o ...
I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União ...
II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios ...
III - critérios de rateio dos recursos da União ... destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados ... aos seus respectivos Municípios ...
IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas ...
CAPÍTULO III - DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
Seção I - Dos Recursos Mínimos
Art. 5o A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, ... acrescido de ... à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ...
Art. 6o Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, ... no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos ... deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.
Art. 7o Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) ...

Levando em consideração os dados de 2015:

- Considerando 2 trilhões de arrecadação por ano, para 138 milhões de brasileiros que dependem exclusivamente do SUS, o governo arrecada R$ 1.740,00 por ano por habitante, ou R$ 145,00 por mês por habitante;
- Operadoras de planos de saúde cobram em média R$ 130,00 por mês dos seus beneficiários, nas faixas etárias mais densamente povoadas das suas carteiras.

Por mais viés que possa existir neste cálculo, não é possível deixar de concluir que existe recurso para o SUS prestar assistência adequada à população !

Poderíamos aqui enumerar dezenas de razões que explicam o insucesso do SUS, mas vamos dar foco à mais significativa delas: o dinheiro arrecadado não chega onde deve – o governo acaba gastando o dinheiro da saúde em outras coisas.

Modelo GFACH

Orçamento Geral da União - Ministério da Saúde*			
Ano	Dotação Autorizada	TOTAL PAGO**	TOTAL PAGO - Dotação Autorizada
2003	59.183.344.609,21	55.009.220.498,50	-4.174.124.110,71
2004	66.326.942.503,13	58.516.707.315,28	-7.810.235.187,85
2005	70.314.864.431,72	58.398.376.054,13	-11.916.488.377,59
2006	74.354.347.984,26	65.965.520.577,06	-8.388.827.407,19
2007	81.202.687.292,21	70.627.782.483,93	-10.574.904.808,28
2008	78.160.504.877,18	69.417.187.896,26	-8.743.316.980,92
2009	87.058.753.988,09	77.016.213.462,37	-10.042.540.525,73
2010	89.460.691.809,29	84.302.742.981,24	-5.157.948.828,04
2011	95.540.440.085,29	86.645.318.305,78	-8.895.121.779,52
2012	106.898.624.165,06	92.080.622.436,96	-14.818.001.728,10
2013	105.602.679.480,40	92.817.325.574,69	-12.785.353.905,71
2014***	107.478.521.230,00	80.010.443.524,37	-27.468.077.705,63
TOTAL	1.021.582.402.455,84	890.807.461.110,57	- 130.774.941.345,27

Fonte: SIAFI / Elaboração: CFM. * Valores atualizados pelo IGP-DI, da FGV. ** Inclui os restos a pagar pagos. *** Até 20/10/2014

Investimentos Ministério da Saúde*			
Ano	Dotação Autorizada	TOTAL PAGO**	TOTAL PAGO - Dotação Autorizada
2003	2.709.514.341,05	1.295.381.763,53	-1.269.001.265,30
2004	4.332.862.862,27	2.110.290.937,65	-1.994.471.119,19
2005	4.240.681.574,66	1.570.159.158,73	-2.396.448.804,52
2006	5.339.618.900,48	2.456.656.548,97	-2.587.086.196,91
2007	7.223.220.097,40	2.138.203.984,54	-4.563.144.915,76
2008	5.426.880.902,02	1.706.675.313,09	-3.338.403.820,54
2009	5.768.382.594,19	2.185.108.432,56	-3.215.525.557,73
2010	5.871.107.058,92	2.916.826.593,42	-2.651.084.989,05
2011	6.793.272.759,49	2.810.332.616,49	-3.574.174.134,34
2012	13.531.293.319,92	3.900.868.647,45	-8.642.061.776,29
2013	9.855.798.386,67	4.085.709.634,69	-5.770.088.751,97
2014***	9.959.164.605,00	3.692.913.346,64	-6.266.251.258,36
TOTAL	81.051.797.402,05	30.869.126.977,76	-46.267.742.589,96

Fonte: SIAFI / Elaboração: CFM. * Valores atualizados pelo IGP-DI, da FGV. ** Inclui os restos a pagar pagos. *** Até 20/10/2014

Os quadros referem-se à esta nota publicada no Portal Saúde Business em 23/10/14, que comprova a afirmação.

Governo deixa de aplicar R$ 131 bilhões na saúde desde 2003
União deixa de gastar por dia R$ 28 milhões que deveriam ser destinados à saúde pública no Brasil.
Com base em dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi), o Conselho Federal de Medicina (CFM) revela nesta quinta-feira (23) que o Ministério da Saúde deixou de aplicar cerca de R$ 131 bilhões no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2003. O valor é quase equivalente ao que Estados e municípios gastaram no setor durante todo o ano passado – cerca de R$ 142 bilhões. As informações veem na esteira da afirmação, também do CFM, de que quase 15 mil leitos foram desativados nos últimos anos.
No período apurado, pouco mais de R$ 1 trilhão foi autorizado para o Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União (OGU). Os desembolsos, no entanto, chegaram a R$ 891 bilhões, afirmou o CFM em comunicado ao mercado. Já em 2013, apesar do maior orçamento já executado na história da pasta – quase R$ 93 bilhões –, o valor efetivamente gasto representou 88% do que havia sido previsto.
Obras e equipamentos: Dados apurados pelo CFM mostram que entre 2003 e 2013 foram autorizados R$ 81 bilhões específicos para a compra de equipamentos e construções, reformas e ampliações de unidades de saúde. No entanto, apenas R$ 30,1 bilhões foram efetivamente gastos e outros R$ 46,3 bilhões deixaram de ser investidos. Em outras palavras, de cada R$ 10 previstos para a melhoria da infraestrutura em saúde, R$ 5,6 deixaram de ser aplicados.
Em 2014, a dotação prevista para os investimentos do Ministério da Saúde é de quase R$ 10 bilhões. Até 20 de outubro, R$ 3,7 bilhões foram pagos, incluindo os restos a pagar quitados (compromissos assumidos em anos anteriores rolados para os exercícios seguintes). Somente R$ 4 bilhões foram empenhados, ou seja, 41% do autorizado.

A nota serve fundamentalmente, também, para demonstrar que o gestor hospitalar despreparado não exercita sua função de ir buscar o recurso existente. A prática comum é declarar que não tem recurso para gerir o hospital, sem o conhecimento adequado para discernir se o recurso não existe, ou não está sendo repassado como deveria.

Modelo GFACH

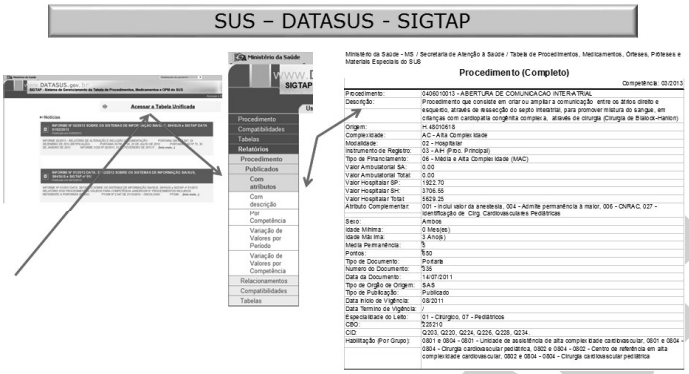
A.1.2.3 SUS

Sob o ponto de vista do financiamento (do negócio), a verba arrecadada para o SUS deve prioritariamente ser destinada:

- Para os serviços de saúde públicos, ou seja, construir e manter equipamentos que são geridos pela administração pública de forma direta ou indireta;
- Para os programas de prevenção e promoção da saúde, como desenvolvimento e campanhas de vacinação, ações relacionadas aos cuidados com dependentes químicos e dezenas de outras similares;
- Na compra de serviços dos serviços de saúde privados para atender a demanda que os serviços de saúde públicos não conseguem absorver sozinhos, como é o caso do financiamento para Santas Casas e subsídios para Entidades Benemerentes.

Como veremos, a forma de repasse do SUS aos serviços de saúde é de menor importância do que o quanto o SUS deve repassar a eles para remunerar adequadamente o serviço que prestam para a população.

Modelo



Veremos também que a base desenvolvida para remuneração (chamada SIGTAP ou Tabela Unificada do SUS) é uma referência adequada para a ação, inclusive elogiada e copiada em diversos países, além de ter sido a base da estruturação da remuneração da saúde suplementar no Brasil.

A missão do SUS definida na Constituição fracassou, em consequência de como a operacionalização do sistema ocorreu.

Mas se a forma de remuneração for seguida, se a base de preços for atualizada de acordo com a variação real de preços, se o recurso arrecadado chegar onde deve, e se o administrador estiver capacitado, não existe nenhum indício de que o sistema é inviável.

Por maiores que possam ser as críticas ao sistema de remuneração SUS, especialmente o reajuste de preços, ele foi construído para remunerar os serviços de saúde de acordo com a sua produção, ou seja, são remunerados os serviços comprovadamente realizados, e a regra é única:

- A Tabela SIGTAP – a mesma tabela SIGTAP – vale para todos: não existem tabelas diferentes dependendo de determinada condição de mercado;
- Como veremos, o que a tabela remunera basicamente são os procedimentos, e o preço já inclui os itens fundamentais para a realização do procedimento, exceto aquilo que varia muito dependendo das condições do paciente e da necessidade de utilização de materiais e medicamentos de alto custo, de intercorrências que exigem que o paciente permaneça mais tempo internado, da eventual necessidade de acolhimento de acompanhantes, etc.

Modelo GFACH

Veremos que, ao contrário do que os que não se interessam pela manutenção do SUS, e se interessam pela exploração da assistência à saúde exclusivamente como negócio, o desenvolvimento do SUS definiu regras justas para remunerar os sérvios de saúde, e não se rendeu aos interesses econômicos.

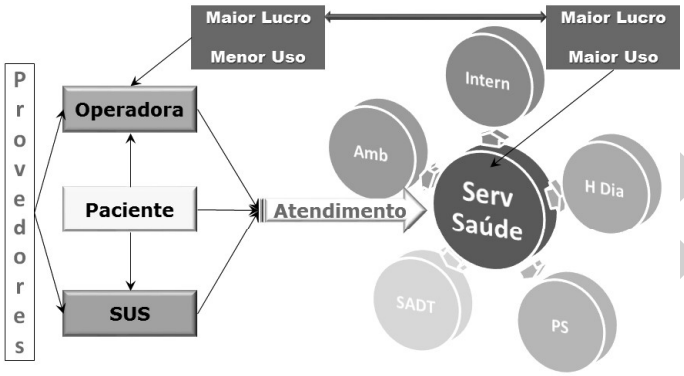
O Ministério da Saúde, na gestão do SUS, não fica editando milhares de normas regulatórias permanentemente, como faz através da ANS na Saúde Suplementar – as regras do SUS são rígidas e menos mutantes, o que naturalmente incomoda quem necessita de ajustes para obter maior lucro na sua atividade econômica.

Veremos que dentro do SUS tem sido praticada uma forma de repasse (apelidada por 'Contratualização') que não elimina (não deveria eliminar) a referência da Tabela SIGTAP, e é extremamente danosa para os serviços de saúde, embora no primeiro momento pareça ser vantajoso.

A 'Contratualização' é a institucionalização da transferência técnica dos repasses do SUS, para a transferência Política, que a experiência provou ter levado à ruína administrativa muitos serviços de saúde em diversas cidades brasileiras.

Modelo GFACH

A.1.2.4 Saúde Suplementar



A lógica na Saúde Suplementar é baseada no Lucro, ou na Redução de Despesas dependendo do Provedor.

No Brasil o Paciente pode buscar o atendimento hospitalar:

1. Através do SUS, o que lhe garante o atendimento amplo, irrestrito e gratuito, mas infelizmente não lhe garante o atendimento dada a insuficiência da rede de atendimento para atender a demanda;
2. Diretamente, pagando pelo atendimento com seus próprios recursos financeiros;
3. Intermediado por uma Operadora de Planos de Saúde. Ele, ou a empresa que ele trabalha, ou uma instituição à que ele se vincula, paga uma contribuição geralmente mensal para a Operadora, que por sua vez paga o serviço de saúde pelos serviços prestados.

Os itens 2 e 3 desta lista se referem ao universo da Saúde Suplementar, regulado no Brasil pela ANS.

O SUS e a Operadora de Planos de Saúde, no papel de pagar a conta hospitalar, são chamados de provedores – entidades de onde provém o dinheiro do pagamento.

Modelo GFACH

Como a Saúde Suplementar é baseada no lucro e a contribuição paga ao provedor geralmente é fixa e mensal, a Operadora de Planos de Saúde atua em um negócio de risco, como uma seguradora em relação aos sinistros. Neste tipo de negócio:

- Quanto maior o uso do serviço de saúde, maior o lucro do Hospital;
- Quanto menor o uso do serviço de saúde, maior o lucro da Operadora.

Embora isso tenha alguma similaridade com o sistema SUS, nele o dinheiro só tem como finalidade a assistência à saúde – se o SUS economizar nenhuma pessoa física ou jurídica será diretamente beneficiada legalmente, portanto tanto faz se quem ganha é o SUS ou o serviço de saúde, porque a verba é a mesma. Muito ao contrário da Saúde Suplementar, no SUS eventualmente algum serviço de saúde privado pode ser beneficiado quando presta serviço ao SUS – o SUS propriamente dito, como provedor, nunca.

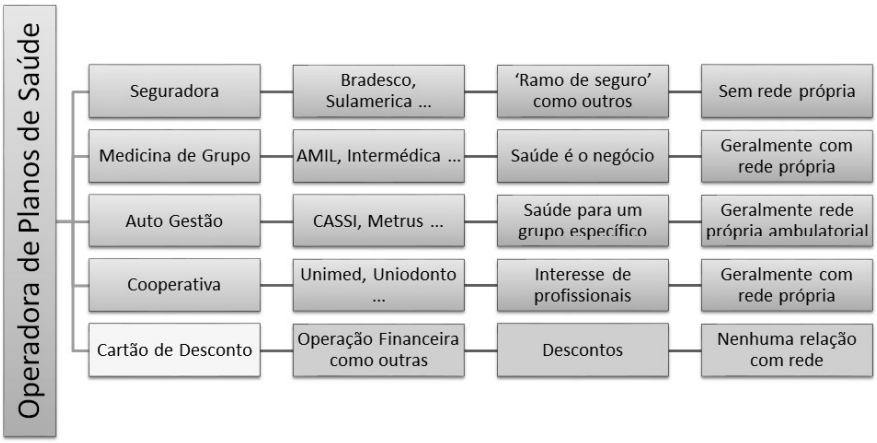
Existe um conflito nativo na Saúde Suplementar que nunca poderá ser eliminado, seja qual for a regra de formação dos preços, a regra de apresentação de contas, a regra de cobertura, a regra de atendimento, ou qualquer outro tipo de regra editada pela ANS, ou defendida pelas entidades representativas de classes de profissionais ou empresas, esta regra sempre vai beneficiar ou o hospital ou a operadora em 99,99 % dos casos !

Um grande erro é tratar as operadoras de planos de saúde como se todas atuassem no mercado com o mesmo objetivo. Esta talvez seja a maior dificuldade da ANS no desenvolvimento dos seus instrumentos normativos – existem tipos de operadoras com interesses e atuação no mercado muito diferentes.

De forma genérica, nenhuma delas se responsabiliza, na verdade não pode ser responsabilizada, pela saúde integral dos seus beneficiários, uma vez que a relação operadora – beneficiário é temporânea, ou seja, existe exclusivamente durante o tempo que o beneficiário está vinculado a ela, pagando sua contribuição em troca do pagamento dos serviços prestados pelos serviços de saúde, em especial os hospitais.

As operadoras podem ser classificadas de diversas formas – o quadro faz a classificação com foco na necessidade da gestão comercial, ou seja, como o hospital prioritariamente deve lidar com elas no relacionamento comercial.

Modelo GFACH



Seguradora:

- Empresa que atua no segmento de seguros e a saúde é apenas mais um dos 'ramos do seguro' que ela opera;
- Atua no mercado para obter lucro. Se o ramo saúde der prejuízo, abandona a operação vendendo sua carteira para outras empresas, da mesma forma que faria se acontecesse o mesmo com o ramo de veículos, ou vida, ou residência, etc.;
- Segue à risca as leis e normas, geralmente sem qualquer decisão discricionária;
- Geralmente são empresas de estrutura administrativa extremamente profissionalizada, podendo absorver processos de maior complexidade, aproveitando a base tecnológica que utiliza para todas as suas operações no mercado;
- Não tem rede própria – compra os serviços de outras empresas para prestar assistência aos seus beneficiários.

Modelo GFACH

Medicina de Grupo:

- Empresa que atua exclusivamente no segmento da saúde, visando o lucro;
- Procura utilizar todas as formas possíveis que o segmento da saúde oferece para reduzir custos, por exemplo, operando rede própria de serviços de saúde, eliminando a parcela da cadeia de valores que remunera a mantenedora dos hospitais e barateando o repasse para os profissionais assistenciais;
- É o ator da Saúde Suplementar que possui a maior visibilidade do mercado: como compra serviços dos concorrentes da sua rede própria, consegue comparar preços e custos hospitalares que os hospitais independentes não tem condições de fazer, uma vez que se tratam como concorrentes no mercado e naturalmente tendem a esconder suas práticas mutuamente;
- Nos últimos anos as redes próprias das medicinas de grupo cresceram significativamente, tanto pela necessidade de ofertar serviços de acordo com as regras mínimas de cobertura definidas pela ANS, quanto pela facilidade de obtenção de financiamento junto aos bancos, especialmente os de desenvolvimento vinculados ao governo federal.

Auto-Gestão:

- Instituições formadas para operar planos de saúde para comunidades específicas, barateando o custo da assistência médica para esta comunidade;
- Geralmente são empresas sem fins lucrativos (muitas vezes fundações) vinculadas a uma grande empresa, cuja função é operar o plano de saúde e/ou previdência e/ou assistência social;
- Ao contrário de todas as outras, tem especial interesse em ações preventivas que podem resultar em redução de custos com a assistência média no longo prazo. As seguradoras e medicinas de grupo não sabem se o beneficiário estará vinculado a ela no próximo mês, mas a auto-gestão sabe que geralmente o beneficiário estará vinculado a ela até o fim da sua vida;
- Geralmente possui alguma rede própria ambulatorial, para reduzir custos, promover ações de prevenção e manter o controle sobre a vida assistencial dos seus beneficiários;
- E busca a excelência do atendimento assistencial, independentemente da hotelaria envolvida.

Modelo GFACH

Cooperativas:

- Organizações criadas para defender os interesses de profissionais que atuam no segmento da saúde, sendo as maiores e mais conhecidas as cooperativas do sistema Unimed;
- O sistema Unimed é composto de cooperativas regionais, coordenadas por confederações geralmente estaduais, vinculadas à central nacional, com uma estrutura muito parecida à dos sindicatos, federações e centrais nacionais de trabalhadores;
- Na essência existe para defender o interesse dos cooperados e para isso explora todas as possibilidades legais da saúde suplementar operando planos de saúde, rede própria de serviços e compra de serviços de terceiros;
- As diferenças básicas em relação às medicinas de grupo são transparentes para os beneficiários de ambas:
- O resultado (o lucro) teoricamente é aplicado na própria cooperativa e não remunera os acionistas (os cooperados);
- Faz parte da missão ações de desenvolvimento dos profissionais, especialmente os assistenciais.

Cartões de Desconto:

- Não são operadoras de planos de saúde, mas são empresas de especial atenção para a saúde suplementar, cuja importância tem se acentuado gradativamente;
- Empresas que vendem cartões de desconto aos seus associados em troca da negociação de descontos em preços em todos os tipos de empresas comerciais, prestadoras de serviço etc.;
- Negociam, por exemplo, desconto na tabela de preços do hospital. O paciente que procura o serviço hospitalar, seja através de um plano de saúde ou pagando a conta diretamente tem desconto na conta. Este desconto vale para a conta inteira, quando ele para diretamente a conta, ou na diferença da conta que é apresentada pelo hospital referente aos itens não cobertos pelo plano de saúde que possui;
- Existe uma grande diversidade de planos de saúde que ao invés de pagar a conta hospitalar, reembolsam a despesa hospitalar de acordo com uma tabela prévia. Neste caso o paciente paga a conta e busca o reembolso junto à operadora, e geralmente o reembolso é menor do que o valor efetivamente pago. Esta situação favorece os pacientes que possuem cartões de desconto;
- Como tem sido cada vez maior o volume de pacientes que pagam contas hospitalares com recursos próprios, estas empresas estão crescendo no mercado.

Modelo GFACH

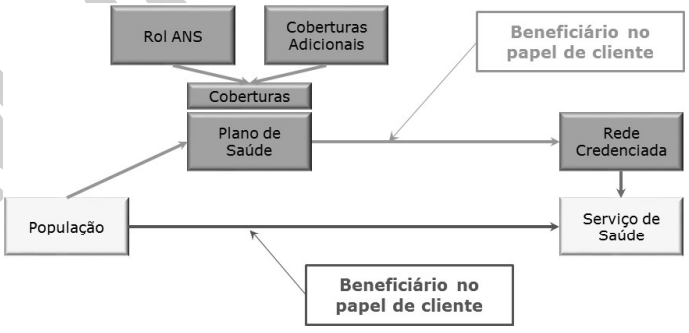
A operação de rede própria por parte das Medicinas de Grupo e Cooperativas para reduzir custos não significa a intenção de reduzir a qualidade assistencial. Na maioria absoluta das vezes a redução de custo se dá pela menor oferta de hotelaria, e

Em algumas regiões a Unimed domina totalmente o mercado de saúde suplementar, especialmente em relação ao fato da sua rede própria ser praticamente a única a atuar na saúde suplementar na região, o que impede a entrada no mercado de seguradoras e medicinas de grupo.

Os hospitais das redes próprias de medicinas de grupo e cooperativas, ao contrário do que se possa imaginar, atuam no mercado de fora praticamente igual aos demais – a única diferença e a negociação de preços com a mantenedora que, também muito diferente do que se possa imaginar, pode ser maior ou menor que o praticado com os demais clientes, dependendo do interesse definido pelo mercado em que atuam. Por exemplo, em relação a uma medicina de grupo e seu hospital:

- Se a operadora atua pressionada no mercado, o preço do seu hospital tende a ser menor para ela e maior para as demais;
- Se a operadora domina o mercado e tem folga de oferta, o preço do seu hospital tenderá a ser maior para ela e menor para os demais.

Pelo exposto é possível concluir que para que a gestão comercial hospitalar tenha sucesso na saúde suplementar não pode tratar todas as operadoras da mesma forma, ao contrário do que faz a ANS. O administrador hospitalar deve entender o tipo de empresa que compra seus serviços para que o relacionamento seja mais adequado para ambas as partes, e não perder mercado para os concorrentes.



Modelo GFACH

Diferente do SUS onde a constituição define que a assistência à saúde da população é integral, ou seja, não existe limites para a sua necessidade, na saúde suplementar a ANS estabelece limites para as operadoras prestarem a assistência à saúde dos seus beneficiários – é o chamado 'Rol da ANS', que descreve o que as operadoras têm obrigação de fazer para operar qualquer tipo de plano de saúde.

Este Rol tem diversas lacunas de interpretação e dotam a saúde suplementar de regras extremamente complexas e polêmicas, que inclusive alimentam um grande volume de ações na justiça.

Por exemplo, quando relacionamos o plano ao padrão de hotelaria:

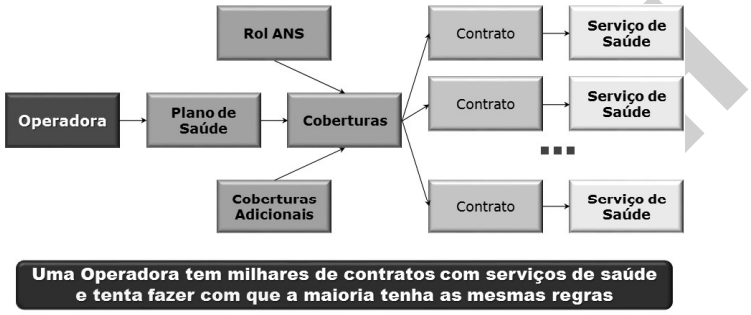
- O Rol define que o plano deve pagar a internação, mas não especifica exatamente o padrão de hotelaria associado à internação;
- Como cada pessoa tem conceito próprio sobre a hotelaria mínima que deseja para pagar o plano que cobre a internação as operadoras vendem seus planos com preços diferentes, utilizando como um dos critérios de diferenciação os hospitais que o plano dá cobertura de atendimento. Assim cobram mais caro por um plano que dá direito ao hospital X que tem hotelaria mais luxuosa, e mais barato por um plano Y que não dá direito a este hospital;
- E se eventualmente o plano passar a divergir no relacionamento com o hospital X, substitui por outro que considera de igual padrão, sem que o beneficiário, que comprou o plano devido ao hospital X, tenha o direito de ressarcimento caso não concorde com a avaliação da operadora.

Outro exemplo, quando relacionamos a rede credenciada:

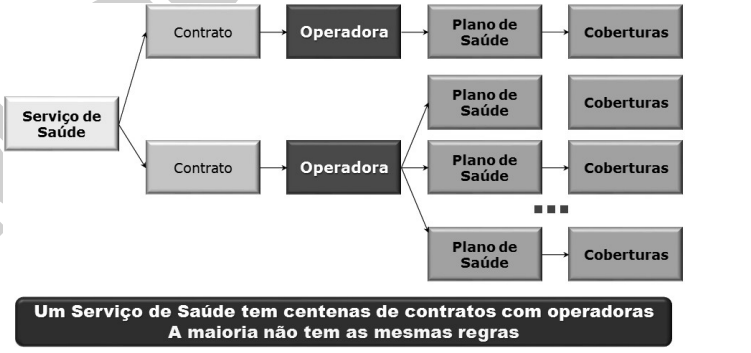
- A operadora é obrigada a prestar todos os serviços que constam no Rol, na rede credenciada por ela apresentada, mas isso não significa que em qualquer hospital da rede todos os serviços têm cobertura. Ela pode credenciar o hospital X para os atendimentos ambulatoriais, mas não para as internações;
- Desta forma uma mulher que faz todo o pré-natal no ambulatório do hospital X pode não ter direito de fazer o parto nele, e muito provavelmente o médico que acompanhou todo o pré-natal não realiza o procedimento em outro hospital.

Modelo GFACH

Em resumo, as operadoras cobram X pelo plano básico, e este plano básico obrigatoriamente deve garantir que tudo que esteja no Rol da ANS esteja ao alcance dos beneficiários do plano – e oferta planos mais caros quanto maior forem as coberturas adicionais, ou seja, os produtos e serviços que não estão descritos no Rol da ANS, ou que não estão claramente definidos no Rol da ANS.



Para cumprir sua missão legal, considerando que ela deve formalizar contrato com hospitais, clínicas, centros de diagnósticos, profissionais assistenciais 'pessoa jurídica', etc., a operadora se obriga a formalizar milhares de contratos com serviços de saúde. Para que a gestão destes contratos seja minimamente viável, a operadora tenta fazer com que a maioria deles tenha as mesmas regras, abrindo exceção para os serviços de saúde diferenciados, especialmente os que suprem demanda de maior importância para seu negócio.



A maioria dos hospitais tem centenas de contratos com operadoras de planos de saúde, e como as operadoras geralmente têm maior força de negociação e interesses diferentes em relação ao que o hospital oferta, a maioria dos contratos contém regras totalmente diferentes.

Para os hospitais o Rol da ANS não tem importância na formalização dos contratos (geralmente nem é citado no contrato). Mas comercialmente é importante porque ele vai tentar credenciar junto às operadoras tudo que estiver no Rol e fizer parte do seu portfólio de serviços.

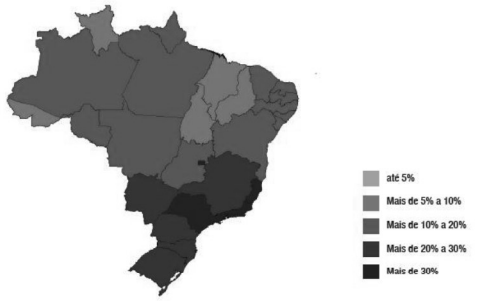
Tabela 1 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - 2000-2014)

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
dez/00	31.161.481	2.603.001
dez/01	31.727.080	3.062.681
dez/02	31.513.309	3.677.782
dez/03	32.074.667	4.325.568
dez/04	33.840.716	5.312.915
dez/05	35.441.349	6.204.404
dez/06	37.248.388	7.349.643
dez/07	39.316.313	9.164.386
dez/08	41.468.019	11.061.362
dez/09	42.561.398	13.253.744
dez/10	44.921.064	14.507.721
dez/11	46.145.515	16.931.998
dez/12	47.894.565	19.016.669
dez/13	49.545.919	20.275.966
dez/14	50.809.249	21.410.359

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

Este quadro publicado pela ANS demonstra a evolução do volume de beneficiários das operadoras da saúde suplementar no Brasil: em 14 anos cresceu de 31 milhões para 51 milhões de beneficiários.

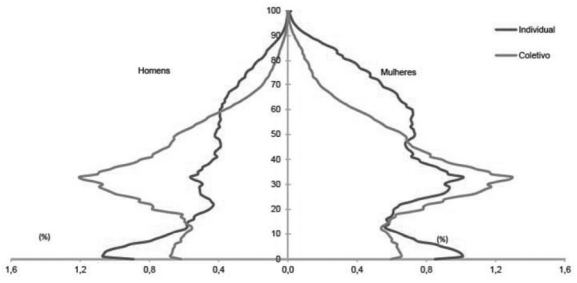
Mapa 1 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014 e IBGE - Estimativas populacionais de 2012 estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

Este outro quadro dos demonstrativos da ANS demonstra que em dezembro de 2014 mais de 30 % da população do Estado de São Paulo tinha plano de saúde, enquanto menos de 5 % da população do Tocantins tinha plano de saúde. Justamente nas regiões mais ricas, que inclusive dispõem de mais equipamentos para atendimento do SUS, a saúde suplementar tem maior cobertura – algo totalmente antagônico !

Gráfico 9 - Pirâmide etária do percentual de beneficiários de planos de assistência médico-hospitalar por tipo de contratação do plano e sexo (Brasil - março/2015)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

Este outro quadro dos demonstrativos da ANS demonstra que em dezembro de 2014, na faixa etária maiores, que mais necessitam de assistência médica, os planos individuais (não pagos por empresas) têm muito mais beneficiários do sexo feminino, reflexo da própria expectativa de vida (menor nos homens) e da importância que as mulheres dão à saúde.

Tabela 4 - Resumo do registro de operadoras (Brasil - dezembro/2014)

Registro	Total	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas
Registros novos (1)	43	31	12
Registros cancelados (1)	84	64	20
Operadoras em atividade	1.425	1.041	384
Operadoras com beneficiários	1.219	873	346

Fontes: CADOP/ANS/MS -12/2014 e SIB/ANS/MS - 12/2014
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

Este outro demonstrativo na ANS demonstra que em 2014 foram registrados mais cancelamentos de operadoras do que inclusões. Mais empresas abandonam o mercado da saúde suplementar do que empresas que ingressam nela. O 'pano de fundo' deste demonstrativo é a tendência das grandes operadoras, especialmente as que possuem rede própria, em adquirir as pequenas operadoras.

Tabela 6 - Planos privados de assistência médica, com beneficiários, por época de contratação, segundo número de beneficiários (Brasil - dezembro/2014)

Número de beneficiários do plano	Total	Planos de saúde novos registrados com beneficiários		Planos de saúde antigos cadastrados com beneficiários	
		Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	33.231	20.803	100,0%	12.428	100,0%
1 a 100 beneficiários	18.514	8.404	40,4%	10.110	81,3%
101 a 1.000 beneficiários	8.715	6.881	33,1%	1.834	14,8%
1.001 a 10.000 beneficiários	4.981	4.562	21,9%	419	3,4%
10.001 a 50.000 beneficiários	891	838	4,0%	53	0,4%
50.001 a 100.000 beneficiários	77	72	0,3%	5	0,0%
Acima de 100.000 beneficiários	53	46	0,2%	7	0,1%

Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2014 e RPS/ANS/MS - 12/2014
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Março/2015

Este outro demonstrativo da ANS demonstra que em 2014 existem milhares de operadoras com pequeno número de beneficiários, e apenas algumas dezenas de operadoras com mais de 100.000 beneficiários. Uma prova da forma como a ANS insere no mesmo cenário pequenas operadoras do tipo auto-gestão, com operadoras gigantes que atuam no mercado em busca de lucro.

Tabela 7 - Receita de contraprestações e despesa assistencial por grupos de modalidade das operadoras (Brasil - 2003-2014)

Ano	Operadoras médico-hospitalares		Operadoras exclusivamente odontológicas	
	Receita de contraprestações	Despesa assistencial	Receita de contraprestações	Despesa assistencial
2003	28.242.936.475	22.967.115.078	500.414.206	270.092.301
2004	32.030.482.291	26.049.328.085	598.981.305	305.313.422
2005	36.526.986.045	29.737.558.646	743.312.579	370.859.606
2006	41.716.042.287	33.266.754.130	910.259.681	429.931.590
2007	51.113.068.482	41.200.117.052	1.081.361.033	520.802.676
2008	59.500.765.292	47.839.114.267	1.176.780.338	562.177.001
2009	64.466.255.780	53.514.888.841	1.340.737.587	649.585.897
2010	72.918.724.546	59.173.266.778	1.679.210.142	770.140.356
2011	82.605.523.640	68.097.417.992	2.048.811.635	995.206.997
2012	93.129.984.634	79.102.869.749	2.308.555.291	1.127.461.483
2013	108.554.905.550	90.926.713.142	2.478.157.895	1.137.389.682
2014	124.458.867.574	105.692.208.658	2.693.308.855	1.236.527.844

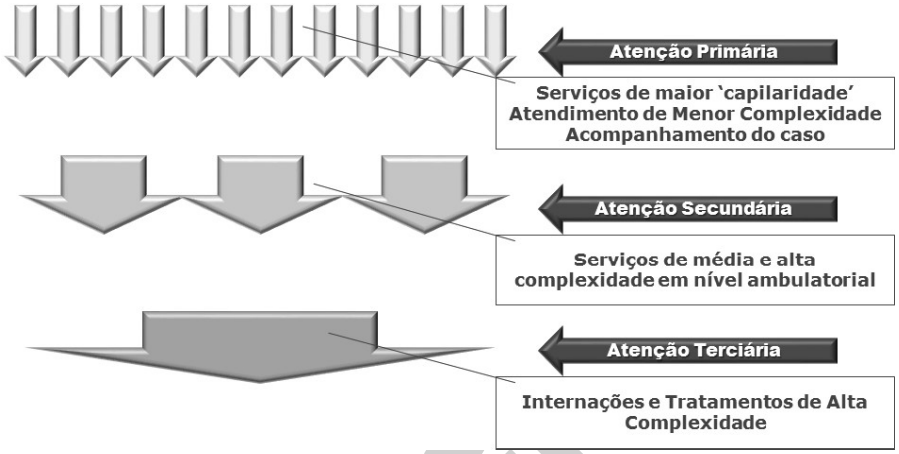
Fontes: DIOPS/ANS/MS - 08/04/2015 e RP - 12/2006
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

Este outro demonstrativo da ANS descreve a evolução da 'rentabilidade' das operadoras ao longo do tempo: quanto arrecadou dos beneficiários (contraprestações) e quando gastou com os serviços de saúde:

- Este quadro tem o viés de colocar 'no mesmo bolo' as operadoras que possuem rede própria junto com as que não têm. Como comentamos, a rede própria pratica preços de acordo com a conveniência da operadora-mãe, portanto a despesa mescla custo real de mercado, com custo manipulado;
- Tem também o viés de colocar 'no mesmo bolo' operadoras que visam lucro, com as que não tem o menor interesse neles. A auto-gestão, cuja gestão pretende 'empatar em 0 a 0' a receita e a despesa, está nesta tabela junto com a seguradora que deseja que a rentabilidade do ramo saúde seja maior que a aplicação na bolsa de valores;
- Mesmo com o viés, a tabela demonstra claramente que atuar na saúde suplementar é uma atividade lucrativa para as operadoras – por isso o interesse do capital estrangeiro em dominar este segmento de mercado no Brasil.

Modelo G

A.1.2.5 Organização do Sistema



O SUS e a Saúde Suplementar, apesar das grandes diferenças, têm uma coisa em comum: a necessidade de reduzir custos otimizando ao máximo seus escassos recursos. Como a medicina vai incorporando novas tecnologias sem se desfazer das anteriores, e nem sempre se tem demanda para utilização plena dos serviços mais caros, utiliza-se a prática da hierarquização dos serviços tanto no SUS quanto na Saúde Suplementar:

- O maior volume de serviços de saúde deve estar equipado para a assistência de baixa complexidade, chamada de 'Atenção Primária'. Estes serviços têm como missão as ações de prevenção, diagnóstico e encaminhamento adequado dos pacientes, quando necessário, aos serviços equipados para assistência de média e alta complexidade;
- Em volume menor, existem os serviços de saúde um pouco mais equipados, geralmente com equipamentos para diagnóstico de maior custo e capacidade para realização de procedimentos de média complexidade, que servem como retaguarda e seguimento da atenção primária, e até suporte para serviços de alta complexidade dependendo da demanda. É o que se chama de 'Atenção Secundária';
- E em volume muito menor os serviços equipados para procedimentos de alta complexidade, cujo custo operacional é muito maior que os demais e por esta razão só se viabilizam quando a sua capacidade operacional é praticamente toda ocupada pela demanda. E é o que se chama de 'Atenção Terciária'.

Modelo GF

Para exemplificar:

- Atenção Primária:
  - Os serviços de atenção domiciliar:
    - Saúde da Família no SUS;
    - Home Care na Saúde Suplementar;
  - O Ambulatório:
    - Unidades Básicas de Saúde no SUS;
    - Consultórios médicos e multiprofissionais na Saúde Suplementar;
- Atenção Secundária:
  - SADT – Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento:
    - Ambulatório de Especialidades no SUS;
    - Centros de Diagnóstico (laboratórios, imagem e métodos gráficos) na Saúde Suplementar;
  - Pronto Socorro e Pronto Atendimento no SUS e na Saúde Suplementar;
- Atenção Terciária:
  - Hospital.

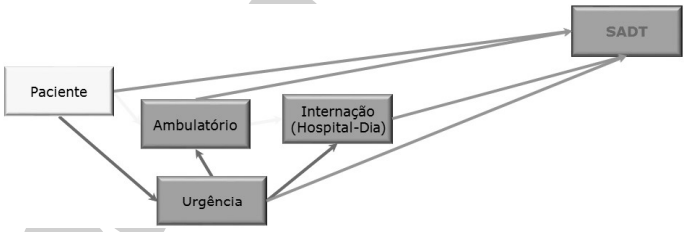
No sistema SUS esta hierarquização é plenamente seguida porque a demanda lota totalmente todos os serviços de saúde, impedindo que um serviço de saúde definido para atuar em um tipo de atenção, atue também em outro. Até mesmo o funcionalismo público, que não permite que o servidor público faça algo que não esteja definido na sua função, impede que o equipamento público seja utilizado para outra finalidade que não seja aquela que define a sua existência.

Modelo GFACH

Na saúde suplementar, embora a definição e o foco sejam o mesmo, não ocorre da mesma forma, especialmente em hospitais, que são o foco no nosso estudo:

- A oferta de serviços do hospital não é totalmente ocupada pela demanda:
  - Diversos serviços hospitalares têm alguma ociosidade;
  - Evidentemente o investidor privado não vai perder a chance de transformar a 'ociosidade de uma capacidade operacional' em lucro por questões filosóficas;
  - Então, se não existe impedimento legal e o hospital tem uma capacidade operacional ociosa que na teoria deve ser aplicada na Atenção Primária – o Hospital vai fazer a atenção primária e maximizar o resultado;
- A Atenção Primária e a Atenção Secundária, que não são o foco do hospital, remete pacientes para atendimento na Atenção Terciária;
  - Então se o hospital operar na Atenção Primária e na Atenção Secundária aumenta a demanda pelos seus serviços na Atenção Terciária.

Desta forma, como não existe impedimento legal, os hospitais que atuam na saúde suplementar no Brasil se equipam para prestar todos os tipos de Atenção: Primária, Secundaria e Terciária. E se o hospital não é de uma rede própria de operadora, a operadora tenta evitar ao máximo que o hospital faça isso na busca incessante de redução de custos.



A lógica do atendimento do paciente, tanto no SUS quanto na saúde suplementar, é então fragmentada em 4 tipos básicos de atendimento, independentemente do tipo de atenção, e estes 4 tipos de atendimento servem de base para a definição das regras de remuneração nos 2 sistemas.

Os contratos na saúde suplementar são definidos em função deles, e o repasse do SUS, como veremos, embora tenha 2 formas de apresentação de contas, têm nuances que se referenciam igualmente a estes tipos de atendimento.

Tipo Atendimento	Característica
Urgência	Cuidado e/ou procedimento que não permite aguardar agendamento
Ambulatorial	Procedimentos que não necessitam de internação
Internação	O paciente é internado (pernoita no serviço de saúde)
SADT	Realização de exames diagnósticos ou procedimentos terapêuticos, sem necessidade de internação, geralmente agendados

Urgência:

- Atendimento que envolve procedimentos assistenciais que não permitem ao paciente aguardar agendamento;
- Não se enquadra no atendimento de urgência qualquer procedimento que pode ser realizado no ambulatório, de forma eletiva.

Ambulatorial:

- Atendimento eletivo (agendado) para procedimentos que não necessitam internação do paciente, na maior parte das vezes se referindo a uma consulta médica ou com profissional multidisciplinar assistencial;
- Também se enquadra em atendimento ambulatorial os procedimentos de baixa complexidade, como cirurgias ambulatoriais de pequeno porte.

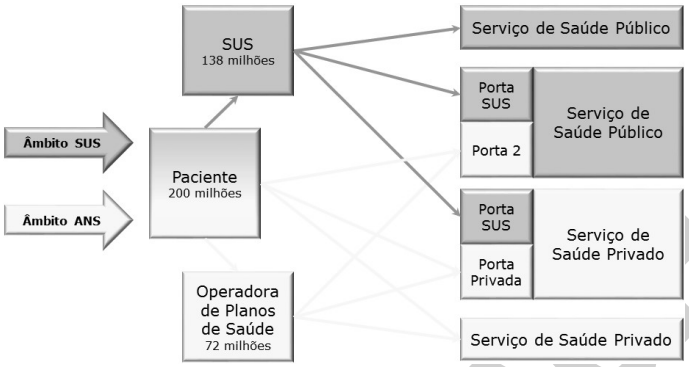
Internação (ou Hospital Dia):

- Atendimento que pode ser eletivo (planejado e agendado) em consequência do atendimento ambulatorial, ou sequência de um atendimento tipo urgência, em que o paciente será submetido a um procedimento de alta complexidade, ou de média complexidade nos casos em que seu estado físico exija atenção especial;
- Geralmente o paciente é internado (pernoita no hospital), mas para determinados procedimentos a Internação não exige pernoite – nestes casos a internação é classificada como Hospital-Dia.

SADT:

- Atendimento eletivo (planejado ou agendado) exclusivamente para realização de exames diagnósticos e serviços de terapia;
- O termo SADT pode se referir a este tipo de atendimento, ou simplesmente para dar nome ao conjunto de serviços de diagnóstico e terapia de um serviço.

Modelo GFACH



Pelo exposto até o momento, infelizmente o financiamento da saúde no Brasil é regida por 2 sistemas que interligam de forma complexa e confusa, mesmo para a maioria dos profissionais que atuam no segmento:

- Deveríamos ter Serviços de Saúde Públicos atendendo apenas pacientes do SUS, e Serviços de Saúde Privados atendendo apenas pacientes da saúde suplementar, mas:
  - Existem muitos públicos atendendo saúde suplementar na Porta 2 para se viabilizar financeiramente, em detrimento do atendimento da população que depende exclusivamente do SUS;
  - Existe uma infinidade de hospitais privados que atendem SUS, e em determinadas regiões são os únicos à disposição da população SUS;
- Deveríamos ter em hospitais apenas atendimento do tipo internação, mas na saúde suplementar é comum a existência de atendimentos ambulatoriais, de urgência e de SADT;
- Os contratos entre o SUS e o hospital geralmente seguem a regra de atenção primária, secundária e terciária, mas os firmados entre operadoras e planos de saúde geralmente abrangem todos os tipos de atendimento;
- E como boa parte dos hospitais brasileiros, públicos e privados, atendem SUS e saúde suplementar, fica evidente a complexidade da gestão, especialmente os aspectos comerciais.

Modelo GFACH

A.2 Hospitais Brasileiros

O segmento hospitalar esteve estagnado durante muito tempo no Brasil. Apenas na última década os movimentos governamentais e da iniciativa privada trouxeram alguma novidade, impulsionados pelo crescimento proporcional da parcela da população que ingressou na saúde suplementar.

Mas os hospitais, como negócio, ainda estão muito aquém do potencial do segmento:

- Na área pública o governo ainda trata a saúde como plataforma eleitoral, baseando a campanha no discurso sempre na inauguração de novos hospitais, e nunca na busca da eficiência, eficácia e efetividade dos hospitais como alicerce para melhoria do sistema público de saúde. Esta realidade provoca o surgimento cada vez em maior escala de novos hospitais que se tornam obsoletos quase que instantaneamente por falta de gestão adequada;
- Na área privada é evidente a carência de mão-de-obra especializada para atender a demanda, tanto na área assistencial, quanto na área administrativa, financeira e comercial.

A.2.1 Origem dos Hospitais Brasileiros

O que assistimos não surgiu inesperadamente – muito pelo contrário, os professores das escolas de administração hospitalar, entre os quais me incluo, alertam há décadas que os sistemas entrariam em colapso.

A origem dos principais hospitais brasileiros tem aspectos comuns, desenharam o futuro que conhecemos, e o poder público nada fez para mudar o rumo, porque a solução exige esforço político que a maioria absoluta deles não inclui na sua agenda.

Modelo GFACH

A.2.1.1 Histórico

Podemos classificar o histórico dos hospitais brasileiros em 3 etapas.

A primeira chamamos de 'primórdios':

- Época em que os hospitais eram criados fundamentalmente por ações sanitaristas. O processo da cura era insipiente e a maioria dos tratamentos de alta complexidade se resumia a apartar o doente da sociedade durante a fase final da sua vida;
- Uma época de baixa efetividade de tratamento e alta probabilidade de óbito;
- O foco 'sanitarista' priorizava a não proliferação da doença no restante da população;
- Eram hospitais mantidos pelo Poder Público e pela Igreja Católica (Santas Casas) – e parte deles sobrevivem até os dias de hoje, evidentemente com outro foco.

É fácil identificar os hospitais que surgiram nesta época, ao notar a presença muito próxima de cemitérios. Especialmente os hospitais públicos e as Santas Casas fundadas até a metade do século passado estão localizados muito próximo de cemitérios públicos. O tempo passou, o foco deles mudou, mas o sinal da sua origem permanece visível.

A seguir vivemos o 'ciclo da benemerência':

- Identificado pelo surgimento dos Hospitais de Colônias de Imigrantes:
  - Defendiam os interesses de suas comunidades, desassistidas pelos hospitais mantidos pelo poder público e pela igreja;
  - Inclusive com foco nas patologias mais comuns do seu grupo populacional;
- Foram fundamentais também auxiliando a população carente. A atividade destes hospitais era 'social';
- Eram mantidos pelas próprias colônias, em organizações de utilidade pública (sociedades benemerentes, ou filantropias);
- A maioria deles existe ainda hoje, evidentemente com outro foco.

Modelo GFACH

Os hospitais desta época experimentaram crescimento desordenado, adquirindo imóveis na sua vizinhança e expandindo sua área física. Transitando no complexo hospitalar destes hospitais é possível notar a diferença arquitetônica dos edifícios, alguns deles preservando os mais antigos até como patrimônio histórico, o que até costuma lhe render imagem de solidez e credibilidade junto à opinião pública.

Até chegarmos ao 'ciclo contemporâneo', dos hospitais que conhecemos atualmente. As instituições de maior credibilidade surgiram nos ciclos anteriores e foram se adaptando à evolução do mercado, e se modificando para se enquadrar nas exigências político-governamentais, e ao mercado privado que passou a definitivamente definir a saúde como uma atividade econômica onde se pode obter lucro ao mesmo tempo em que se curam as doenças das pessoas.

A.2.1.2 Evolução

Nesta evolução passaram a se destacar também:

- Hospital-Empresa:
  - Negócio cujo lucro remunera investidores, ou está inserido em uma cadeia de valores relacionada à saúde suplementar (hospitais de redes credenciadas);
  - Mantidos por grupos de empreendedores (investidores).
- Hospital-Escola:
  - Forma mão de obra assistencial (medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, etc.), ao mesmo tempo que contribui com o sistema de saúde público, e eventualmente também está inserido no âmbito da saúde suplementar (porta 2);
  - Mantidos pelo Governo, ou por Instituição de Ensino Privada.
- Serviço de Saúde Público:
  - Criado e dimensionado, especializado ou não, para suprir necessidade do sistema de saúde pública;
  - Mantido pelo Governo (Federal, Estadual, Distrital ou Municipal).

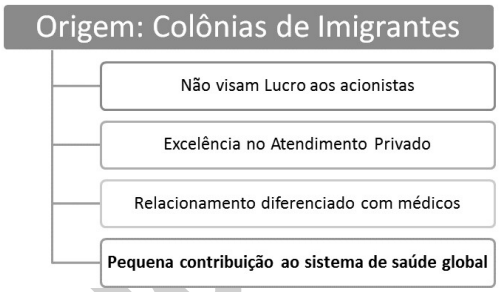
Modelo GFACH

A.2.2 Instituições de Maior Relevância p/ o Sistema de Saúde

Em 'todo canto' do Brasil existe um hospital. A maioria absoluta deles voltada para ações regionais, de absoluta significância para uma ínfima parcela da população brasileira. A assistência que este hospital provê ao paciente deveria estar inserida em um plano coordenado, como define a constituição, o que na realidade não ocorre.

Somente alguns poucos hospitais têm alguma relevância para o sistema de saúde. Na visão comercial, eles são 'produtos' de maior valor.

A.2.2.1 De Comunidades Filantrópicas

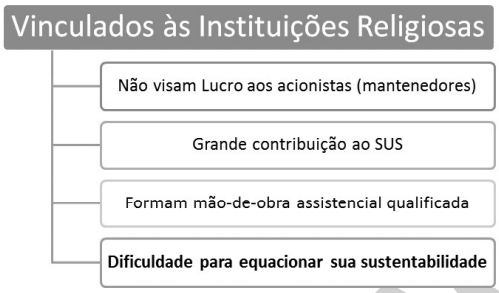


Fundados pelas colônias de imigrantes, embora sua contribuição seja pequena em relação ao volume de pacientes atendidos no sistema de saúde global brasileiro, não visam lucro aos acionistas, geralmente primam pela excelência no atendimento privado e mantém relacionamento diferenciado com médicos, especialmente os que se originam da própria colônia.

É comum observarmos na mídia a divulgação do seu nome acolhendo para tratamento personalidades públicas, e na divulgação de investimentos em tecnologia de ponta. A fama e a tecnologia de ponta, além da excelência no atendimento em saúde suplementar, geralmente lhe credencia como hospital que define o preço do plano mais caro oferecido pela operadora.

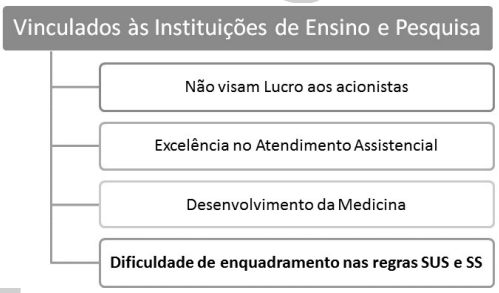
Na Cidade de São Paulo, por exemplo, podem ser citados o Hospital Israelita Albert Einstein, a Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês, a Beneficência Portuguesa, e o Hospital Nipo-Brasileiro, entre outros.

A.2.2.2 De Instituições Religiosas



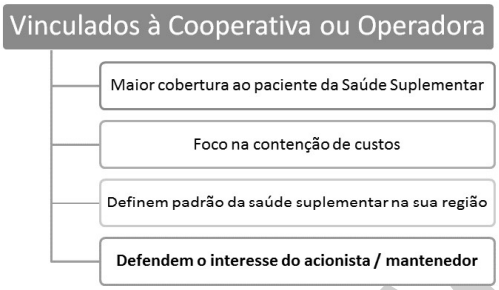
Geridos por instituições religiosas, geralmente têm dificuldade para equacionar sua sustentabilidade, embora não visem lucro para os mantenedores (acionistas). São hospitais de grande contribuição ao sistema SUS e na formação de mão-de-obra assistencial. Na Cidade de São Paulo o exemplo típico é a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

A.2.2.3 Vinculados às Instituições de Ensino e Pesquisa



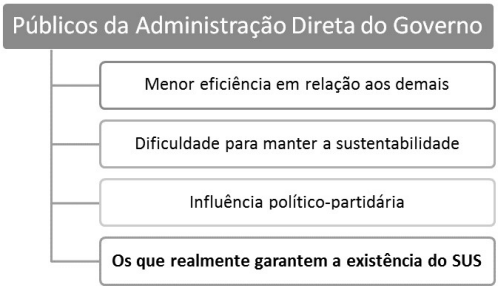
Representam a maior parte das ilhas de excelência do atendimento SUS, além de desenvolver a medicina e não ter o lucro como meta. Justamente por desenvolver a medicina, especialmente os procedimentos cirúrgicos, têm alguma dificuldade de enquadramento nas regras de remuneração do SUS e da Saúde Suplementar. Na Cidade de São Paulo são exemplos o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e o Hospital São Paulo da UNIFESP.

A.2.2.4 Vinculados à Cooperativa ou Operadora



Na essência defendem o interesse do acionista (operadora ou cooperativa), geralmente com foco na redução de custos. Eventualmente em regiões onde dominam o mercado, definem o padrão de preços e coberturas. De modo geral, para o segurado, provê a maior cobertura relativa em relação aos outros planos – não necessariamente onde o segurado gostaria, mas com maior abrangência e disponibilidade. Na Cidade de São Paulo são exemplos o Hospital TotalCor da AMIL, e o Hospital Santa Helena da Unimed.

A.2.2.5 Públicos da Administração Direta do Governo



São os que realmente garantem a existência do SUS. Devido a influência político-partidária na sua gestão e das regras do funcionalismo público, geralmente são instituições de menor eficiência em relação aos demais tipos de hospital. Estas nuances geralmente acarretam dificuldade para que o hospital se mantenha sustentável, e consequentemente no próprio cumprimento das suas metas assistenciais. Na Cidade de São Paulo são exemplos o Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha e o Hospital Pérola Byington.

A.2.3 Missão, Visão e Valores

Como em qualquer empresa, para gerir adequadamente um hospital é necessário estar em sintonia com sua missão, visão e valores. Pelo exposto até o momento é possível concluir que embora o produto final que o hospital entrega ao paciente é a prestação de serviços assistenciais, geralmente com o objetivo da cura, atuam no mercado com interesses diferentes, geridos por instituições diferentes, algumas visando lucro, algumas por ação benemerente e outras por obrigação legal.

Missão visão e valores definem fundamentalmente a forma como o hospital vai se relacionar comercialmente com os provedores, pacientes, fornecedores, e com a sociedade de modo geral. Infelizmente o aspecto ético associado à prática da medicina condena antecipadamente as instituições que atuam no mercado na busca de lucro, como se isso fosse algum crime. O conceito ético por traz disso é equivocado: se o hospital não faz nada fora do que a lei permite, obter lucro não é motivo para condenação – muito pelo contrário: se contribuem para prestar assistência aos pacientes e ainda obtém lucro são muito bem-vindos, até para ensinar as instituições deficitárias como a gestão hospitalar deve ser feita !

NA: havendo dúvidas sobre conceitos relacionados à missão, visão e valores, consultar o Modelo GPAI – Gestão do Planejamento, Administração e Indicadores

A.2.3.1 Exemplos coletados na Internet em 2015

Hospital Albert Einstein – SP

Missão	Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira.
Visão	Ser líder e inovadora na assistência médico-hospitalar, referência na gestão do conhecimento e reconhecida pelo comprometimento com a responsabilidade social.
Valores	Preceitos Judaicos: Mitzvá (Boas Ações), Refuá (Saúde), Chinuch (Educação) e Tsedaká (Justiça Social), Somados aos valores organizacionais: Honestidade, Verdade, Integridade, Diligência, Competência e Justiça.

Modelo GFACH

Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da USP – SP

Missão - Visão do HC

Ser instituição de excelência reconhecida nacional e internacionalmente em ensino, pesquisa e atenção à saúde

Valores

Ética
Humanismo
Responsabilidade Social
Pluralismo
Pioneirismo
Compromisso Institucional

Uma simples busca na Internet exibe como cada hospital atua no mercado, e o quanto são diferentes uns dos outros. Alguns exemplos colhidos em 2015 no web site de cada um:

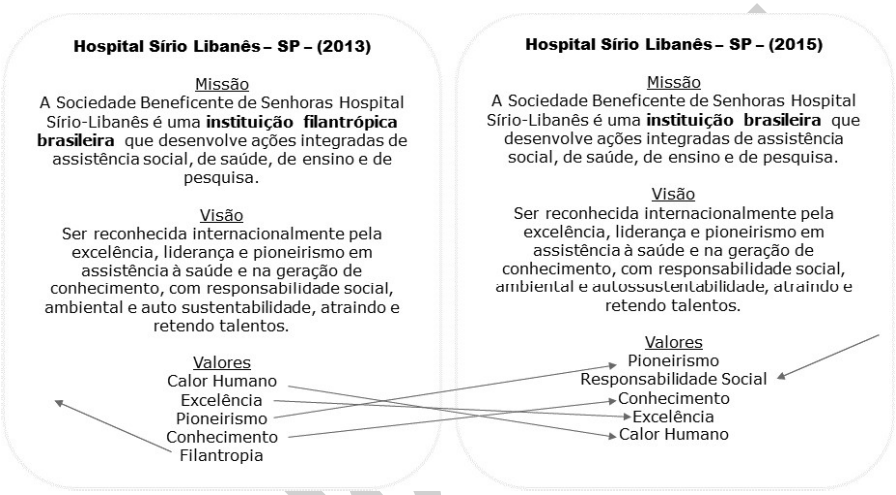
- Analisando estes 2 exemplos, sendo um de hospital privado e outro público, é possível concluir que as diferenças entre eles são muitas, não estão no fato de atuar no SUS ou na saúde suplementar, e em ambos os casos não existe menção à participação do hospital nas ações coordenadas de assistência à saúde dos pacientes;
- Na verdade, se a pesquisa for feita com a maioria dos hospitais que publicam missão, visão e valores na Internet, será possível concluir a grande variedade de interesses que regem os hospitais brasileiros, e que todos atuam de forma isolada na assistência aos seus pacientes, considerando apenas o momento de interação com eles, e não com o seguimento da atenção no médio e longo prazo.

Uma conclusão evidente é que não se pode realizar a gestão comercial nestes hospitais exatamente da mesma forma – e necessário alinhar as ações comerciais de relacionamento com o mercado às definições de missão, visão e valores de cada um deles.

Modelo GFACH

A.2.3.2 Exemplos coletados na Internet em 2013 e 2015

A observação da missão, visão e valores de um mesmo hospital ao longo do tempo confirma como as instituições de maior credibilidade vão se adaptando à realidade do mercado.



Este exemplo coletado do Hospital Sírio Libanês, importante instituição do segmento da saúde no Brasil demonstra a movimentação da sua gestão, mantendo valores fundamentais que o identificam com a sociedade, abandonando valores que deixam de ser valorizados pela sociedade, e incluindo outros que a sociedade passa a valorizar.

Este hospital em particular se mantém viável e em evidência no mercado por décadas, provando a necessidade da adaptação da sua missão à evolução econômica como fator chave de sucesso.

Modelo

A.3 Negócio Hospitalar

Para fechar o cenário do foco do Modelo GFACH é necessário ainda conceituar alguns aspectos do chamado 'negócio hospitalar', ou seja, algumas características do hospital que têm valor comercial, tanto no aspecto da apresentação do hospital como um produto de venda aos provedores e clientes-pacientes, quanto pelo aspecto de favorecer os processos de formação, apresentação de contas e gestão dos resultados.

Como a missão dos hospitais pode variar muito, e pelo fato do Brasil ser um país continental com imensas diferenças regionais no campo social, econômico e cultural, os hospitais têm arquitetura, instalações físicas e modelos organizacionais distintos. Mas existem algumas características e conceitos que, sob o aspecto do negócio, podem ser resumidas e analisadas em relação aos aspectos comerciais que os envolvem. Chamamos de estrutura hospitalar típica alguns destes conceitos e definições que se aplicam a imensa maioria deles, sempre levando em conta que a aderência da discussão pode maior ou menor caso a caso.

A.3.1 Arquitetura Hospitalar

NA: maiores detalhes sobre a estrutura física dos hospitais podem ser consultados no Livro Administração Hospitalar no Brasil – Salu, Enio Jorge – 2012 – Editora Manole.

Modelo GFACH

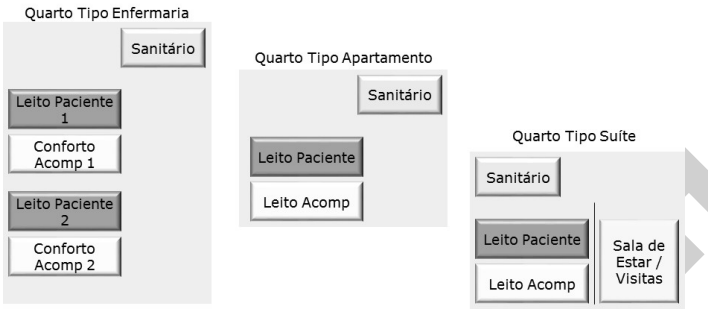
A.3.1.1 Tipos de Edifícios Hospitalares

Quanto mais antigos os hospitais, maior a tendência da sua arquitetura básica ser do tipo pavilhão (mais horizontal do que vertical. Os hospitais mais recentes tendem a ser do tipo torre (horizontal).

Os dois tipos apresentam vantagens e desvantagens, mas o tipo vertical é mais valorizado pelos pacientes porque boa parte do seu deslocamento dentro do hospital é realizada sem caminhar (em elevadores), ao contrário do pavilhão que geralmente exige grandes deslocamentos horizontais. Levando-se em conta que a maior parte da população não pratica exercícios físicos regulares, portanto caminhar não faz parte da sua rotina, especialmente se estiverem debilitados por alguma doença, evitar o traslado em caminhadas é desejável.

Modelo GFACH

A.3.1.2 Tipos de Leitos Hospitalares



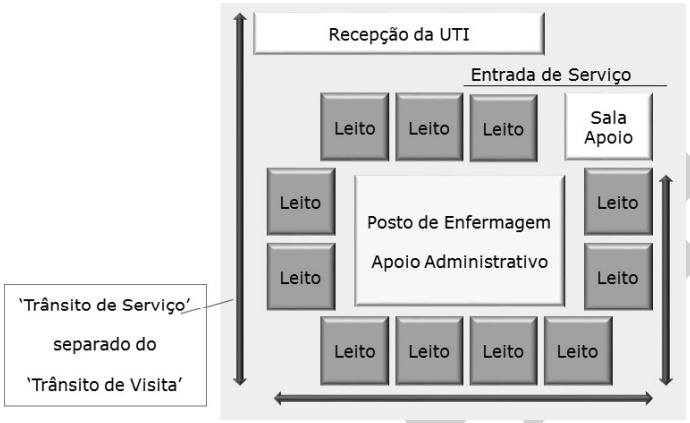
Na prática existem 3 tipos de leitos hospitalares:

- Os que se acomodam em quartos tipo enfermaria, onde no mesmo quarto podem ser internados mais de 1 paciente, e o sanitário é compartilhado entre eles. Pode haver conforto para os acompanhantes, e geralmente se concretiza através de uma poltrona;
- Os que se acomodam em quartos tipo apartamento, onde só um paciente ocupa o quarto, geralmente com um leito para o acompanhante;
- Os que se acomodam em suítes, que são similares ao apartamento, com a diferença da existência de um cômodo que serve como sala de estar e/ou para receber visitas.

A importância do tipo de leito não se restringe apenas ao preço da diária. Como veremos, as tabelas de preços de honorários médicos têm importante relacionamento com eles.

Modelo GFACH

A.3.1.3 Unidade de Terapia Intensiva

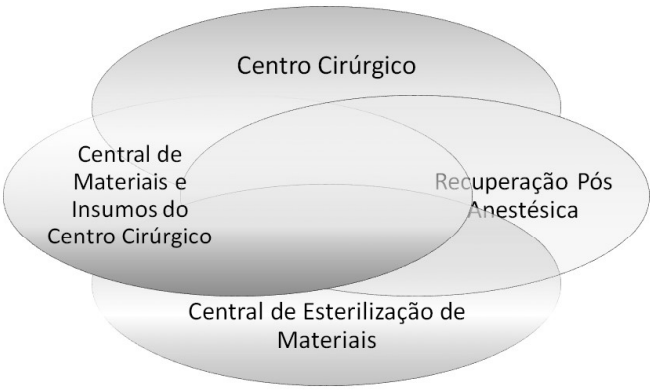


A arquitetura da Unidade de Terapia Intensiva é outro fator determinante da valorização do produto hospitalar:

- Havendo circulação de serviço separado da circulação de visitas, a hotelaria hospitalar pode ser muito mais valorizada;
- Aspectos como a possibilidade de haver luz natural, ou visibilidade do mundo externo, no leito também é um aspecto importante de valorização da hotelaria;
- O dimensionamento adequado dos leitos em relação ao número de salas cirúrgicas evita o cancelamento de cirurgias por falta de leito na UTI, um dos fatores mais frequentes deste tipo de evento em hospitais de vocação notadamente cirúrgicos.

Modelo GFACH

A.3.1.4 Bloco Cirúrgico



Exceto no caso de hospitais cujo foco não é cirúrgico (Psiquiátricos, de Retaguarda para Pacientes Crônicos, etc., o Bloco Cirúrgico está para o Hospital assim como o 'Chão de Fábrica' está para a Indústria.

A proximidade e/ou facilidade de trânsito e comunicação entre o Centro Cirúrgico, a Recuperação Pós Anestésica, a Central de Esterilização de Materiais e a Central de Materiais e Insumos do Centro Cirúrgico é fundamental para garantir o cumprimento das metas assistenciais. De nada adianta que todos os processos administrativos e assistenciais do restante do hospital estarem refinados, se o Bloco Cirúrgico não permite agilidade no agendamento, realização e liberação das salas o mais rapidamente possível.

Os hospitais verticais costumam ser projetados de modo que o Centro Cirúrgico e a RPA fiquem em um andar, e a Central de Materiais e a CEM em outro, um em cima do outro, de modo que o trânsito de serviço entre estas unidades se faça de forma apartada demais, inclusive com uso de monta cargas exclusivos.

Modelo GFACH

A.3.1.5 Realidade da Arquitetura Hospitalar no Brasil

Conforme descrito em relação à origem e evolução dos hospitais brasileiros, as instituições que consideramos de maior credibilidade no segmento experimentam uma realidade diferente da que gostariam de viver.

Originalmente tipo pavilhão, com pouco espaço no terreno original para expansão, sufocados pelo crescimento exagerado das cidades, os hospitais acabaram adquirindo casas e terrenos vizinhos e foram crescendo gradativamente, adaptando cada expansão ao recurso disponível.

Evidentemente este cenário não permite o melhor tipo de planejamento no longo prazo, e algumas distorções, as vezes importantes, em relação do que seria a expansão ideal ocorreram.

É comum ver um hospital antigo com seu edifício tipo pavilhão 'colado' a um edifício tipo torre, e ambos sendo plenamente utilizados, ou seja, a estrutura assistencial não migra de um edifício para o outro – um edifício fica sendo anexo do outro e muitas vezes duplicando toda a estrutura: leitos, uti e centro cirúrgico em ambos os edifícios.

Este cenário muito comum faz com que um mesmo hospital oferte hotelaria diferente dependendo do edifício em que o paciente é internado. Na saúde suplementar muitas vezes isso é motivo de incômodo no relacionamento do hospital com os provedores e com os clientes, que compram um produto e recebem outro.

Nos hospitais de rede credenciada, novos investidores e públicos da administração direta este cenário é um pouco diferente: geralmente os novos hospitais são construídos sem o legado, em terrenos adquiridos separados dos demais hospitais, e têm uma estrutura física uniforme. No futuro, pode ser que aconteça com estes novos hospitais o mesmo que aconteceu com os demais.

Modelo GFACH

A.3.2 Organização do Hospital

NA: maiores detalhes sobre a estrutura organizacional hospitalar podem ser consultados no Livro Administração Hospitalar no Brasil – Salu, Enio Jorge – 2012 – Editora Manole.

A.3.2.1 Organograma Básico

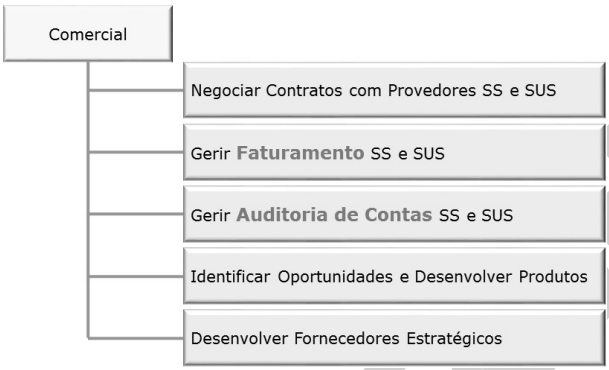
Nos próximos capítulos do Modelo GFACH serão citados processos, práticas e definições que ocorrem fundamentalmente nas áreas administrativa e comercial do hospital.

Nos hospitais privados a presença do gestor comercial, mesmo que sem estrutura adequada, é comum:

- Quando posicionado como o responsável pela maximização da receita executa ações fundamentais para a garantia da sustentabilidade e competitividade do hospital no mercado:
  - Pratica negociação com as operadoras como atividade de rotina, sempre identificando oportunidades de negócio não descritas no contrato;
  - Identifica necessidade de clientes no mercado e promove internamente o desenvolvimento de produtos;
- Mas quando posicionado simplesmente como o gestor dos contratos com as operadoras acaba exercendo função meramente burocrática – e burocracia no relacionamento com operadoras é o que não falta !

Modelo GFACH

A.3.2.2 Abrangência Comercial



As melhores práticas demonstram que quando faturamento e auditoria de contas se posiciona junto com a área comercial o hospital tem ganho operacional e de realização e preservação da receita. Mas em muitos hospitais as áreas de faturamento e auditoria de contas se posicionam vinculadas a administração, e geralmente perdem o foco da melhoria da receita, como áreas que executam as ações de forma rotineira, sem buscar a inovação, fundamental no 'mundo dos negócios'.

Nos hospitais públicos que têm Porta 2 geralmente existe uma estrutura comercial, geralmente vinculada à Fundação que operacionaliza os contratos com a iniciativa privada, e costumeiramente não muito bem estruturada porque sofre influências políticas da maior parte da gestão organizacional, equipada para a gestão pública (SUS) e não para a saúde suplementar. O exposto até o momento já permite concluir que este tipo de hospital é o que demanda maior conhecimento do gestor comercial em relação ao mercado de negócios da saúde, uma vez que exige a aplicação plena das regras da saúde suplementar como ocorre nos hospitais privados, mas a sua produção de até 80 % do volume de atendimento relacionado ao SUS exige competência similar à que demanda um hospital público que depende do SUS para sobreviver.

Modelo GFACH

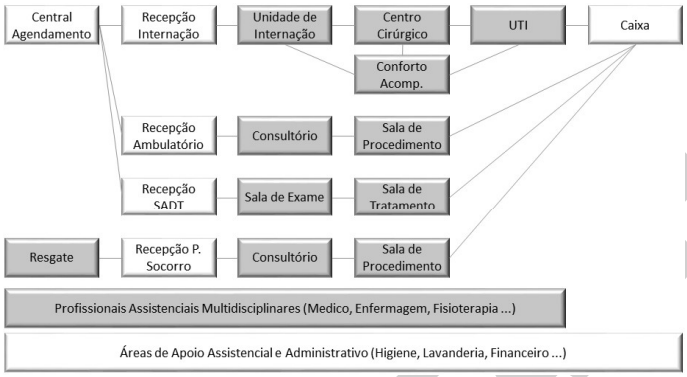
Nos hospitais públicos que só atendem SUS (não têm Porta 2) equivocadamente não costuma existir estrutura comercial:

- A origem do erro razão vem do fato de que no Brasil é considerado 'pecado' o termo gestão comercial no ambiente SUS, como se a realização da receita hospitalar fosse algo que acontecesse naturalmente;
- Existe a crença de que apenas um único contrato (o do SUS) e uma única tabela de preços (a tabela SIGTAP) não necessita de gestão apenas de operacionalização;
- A realidade demonstra justamente o contrário: o contrato com o SUS necessita ser gerido, e não simplesmente cumprido, e a Tabela SIGTAP define regras para apresentação de contas que variam ao longo do tempo, gerando oportunidades que se não forem geridas com foco comercial, levam os hospitais à falência, como temos observado cada vez com maior frequência;
- A gestão do contrato e da receita do SUS nestes hospitais geralmente é feita pelo Diretor Executivo, geralmente um médico com extremo conhecimento do aspecto assistencial e do contexto do hospital no sistema de saúde, mas com pouco, ou quase nenhum, conhecimento de gestão comercial.

O Modelo GFCAH discute muitos detalhes sobre a Gestão Comercial, Gestão do Faturamento e Gestão da Auditoria de Contas Hospitalares que se aplicam para qualquer tipo de hospital, inclusive os públicos que não têm Porta 2.

Modelo GFACH

A.3.2.3 Visão Comercial da Estrutura Organizacional Hospitalar



Na gestão do negócio existem diferentes formas de classificar a estrutura hospitalar:

- Assistencial e Não Assistencial;
- Centros de Custo e Centros de Receita;
- Atividade Primária e Atividades de Apoio.

A gestão comercial dá foco naquilo que gera receita. Diversas áreas assistenciais ou não, estão envolvidas na cadeia de atendimento doo paciente, mas a prática comercial no Brasil definiu regras que determinam onde a receita tem origem.

Na figura que representa de forma muito resumida a estrutura hospitalar, podemos observar:

- No macroprocesso de internação estão envolvidos a Central de Agendamento, Recepção, Unidade de Internação, Centro Cirúrgico, UTI e Caixa;
- Evidentemente existem uma série de outras áreas como Farmácia, Higiene, Lavanderia, etc., inclusive administrativas, sem as quais a atenção assistencial seria inviável;
- Mas sob o ponto de vista comercial as áreas cujas atividades estão diretamente relacionadas à geração da receita devem merecer atenção especial. Nelas são registrados os procedimentos e apontamentos que evidenciam a formalização das contas. Neste exemplo são a Unidade de Internação, o Centro Cirúrgico e a UTI.

Modelo GFACH

A.3.3 Aspectos do Negócio Hospitalar no Brasil

Embora com gestão e resultado operacional muito diferentes, a prática aponta alguns indicadores e tendências que podem ser utilizados como referência.

A.3.3.1 Custeio Típico dos Hospitais Privados

O Gráfico representa na prática como se distribui o custeio dos hospitais privados no Brasil:

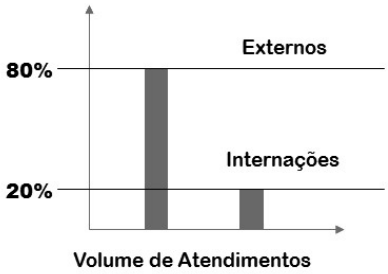
- Como veremos, na saúde suplementar os insumos têm contrapartida;
- Dada a importante participação no custeio, é um ponto importante de atenção na gestão comercial hospitalar.

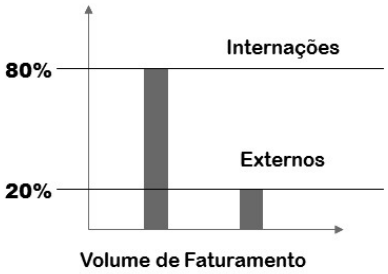
A.3.3.2 Custeio Típico dos Hospitais Públicos

Nos hospitais públicos não existe remuneração dos investidores, e o custeio é dividido praticamente entre insumos e mão-de-obra.

Modelo GFACH

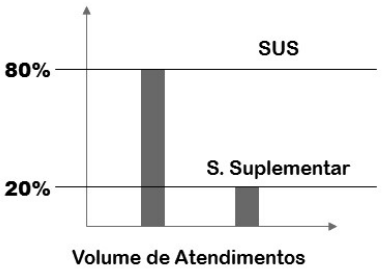
A.3.3.3 Volumetria Básica

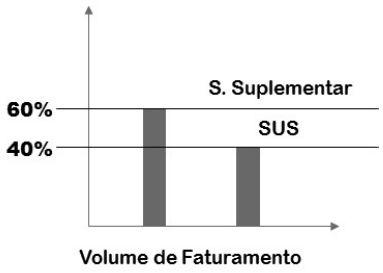




Nos hospitais que são obrigados a realizar a atenção primária, secundária e terciária o volume de atendimentos de internação costuma representar algo em torno de 20 % do total. Mas este pequeno volume de atendimento costuma representar mais de 80 % do total do valor faturado.

A.3.3.4 Receita nos Hospitais com Porta 2





Nos hospitais públicos que operam a Porta 2, o volume de atendimento SUS obrigatoriamente é maior que 80 % do volume total, porém o faturamento da saúde suplementar representa algo em torno de 60 % do faturamento total.

A.3.3.5 Indicadores Hospitalares Usuais

Em relação aos Indicadores utilizados na gestão hospitalar não existe muita diferença quando analisados os principais, dentro dos grupos de indicadores que a prática da administração consagrou.

Na página www.gfach.net.br é possível fazer download da lista de indicadores mais comuns utilizados na gestão hospitalar, boa parte deles produzida na gestão comercial, gestão do faturamento e gestão de auditoria de contas hospitalares, e boa parte deles produzida em outras instâncias da organização hospitalar, mas de especial atenção da gestão comercial.

NA: para detalhes sobre conceitos e práticas de gestão de indicadores consultar o Modelo GPAI – Gestão do Planejamento, Administração e Indicadores

Modelo GFACH

A.3.4 Aspectos do Planejamento Hospitalar no Brasil

Sempre levando em conta a diferença entre os hospitais, algumas definições e aspectos do planejamento hospitalar no Brasil são comuns e de especial interesse da gestão comercial.

NA: para detalhes sobre conceitos e práticas de gestão de indicadores consultar o Modelo GPAI – Gestão do Planejamento, Administração e Indicadores

A.3.4.1 Cadeia de Valores

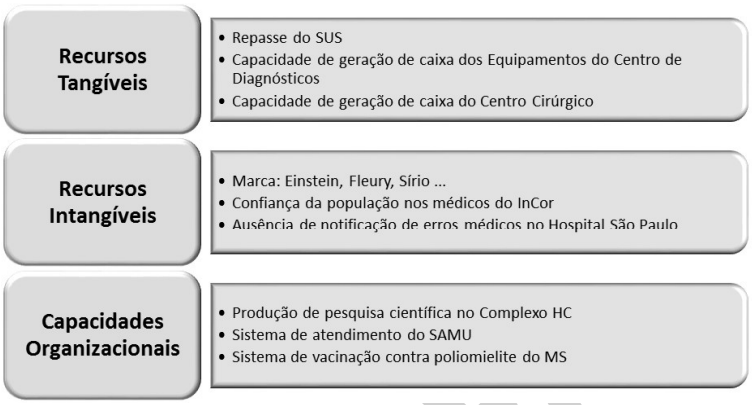
Cadeia de Valores Hospitalar Típica			
Grupo / Item		**ASSISTENCIAL**	**NÃO ASSISTENCIAL**
Atividades de Apoio	Infraestrutura	Prontuário Eletrônico	Call Center
	Gestão de RH	Educação Continuada	Folha de Pagamento
	Desenvolvimento de Tecnologia	Desenvolvimento de Protocolos e POPs	Integração com sistemas dos provedores
	Aquisição	Insumos Assistenciais	Insumos não Assistenciais
Atividades Primárias	Logística Interna	Dispensação de Medicamentos	Suprimento de Insumos Administrativos
	Operações	Procedimento Médico	Formação das Contas
	Logística Externa	Home Care	Serviços para Pacientes e Acompanhantes
	Marketing e Vendas	Palestras sobre Prevenção	Propaganda da Hotelaria
	Serviço	Follow-up de retorno para seguimento do tratamento	Oferta de Plano de Saúde Próprio

O quadro exemplifica tópicos comuns na formalização da cadeia de valores dos hospitais:

- Alguns tópicos são específicos de hospitais privados;
- Cadeia de valores é uma das ferramentas usualmente presentes no planejamento dos hospitais brasileiros.

Modelo GFACH

A.3.4.2 Recursos e Capacidades Operacionais



A figura ilustra exemplos de tipos de recursos e capacidades organizacionais do segmento da saúde no Brasil.

A.3.4.3 Matriz SWOT

	Ajuda	Atrapalha
Ambiente Interno	**S - Forças**	**W - Fraquezas**
	• Corpo Clínico de Excelência • Certificação em Programa de Qualidade • Luxo das Instalações e parque de Equipamentos e Instalações • Desenvolvimento de protocolos e programas de ensino e pesquisa	• Sucessão de Investidores Indefinida • Excesso de Sócios Interlocutores na Governança • Unidades Geograficamente Dispersas • Vínculo Institucional com Operadora
Ambiente Externo	**O – Oportunidades**	**T – Ameaças**
	• Ser referência para upgrade de plano por parte das operadoras • Corpo Clínico Vinculado à Universidade	• Concorrentes de Mesmo Potencial • Expansão da Rede de Recursos Próprios do Maior Cliente

A figura ilustra exemplos de tópicos usualmente presentes em uma Matriz SWOT Hospitalar.

A.3.4.4 Estratégias

Em relação às estratégias clássicas do planejamento, alguns exemplos podem ser citados como usuais no mercado hospitalar brasileiro.

Expansão:

- Aplicado ao Mercado:
  - Clínicas Especializadas para captar clientes;
  - Postos Remotos de Coleta;
- Aplicado ao Ambiente Interno:
  - Aumentar o número de leitos, salas cirúrgicas, etc.;
  - Aumentar o número de equipamentos.

Integração Vertical:

- Aplicado ao Mercado:
  - Utilizar CEM própria para prestar serviço de esterilização;
  - Explorar home care;
- Aplicado ao Ambiente Interno:
  - Passar a operar laboratório de análises próprio;
  - Estruturar uma equipe de manutenção predial própria.

Diversificação Lateral:

- Aplicado ao Mercado:
  - Operar um centro de pesquisa;
  - Operar um centro de ensino;
- Aplicado ao Ambiente Interno:
  - Estruturar uma área de capacitação e treinamento;
  - Desenvolver cursos específicos.

Modelo GFACH

Diversificação de Produto e/ou Mercado:

- Aplicado ao Mercado:
  - Passar a atuar em nova especialidade;
  - Passar a oferecer check-up;
- Aplicado ao Ambiente Interno:
  - Modificar processos através da implantação de protocolos;
  - Adequar infraestrutura para atendimento de portadores de necessidades especiais.

Globalização:

- Aplicado ao Mercado:
  - Serviço de segunda opinião à distância;
  - Recepção bilíngue, serviços de apoio ao turismo da saúde;
- Aplicado ao Ambiente Interno:
  - Prontuário eletrônico;
  - Protocolos de hospitalidade.

Desinvestimento:

- Aplicado ao Mercado:
  - Fechar a maternidade e manter o hospital;
  - Fechar ala de psiquiatria;
- Aplicado ao Ambiente Interno:
  - Terceirização da lavanderia;
  - Envolvimento do voluntariado em atividades administrativas.

Modelo GFACH

A.3.4.5 Tendências

Meio Ambiente Global:

- Pressões:
  - Efetividade da assistência;
  - Comunidades Criadas para Proteção de Direitos;
  - Ações de Prevenção;
  - 'Deshospitalização';
- Tendências:
  - Home Care;
  - Monitoração Remota;
  - Follow-up de Eventos do Paciente;
  - Turismo da Saúde.

Meio Ambiente do País:

- Pressões:
  - Falta de integração das esferas governamentais;
  - SS crescendo desordenadamente;
  - Desassistência da população;
  - Custo Brasil:
    - Carga Tributária Excessiva;
    - Excesso de Regulação;
    - Infraestrutura deficitária;
    - Ineficiência Produtiva;
- Tendências:
  - Foco em produtos de alta rentabilidade (classe economicamente mais abastada);
  - Foco na especialização;
  - Expansão hospitalar.

Modelo GFACH

Meio Ambiente do Setor:

- Pressões:
  - Sistema de Remuneração Insuficiente (SUS e SS);
  - Órgãos Reguladores mal estruturados (Ex: ANS);
  - Cartéis (fornecedores e prestadores de serviços);
  - Inflação técnica e tecnológica;
- Tendências:
  - Rede de recursos próprios nas medicinas de grupo;
  - Empacotamento de produtos.

Todas estas pressões de cada meio ambiente, e todas as tendências do mercado, ora cedendo à pressão, ora contrapondo a força que exerce sobre os hospitais, são em maior ou menor escala objeto da gestão comercial hospitalar.

O hospital só se viabiliza no mercado privado e só se sustenta na saúde pública quando se posiciona adequadamente em relação às pressões, e procura seguir as tendências do mercado, ou se equipa para se contrapor a elas sem que seja prejudicado na sua missão.

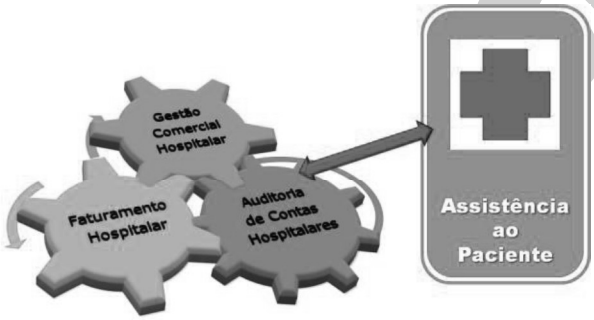
Modelo GFACH

B Gestão Comercial Hospitalar

B.1 Posicionamento Estratégico

Uma das principais demandas do hospital em relação ao Gestor Comercial é o alinhamento do posicionamento da área comercial como posicionamento estratégico da instituição.

B.1.1 Escopo e Abrangência



Gestão Comercial Hospitalar é um conjunto de ações integradas de relacionamento com os provedores dos pagamentos das contas hospitalares, com objetivo de preservar a receita hospitalar e viabilizar a atividade hospitalar no sentido de maximizar a assistência aos pacientes.

No Modelo GFACH dividimos o escopo e abrangência em 3 grandes grupos:

- Gestão Comercial Hospitalar, termo usualmente utilizado para as ações de relacionamento com os provedores e parceiros comerciais, e definição dos produtos e preços;
- Faturamento Hospitalar, termo usualmente utilizado para as ações de formação das contas e remessa aos provedores;
- Auditoria de Contas Hospitalares, termo usualmente utilizado para as ações de adequação e aferição das contas às regras comerciais que regem o relacionamento com os provedores.

Modelo GFACH

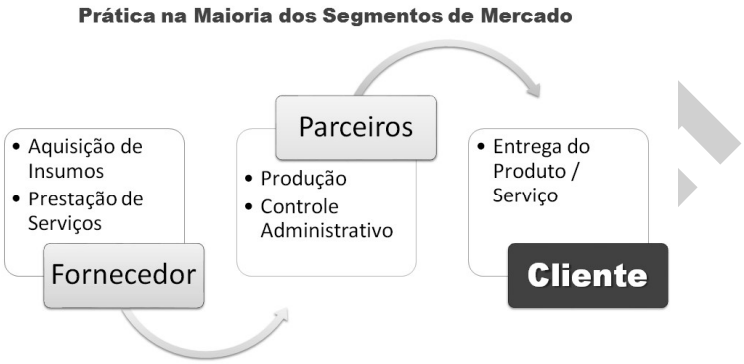
Como veremos, a gestão comercial hospitalar é muito diferente da gestão comercial da maioria dos outros tipos de empresas, inclusive as operadoras de planos de saúde, embora haja total interdependência da atividade comercial de uma em relação à outra.

Quando observamos a prática da maioria dos tipos de empresas, o relacionamento com os fornecedores costuma ser realizado pela área de suprimentos, o relacionamento com os parceiros pela área de marketing, ficando a cargo da área comercial o relacionamento com o cliente final.

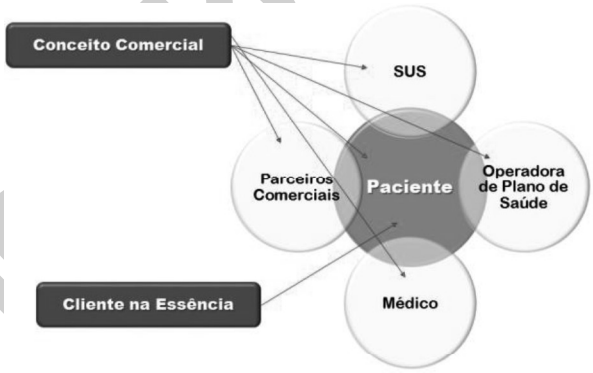
No caso dos hospitais, onde veremos que parte da receita que ele obtém não é dele, a gestão comercial exige o relacionamento com os provedores (clientes), principais fornecedores (especialmente os estratégicos) e os prestadores de serviços (especialmente os médicos).

B.1.2 Cliente Hospitalar

A definição de cliente hospitalar é um dos pilares da gestão comercial hospitalar.



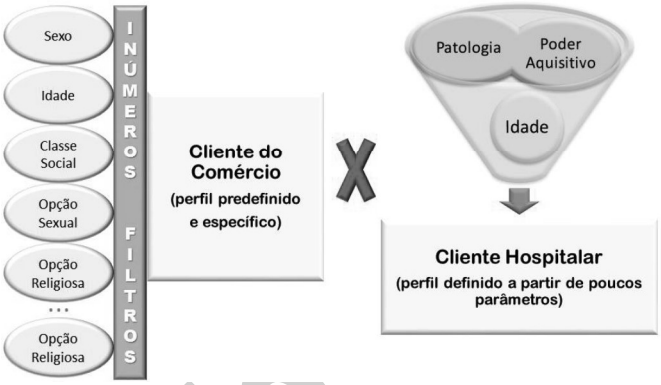
Na maioria dos segmentos de mercado a figura do cliente é muito bem estabelecida. Em geral a empresa adquire insumos e serviços de fornecedores, produz através de estrutura própria ou terceirizada (parceiros) e entrega o produto ou serviço ao cliente.



Para os hospitais o significado essencial de cliente é o mesmo: o paciente que recebe o produto final: a prestação do serviço assistencial.

Mas diferentemente da maioria absoluta das outras empresas:

- Quem paga a conta na quase totalidade das vezes é o provedor (SUS ou Operadora de Planos de Saúde), que é tratado como cliente;
- O Médico (e outros profissionais multidisciplinares) geralmente é quem traz o paciente ao hospital, e é tratado como cliente;
- Diversos parceiros comerciais (fornecedores estratégicos, prestadores de serviços complementares, e outros) efetivamente viabilizam a operação hospitalar, e também são tratados como clientes.

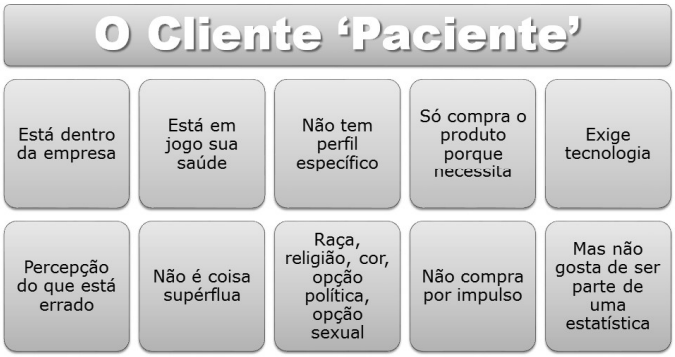


As empresas definem seu tipo de cliente preferencial geralmente por características de afinidade do seu perfil pessoal ao produto que oferecem, e isso envolve muitos parâmetros. Por exemplo:

- Uma loja de calçados femininos de luxo pode definir a mulher, da faixa etária entre 18 e 50 anos, que costuma frequentar shopping center, tem automóvel e tem estilo discreto;
- Uma loja de calçados femininos populares pode definir a mulher, de qualquer faixa etária, que não costuma adquirir produtos em shopping center e trabalha na região.

No hospital, exceto os que atuam especificamente com especialidades muito particulares, o perfil é definido basicamente pela Patologia, a Idade e o Poder Aquisitivo. Mas o sistema de financiamento da saúde no Brasil faz com que o poder aquisitivo esteja relacionado ao provedor e não necessariamente ao paciente: pessoas de alto poder aquisitivo são atendidas na rede pública de saúde, e pessoas de baixo poder aquisitivo que trabalham em grandes empresas são atendidas na rede privada de alto luxo.

Modelo



O principal cliente hospitalar (o paciente) tem características muito diferentes das encontradas nos demais segmentos de mercado:

- Como está literalmente dentro do hospital, consegue maior percepção de tudo que acontece de errado;
- Não compra o produto hospitalar por impulso – compra porque necessita. Na verdade, não quer comprar o produto que o hospital está vendendo, o que está em jogo é sua saúde que não é coisa supérflua, e não gostaria de estar com problema de saúde;
- Como cliente exige tecnologia, mas não gosta de ser tratado de forma mecânica, como um número em uma estatística.

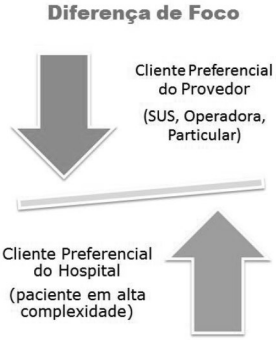
Pelo simples fato de se tratar de um cliente que não quer comprar o produto hospitalar por vontade própria, é classificado como o pior cliente que uma empresa pode querer ter.

Modelo GFACH

B.1.3 Cliente Foco da Gestão Comercial Hospitalar

Com raríssimas exceções, na cadeia de valores de um segmento de mercado o cliente preferencial é sempre o mesmo:

- No segmento automobilístico, por exemplo, a montadora de veículos, o banco, a financeira, a empresa de consórcio e a seguradora definem através dos mesmos parâmetros o cliente preferencial;
- E todos promovem ações que se completam para fidelizar o cliente, inclusive ações conjuntas: ao adquirir o veículo o cliente é assediado pela financeira e a seguradora que regularmente estão junto com a montadora e concessionaria na ação da venda.



MODELO GFACH

Na área hospitalar a lógica é totalmente diferente:

- Como vimos, o cliente que mais utiliza o hospital é o que menos interessa para a operadora, e vice-versa;
- As ações de captação de clientes da operadora tentam ao máximo afastar os clientes preferenciais hospitalares, e isso se faz pela diferença de preço do plano de acordo com a faixa etária;
- A remuneração de um procedimento é a mesma independentemente da idade do paciente, mas o paciente mais idoso tende a utilizar mais a rede, e como o idoso é menos vigoroso que o jovem, sua estada no hospital tende a ser mais longa e mais onerosa.

Quando vemos então propaganda hospitalar mostrando pessoas jovens e felizes como exemplos de clientes, ou o hospital está fora de foco, ou está simplesmente utilizando uma figura de propaganda que venha a fazer com que as pessoas imaginem que ao utilizar o hospital ficarão jovens e felizes.

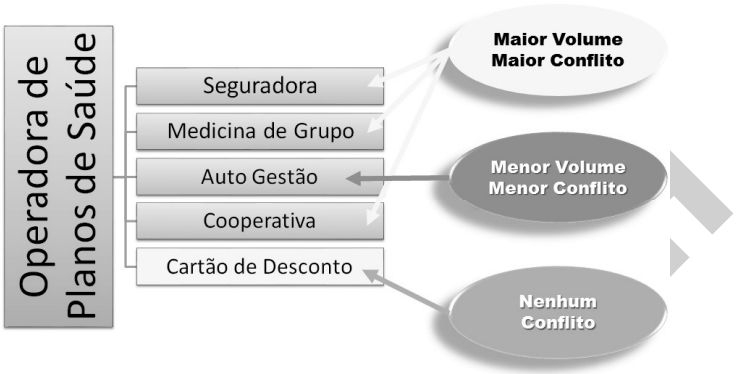
Sob o ponto de vista comercial o cliente preferencial do hospital é o idoso, o descompensado, o crônico, o diabético, o hipertenso, etc.:

- O hospital está equipado para tratamento de alta complexidade, ou seja, está preparado para tratar deste tipo de paciente;
- Os demais tipos de paciente podem ser preferenciais para clínicas, consultórios médicos, e outros serviços de saúde equipados para tratamentos de baixa e média complexidade – para hospitais são pacientes que contribuem pouco para o resultado comercial;
- As ações comerciais hospitalares devem privilegiar este tipo de paciente, evidentemente sem desprezar a receita que pode ser obtida com os demais, mas não devem deixar que a obtenção desta receita auxiliar reduza a oferta de vagas para os clientes preferenciais.

Como premissa fundamental: todos os pacientes são importantes, e principalmente todos os pacientes devem ter o mesmo acolhimento e padrão assistencial, mas o paciente crônico, complicado e idoso merece atenção comercial diferenciada. Em muitas situações é melhor praticar preço menor para este tipo de paciente, porque ele tende a ser habitual.

Modelo GFACH

B.1.4 Provedor Foco da Gestão Comercial Hospitalar



Como vimos, existem diversos tipos de operadoras de planos de saúde, que atuam no mercado com objetivos diferentes, e por esta razão comercialmente não podem ser tratadas da mesma forma pelo hospital – é necessário adequar o relacionamento ao tipo de operadora.

Como vimos também, o Cartão de Desconto não é uma operadora de planos de saúde, atuando no segmento da mesma fora como atua nos demais, negociando descontos para seus associados. Esta atividade não conflita nem com a atividade da operadora nem com a atividade do hospital. Para os clientes da operadora, atua como um facilitador nos casos de reembolso de despesas, e pagamento de despesas não cobertas pelo plano. E para os hospitais, a concessão de um desconto geralmente é retribuída pelo aumento de movimento. A aproximação do hospital dos cartões de desconto é uma prática comercial importante.

Como a Auto-Gestão não opera no mercado em busca de lucro para acionistas ou cooperados, é o tipo de operadora cuja atividade mais está sintonizada com a atividade hospitalar. Procurando a excelência assistencial e efetividade da assistência, deve ser encarada como preferencial por parte dos hospitais, mas sempre levando-se em conta que o volume de atendimento gerado por elas geralmente é muito menor que o gerado pelas demais.

Seguradoras, Medicinas de Grupos e Cooperativas são as operadoras cuja atividade hospitalar mais representa conflito. Operadoras e Hospitais dependem mutuamente para existirem, mas como vimos a atividade de um e conflitante com a do outro. A prática comercial hospitalar no relacionamento com elas é complexa:

- Como representam a maior parte dos pacientes da saúde suplementar, o relacionamento com elas se baseia em descontos de preços em função do volume de atendimento que geram. Quando se firma o contrato existe uma expectativa e o preço é definido desta forma, mas é necessário aferir, durante a vigência do contrato, se a expectativa realmente se concretizou para manter o desconto no preço;
- As maiores do mercado geralmente dominam determinadas regiões (regiões geográficas), e nestes casos o hospital tem muita dificuldade de negociação;
- Na relação em que o hospital e mantido pela operadora (no caso de rede própria de medicina de grupo ou cooperativa), o relacionamento é pré-definido pela entidade mantenedora, e a gestão comercial entre ambos é totalmente atípica.

No caso do provedor SUS, o hospital que atende no sistema:

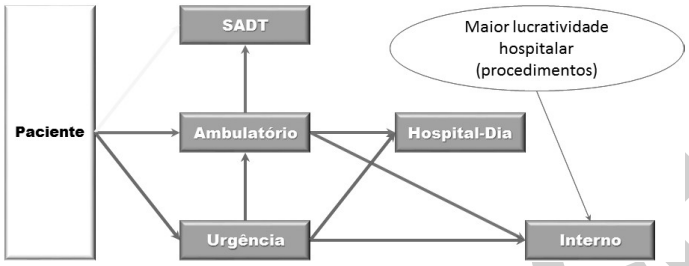
- Ou é um equipamento público cuja missão é exclusivamente esta. Neste caso o SUS é o provedor único e consequentemente preferencial;
- Ou é um hospital privado que tem missão benemerente ou social definida:
    - Se sua receita depende fundamentalmente do SUS, este é o provedor preferencial, mas deve manter ações mais significativas na obtenção de receita na saúde suplementar como forma de se auto sustentar;
    - Caso contrário o SUS na verdade representa apenas uma ação de marketing social.

Em resumo:

- O cartão de desconto não representa operadora de planos de saúde e a ação comercial com este tipo e empresa é simples e de retorno muito interessante;
- A auto-gestão é classificada como o tipo de operadora de maior interesse do hospital, uma vez que seu foco não é lucro, e sua atividade conflita menos com a do hospital do que o das outras operadoras;
- E as demais operadoras exigem maior esforço comercial, porque detém o maior volume de clientes da saúde suplementar, e sua atividade conflita diretamente com a atividade hospitalar.

Modelo GFACH

B.1.5 Tipo de Atendimento Foco da Gestão Comercial Hospitalar



Como vimos, o sistema de financiamento da saúde no Brasil obriga os hospitais a atuarem na atenção primária, secundária e terciária, embora o hospital devesse estar focado apenas na atenção terciária, uma vez que está equipado para tal e esta estrutura é onerosa.

Esta característica faz com que os hospitais (privados e públicos com Porta 2) tenham na sua rotina os 4 tipos de atendimento básicos (internação, urgência, ambulatorial e SADT).

Uma das preocupações fundamentais da área comercial é privilegiar as internações:

- São os procedimentos que remuneram com maior margem de contribuição em relação ao custo;
- No hospital que não é pronto socorro, mas tem pronto socorro, este serve como porta de entrada de pacientes para a internação e não como atividade fim, uma vez que a remuneração dos procedimentos de urgência, analisados isoladamente, não é lucrativa;
- No hospital que tem ambulatório, este deve servir como porta de entrada para a internação e não como atividade fim, porque a remuneração de consultas e pequenos procedimentos ambulatoriais comparada ao custo da estrutura hospitalar não é lucrativa;
- Todo hospital tem SADT, mas como necessidade para tratamento dos pacientes internados, que devem ser priorizados em relação aos outros. A remuneração referente a um mesmo exame, por exemplo, costuma ser maior para o paciente internado do que para o paciente externo.

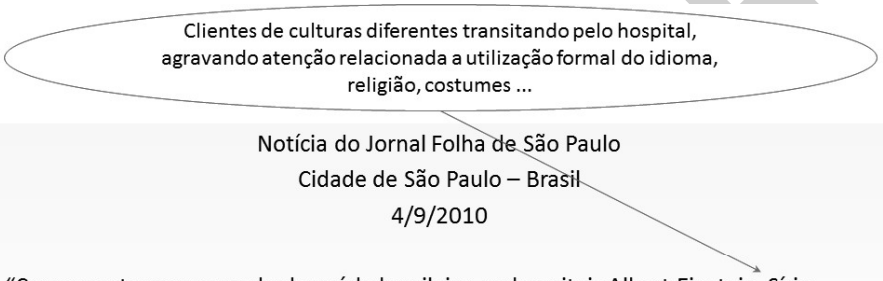
Estas métricas comerciais valem tanto para a saúde suplementar quanto para o SUS, neste último com algumas poucas nuances que a tabela de remuneração (SIGTAP) formaliza.

Modelo GFACH

B.2 Ações para Melhorar o Resultado Comercial

Algumas importantes ações institucionais são de muita importância para melhorar o resultado comercial hospitalar. Espera-se que o Gestor Comercial ou lidere, ou participe de forma efetiva na operacionalização ou acompanhamento destas ações.

B.2.1 Inserção no Turismo da Saúde



Notícia do Jornal Folha de São Paulo
Cidade de São Paulo – Brasil
4/9/2010

"Concorrentes no mercado de saúde brasileiro, os hospitais Albert Einstein, Sírio-Libanês, Oswaldo Cruz, Samaritano e Hospital do Coração uniram forças para garantir uma fatia do mercado mundial de turismo médico, que movimenta por ano cerca de US$ 60 bilhões.

Representam até 5% dos atendimentos.

18% dos hóspedes internacionais nos hotéis da cidade de São Paulo vieram ao País em busca de atendimento médico."

A excelência da medicina brasileira é mundialmente reconhecida, mesmo nos países mais ricos e desenvolvidos, e principalmente na América Latina e África.

Para pessoas de muitos países é mais barato vir ao Brasil para obter o mesmo nível de tratamento oferecido na Europa e Estados Unidos.

Para explorar este mercado ações comerciais de divulgação são tão importantes quanto organizar a estrutura interna para receber pessoas que falam outros idiomas, têm outras culturas, crenças, etc.

B.2.2 Humanização do Atendimento

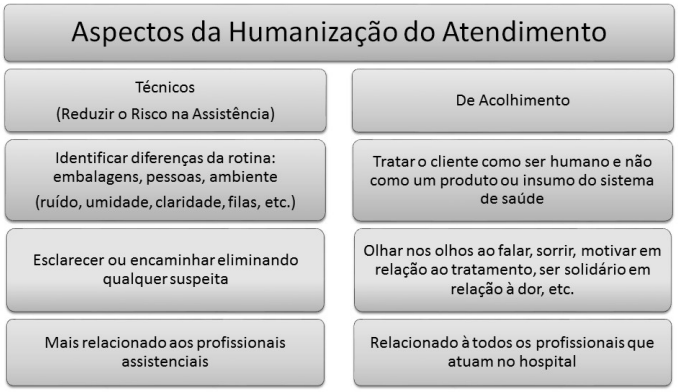
Como qualquer empresa os hospitais buscam a capacitação e o conhecimento como instrumento da especialização para padronização dos processos, certificação em programas de qualidade e simplificação da gestão das pessoas, especialmente as envolvidas diretamente nas atividades assistenciais.

Mas também como em qualquer empresa, a especialização e padronização traz elementos de impessoalidade aos processos, que na área da saúde é indesejável por 2 motivos básicos:

- O paciente não é um produto no chão de fábrica de uma indústria – é uma pessoa;
- A mecanização do processo induz as pessoas a não dar a mesma atenção que costuma dar quando está aprendendo (ou estudando) como se faz algo. Esta desatenção costumam ser o principal motivo dos erros assistenciais graves que tomamos conhecimento na mídia.

Para contrapor estes efeitos negativos da capacitação e conhecimento, um movimento denominado Humanização do Tratamento do Paciente surgiu, e traz como benefício suplementar o fato de se tornar um importante produto comercial hospitalar – quando reconhecido pelo 'cliente paciente' o hospital se posiciona de forma diferenciada no mercado (público ou privado).

Modelo GFACH



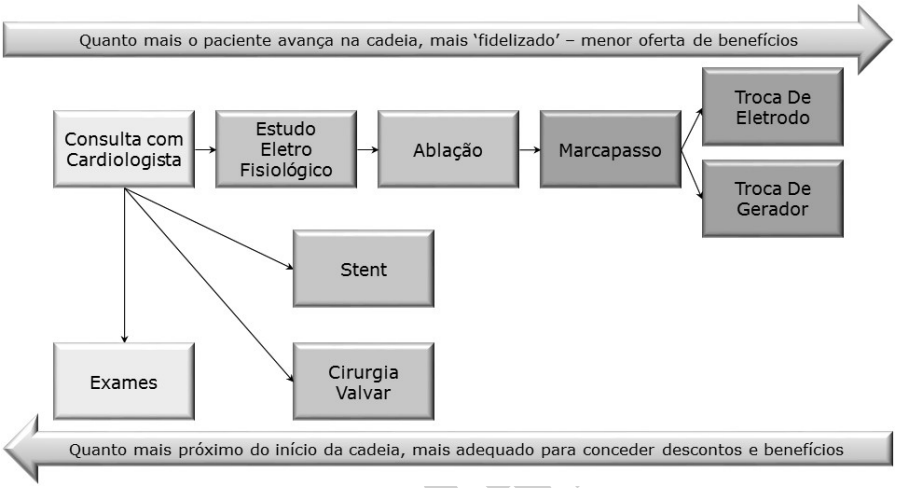
A humanização tem 2 aspectos:

- Técnico:
  - Geralmente liderado pelas equipes multidisciplinares, especialmente a Enfermagem;
  - Tem como foco reduzir ao máximo o risco na assistência. Por exemplo:
  - Identificar qualquer mudança na rotina assistencial, como mudança de embalagens, rótulos, pessoas e no próprio meio ambiente (ruído, luz, filas, etc.) e esclarecer o motivo, ou encaminhar para a instância adequada no sentido de eliminar a suspeita de que a mudança possa trazer algum risco;
- Acolhimento:
  - Deve partir de uma diretriz institucional e permear todos os profissionais que atuam no hospital;
  - Refere-se à necessidade de tratar o paciente como um ser humano, e não como um número na estatística;
  - Parte do incentivo às atitudes comportamentais simples como olhar no olho das pessoas quando fala, sorrir ao falar, motivar o paciente em relação ao tratamento, ser solidário a ele em relação à dor, promover uma estada confortável e sem embaraços, etc.

São inúmeros os exemplos de hospitais que se destacam no mercado através da humanização, em especial o acolhimento, inclusive na área pública.

Modelo GFACH

B.2.3 Fidelização



É a prática comercial de ofertar alguma vantagem (desconto ou benefício) no início da cadeia assistencial com a perspectiva que o cliente aprove o nível de serviço e permaneça vinculado ao hospital.

Geralmente no início da cadeia assistencial os procedimentos têm menor valor, mas definem a afinidade do paciente com o profissional assistencial, geralmente o médico, preferindo manter seu tratamento sempre com ele nos procedimentos finais que tem o preço maior.

A figura ilustra o caso de uma consulta com cardiologista, que inicialmente gera exames laboratoriais, mas pode evoluir para um estudo eletrofisiológico, ablação, marca passo, etc.

Modelo GFACH

Outras Formas de Fidelização	
Atividades Sociais	• Com funcionários e profissionais vinculados à rotina hospitalar • Para grupos (comunidades) carentes
Atividades Educativas	• Programas de esclarecimento • Mutirões de saúde
Patrocínios	• Atividades esportivas
Propaganda Institucional	• Eventos de saúde • Eventos sociais

Existem outras formas institucionais de fidelização de clientes, como atividades sociais, educativas e patrocínios. Em relação à algumas delas é difícil definir a linha que divide a ação comercial de fidelização da atividade benemerente, inerente de alguns hospitais. De qualquer modo o resultado comercial costuma ser o mesmo.

B.3 Rotina da Gestão Comercial

A Gestão Comercial Hospitalar tem como rotina maximizar a receita hospitalar, o que não é tarefa simples uma vez que para a quase totalidade dos funcionários (ou colaboradores) hospitalares se refere a ações secundárias em relação à sua atividade fim. Especialmente os profissionais assistenciais não comissionados, os cuja remuneração não varia em relação ao resultado da operação financeira hospitalar, as ações de preservação e maximização da receita representam atividades burocráticas, que quando não bem desenhadas, trazem para sua rotina ações meramente burocráticas.

B.3.1 Gestão do Produto Hospitalar

Um primeiro grupo de ações da gestão comercial se refere ao foco de observar o hospital como um produto que o mercado compra. Como já citado, o produto hospitalar tem como uma das características principais o fato de não ser algo que o cliente quer adquirir – ele adquire por necessidade e não por impulso. Mas, como veremos, existem outras características muito peculiares do produto hospitalar que são objeto da rotina da Gestão Comercial Hospitalar.

Modelo GFACH

B.3.1.1 Significado da Conta Hospitalar

A conta hospitalar traduz completamente o conflito que existe entre o produto hospitalar, sob o ponto de vista do hospital, e o produto hospitalar sob o ponto de vista do cliente (provedor ou paciente):

- O paciente compra no serviço hospitalar a cura, que nem sempre é possível, e para ele o hospital e os profissionais assistenciais (especialmente os médicos) são uma só entidade – ele não entende, e não deve entender, as relações comerciais que existem entre o hospital e seus parceiros e fornecedores;
- Mas o hospital vende serviços e produtos diversos, como um aglutinador de profissionais que podem não ter vínculo institucional com ele, de profissionais que têm vínculo institucional com ele, produtos que ele adquire e são utilizados na assistência e, eventualmente, produtos que são utilizados na assistência e não são se sua propriedade ou domínio de utilização.

O paciente quer comprar uma coisa (a cura) mas o hospital vende e apresenta na sua conta outra:

- Hospedagem (internação e/ou uso de salas);
- Serviços de Profissionais Multidisciplinares (médicos, enfermagem, fisioterapia, nutrição, etc.);
- Equipamentos (aluguel ou venda ou serviço de ajuste / calibração);
- Insumos (materiais, medicamentos, gases medicinais, etc.).

A gestão comercial está permanentemente envolvida no conflito do que se faz, sob o ponto de vista do cliente, e o que se cobra na conta hospitalar, que são coisas diferentes.

Modelo GFACH

B.3.1.2 Regras Básicas de Remuneração na Saúde Suplementar

Produtos Vendidos Saúde Suplementar	Internação Hospital-Dia	Pronto Socorro	Ambulatório	SADT
Hospedagem Diária Hospitalar	X			
Uso de Sala Centro Cirúrgico / Ambulatório / SADT ...	X		X	
Serviço Médico Cirurgia / Procedimento Clínico / Terapêutico ...	X	X	X	X
Serviço Multidisciplinar Enfermagem / Fisioterapia ...	X		X	
Aluguel de Equipamento Para procedimento / diagnóstico / monitoração	X	X	X	X
Insumo Material, Medicamento, Gás	X	X	X	X

O desenvolvimento da saúde suplementar no Brasil definiu ao longo do tempo regras para remunerar os hospitais por grupo de produtos, dependendo do tipo de atendimento.

O quadro demonstra a prática de mercado: quais produtos basicamente são vendidos pelo hospital em cada tipo de atendimento. Como será exposto, na saúde suplementar o que pode ou não ser feito é fundamentalmente definido no contrato entre o provedor e o hospital, portanto a tabela representa o que mais comumente é aplicado no mercado, e não uma regra fixa para todos os casos.

Diária:

- Remunera a hospedagem do paciente nas internações;
- Representa o aluguel da sala (ou fração) em que o paciente se hospeda, e o preço varia de acordo com os equipamentos que a sala possui e o luxo (hotelaria) disponível;
- Não remunera o que é feito e sim a ocupação do espaço por parte do paciente em um dia de internação;

Uso de Sala:

- Remunera a hospedagem do paciente em uma sala especialmente destinada a determinado procedimento;
- Representa o aluguel da sala (ou fração) em que o paciente permanece para realizar um procedimento, ou ficar em observação, ou repousando, e o preço varia de acordo com os equipamentos que a sala possui e o luxo (hotelaria) disponível);
- Não remunera o que é feito e sim a ocupação do espaço por parte do paciente, por hora de ocupação.

Modelo GFA

Serviço Médico:

- Remunera o procedimento médico específico;
- Pode estar associado apenas ao ato médico, ou a um grupo de procedimentos multidisciplinares para a realização do procedimento;
- Remunera o que é feito, mas não o que é gasto para a realização do procedimento: o aluguel do espaço, uso de equipamentos e insumos não está incluso no preço.

Serviço Multidisciplinar:

- Remunera o procedimento multidisciplinar específico (Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, etc.);
- Remunera o que é feito, mas não o que é gasto para a realização do procedimento: o aluguel do espaço, uso de equipamentos e insumos não está incluso no preço.

Aluguel de Equipamento:

- Remunera o uso de equipamento para a realização do procedimento;
- Representa o aluguel do equipamento durante um período de tempo ou uma sessão de utilização;
- Remunera o uso do equipamento, mas nem sempre o insumo necessário para que o equipamento funcione. Por exemplo: o uso do oxigenador geralmente não inclui o oxigênio.

Insumo:

- Remunera o insumo utilizado que é classificado basicamente em 5 tipos:
  - Material Descartável, que na prática é o material de baixo custo;
  - OPME (Órtese, Prótese e Material Especial), que na prática é o material de alto custo;
  - Medicamento, que na prática é o medicamento de baixo custo;
  - Medicamento de Alto Custo;
  - Gases Medicinais.

Modelo GFACH

B.3.1.3 Regras Fundamentais de Remuneração do SUS

Produtos Vendidos SUS	Internação Hospital-Dia	Pronto Socorro	Ambulatório	SADT
Hospedagem Diária Hospitalar	*1			
Serviço Médico Cirurgia / Procedimento Clínico / Terapêutico ...	x	x	x	x
Serviço Multidisciplinar Enfermagem / Fisioterapia ...			x	
Insumo Material, Medicamento, Gás	*2	*2	*2	

No Sistema SUS o hospital é fundamentalmente remunerado pelo procedimento médico ou multidisciplinar realizado não importando os aspectos de hotelaria e profissionais envolvidos. No valor do produto definido pelo SUS, está incluso tudo o que é necessário para que ele seja realizado.

Mas esta definição (fundamentalmente) é mal interpretada até mesmo pelos profissionais que lidam com o SUS há muito tempo: na regra do SUS diversos itens podem ser adicionados ao procedimento como produto de venda.

Hospedagem:

- As diárias para a realização do procedimento estão pré-definidas na tabela de preços, mas é possível obter remuneração:
  - Pelo tempo de permanência adicional que o paciente ficou internado, quando este período é justificado, o que é chamado de Diária Complementar;
  - Pela permanência do acompanhante junto ao paciente, o que é chamado de Diária de Acompanhante;
  - Pela utilização de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), chamada de Diária em UTI.

Insumo:

- Os insumos de alto custo são remunerados adicionalmente aos procedimentos, sendo os principais (mais comuns):
  - OPME (Órtese, Prótese e Material Especial);
  - Medicamento de Alto Custo;
  - Hemocomponentes (ou hemoderivados).

Modelo GFACH

B.3.1.4 Pontos de Venda dos Produtos Hospitalares

Pontos de Venda Origem da Receita		Internação Hospital-Dia	Pronto Socorro	Ambulatório	SADT
Unidade de Internação	Convencional	X			
	Semi Intensiva	X			
	Intensiva	X			
Bloco Cirúrgico	Centro Cirúrgico	X			
	RPA	X			
Ambulatório e Pronto Socorro	Consultório		X	X	
	Sala para Procedimento	X	X	X	
	Sala para Observação / Repouso		X	X	
SADT	Sala para Procedimento	X	X	X	X
	Área Técnica	X	X	X	X

Partindo dos produtos hospitalares discutidos, é fácil concluir quais são os pontos de venda destes produtos, que são as áreas hospitalares que a gestão comercial deve conhecer bem e estreitar relacionamento, uma vez que se constituem na origem da receita.

Unidades de Internação:

- As unidades convencionais, semi intensivas e de terapia intensiva;
- Da atividade realizada nestas unidades originam quase todos os tipos de produto;
- E como veremos, na saúde suplementar o fator hotelaria não influencia apenas o preço das diárias, mas também o dos procedimentos médicos.

Bloco Cirúrgico:

- Local onde são originados os produtos de maior valor absoluto;
- Uma hora de permanência do paciente no centro cirúrgico pode originar mais receita do que todo o restante do período de internação do paciente.

Ambulatório e Pronto Socorro:

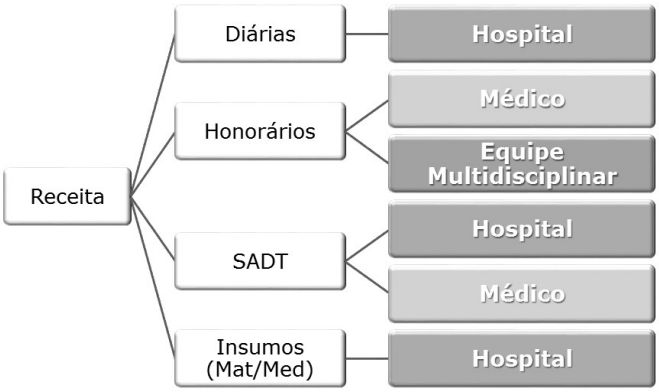
- Como analisado previamente, são unidades que cuja atividade, quando analisada isoladamente, não representam grande fonte de lucro;
- Mas geral são origem de quase todos os tipos de produto.

SADT:

- Produto hospitalar presente em todos os tipos de atendimento.

Modelo GFACH

B.3.1.5 Destino da Receita Hospitalar



O maior desafio da gestão comercial é maximizar e gerir receita cujo destino não é exclusivamente do hospital. Tanto na saúde suplementar quanto no SUS, de uma forma ou de outra, parte das receitas obtidas são do hospital, mas parte delas apenas transitam (passam) pelo hospital para chegar ao médico ou profissional multidisciplinar.

Diárias:

- Seja no SUS ou na saúde suplementar, o que é obtido é receita hospitalar pura;
- Na prática é a base para o custeio das despesas fixas.

Honorários:

- Os honorários cobrados diretamente na saúde suplementar, ou indiretamente nos procedimentos dos SUS, geralmente se constituem em receita que será destinada aos profissionais multidisciplinares;
- O honorário médico, por exemplo:
- Na saúde suplementar, dependendo do tipo de atendimento é totalmente repassado ao médico, ou a maior parte dele se refere ao comissionamento do médico;
- No SUS pode compor a remuneração variável (de produtividade) do médico.

Modelo GFACH

SADT:

- Na saúde suplementar os hospitais costumam compartilhar a receita com os médicos da área;
- No SUS a prática é o hospital reter totalmente a receita, mas não é raro que parte da receita componha a remuneração variável dos médicos do serviço.

Insumos:

- Como regra básica é receita exclusiva do hospital;
- É a base para o custeio das despesas variáveis de aquisição dos insumos junto aos fornecedores.

Pelo exposto é possível concluir que R$ 1,00 que entra na conta do hospital pode significar R$ 1,00 de receita operacional, ou R 0,00 dependendo do que se refere.

Esta característica é fundamental para que o gestor comercial negocie os contratos com os provedores – ter discernimento para avaliar o impacto das negociações de preços de cada tipo de produto no negócio hospitalar, e no relacionamento com seus parceiros (médicos e outros profissionais multidisciplinares).

Modelo GFACH

B.3.2 Gestão dos Preços Hospitalares

Uma vez bem definido o produto hospitalar, a gestão comercial pode dar foco na gestão dos preços, que no Brasil, na saúde suplementar, assumiu a mais insana forma entre todas as conhecidas em qualquer atividade econômica de qualquer lugar do mundo.

Embora o SUS remunere mal (baixo preço) as regras de formação de preços são bem definidas e únicas, podendo serem geridas até por profissionais de baixa especialização, que por sinal é a realidade na maioria dos hospitais públicos e benemerentes brasileiros.

Na saúde suplementar o cenário é diferente: as regras não são únicas, são complexas e de difícil gestão até por parte de experientes profissionais, uma vez que são mutantes e só servem coo referência, uma vez que o que vale 'é o que está no contrato'.

B.3.2.1 Modelo de Remuneração dos Provedores

O modelo de remuneração praticado no SUS difere substancialmente em relação ao modelo praticado na saúde suplementar. Dentro da saúde suplementar, mesmo com tipos de provedores diferentes, o modelo de remuneração é o mesmo.

Tipo de Provedor	Tipo de Remuneração	O que remunera
SUS	Básica	Procedimento
	Complementar	Diária Complementar / Acompanhante / UTI Material de Alto Custo Medicamento de Alto Custo
Saúde Suplementar	Básica	Diárias Honorários Médicos Taxas Hospitalares (salas / administrativas / margem) Taxas de Uso de Equipamentos Taxas de Enfermagem Taxas de Profissionais Multidisciplinares Gases Nutrição Exames Medicamentos Materiais

No SUS o modelo de remuneração se baseia no procedimento:

- Um preço básico é definido para a realização do procedimento, incluindo tudo o que é necessário para a sua realização dentro de padrões pré-definidos em relação à média histórica;
- Fica fora deste preço (é cobrado a parte) o que é de alto custo (OPME e Medicamento) e a eventual necessidade específica do paciente (intercorrências) em ficar mais tempo internado, fazer uso da UTI, etc.

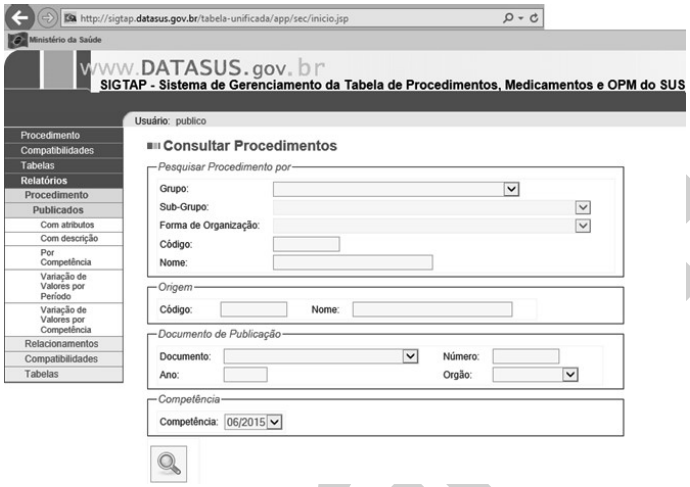
Na saúde suplementar a lógica é cobrar detalhadamente pelo que foi utilizado no atendimento:

- Diárias;
- Honorários Médicos;
- Taxas Hospitalares:
- Uso de Sala;
- Administrativa;
- Margem de Comercialização sobre materiais e medicamentos;
- Taxa de Uso de Equipamentos;
- Taxas de Enfermagem;
- Taxas de Profissionais Multidisciplinares;
- Gases Medicinais;
- Nutrição;
- Exames Diagnósticos;
- Terapias;
- Medicamentos;
- Materiais.

Se o sentido de uma tabela de preços é tabelar os preços, o modelo do SUS é mais justo, porque o preço realmente é tabelado para todos, mas a tabela não trata as imensas diferenças que existem entre os serviços de saúde e as particularidades de realizar procedimentos em pacientes de quadro demográfico e clínico diferentes. No sentido de se aproximar da realidade do custo da assistência as tabelas da saúde suplementar são mais justas. E sob o ponto de vista de atualização de preços, o sistema SUS está defasado a ponto de inviabilizar a sustentabilidade da maioria dos hospitais públicos que dependem apenas dele, diferente do que acontece na saúde suplementar onde alguns preços são reajustados automaticamente e outros negociados, possibilitando que os hospitais mantenham a margem de lucro que garante a sua existência.

Modelo GFACH

B.3.2.1.1 SUS (FAEC – MAC – MUT – PAB)



As regras do SUS estão disponíveis para consulta livre e irrestrita na internet (web site www.datasus.gov.br), que possibilita a execução de filtros, geração de relatórios e planilhas que permitem total visibilidade dos hospitais – sob o ponto de vista prático e operacional não existe qualquer tipo de impedimento para gestão de preços SUS por parte dos hospitais.

Procedimento	**0408050063 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO**
Descrição	**PROCEDIMENTO DE SUBSTITUIÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, BIOLÓGICA, POR COMPONENTES ARTICULARES INORGÂNICOS METÁLICOS OU DE POLIETILENO. ADMITE USO DE CIMENTAÇÃO.**
Origem	**H.39022145**
Complexidade	**AC - Alta Complexidade**
Modalidade	**02 - Hospitalar**
Instrumento de Registro	**03 - AIH (Proc. Principal)**
Tipo de Financiamento	**06 - Média e Alta Complexidade (MAC)**
Valor Ambulatorial SA	**0.00**
Valor Ambulatorial Total	**0.00**
Valor Hospitalar SP	**234.92**
Valor Hospitalar SH	**919.92**
Valor Hospitalar Total	**1154.84**
Atributo Complementar	**001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior, 006 - CNRAC, 031 - Cirurgias Eletivas - Componente II**
Sexo	**Ambos**
Idade Mínima	**16 Ano(s)**
Idade Máxima	**130 Ano(s)**
Quantidade Máxima	**2**
Media Permanência	**4**
Pontos	**300**
Tipo de Documento	**PORTARIA**
Numero do Documento	**1069**
Data do Documento	**14/10/2014**
Tipo de Orgão de Origem	**SAS**
Tipo de Publicação	**Publicado**
Data Inicio de Vigência	**11/2014**
Data Termino de Vigência	**/**
Especialidade do Leito	**01 - Cirúrgico**
CBO	**225270**
CID	**M058, M059, M060, M061, M064, M068, M069, M071, M080, M083, M088, M089, M100, M101, M102, M103, M104, M109, M110, M111, M112, M118, M119, M122, M130, M131, M138, M139, M141, M142, M146, M170, M171, M172, M173, M174, M175, M179, M190, M191, M192, M210, M211, M235, M241, M242, M246, M256, M870, M871, M872, M873, M878, M879, S724, T841, T842, T843, T844, T848, T849, T871, T931, T932, T933.**
Habilitação	**2501 - Unidade de atenção especializada em traumato-ortopedia, 2502 - Centro de referência de alta complexidade em traumato-ortopedia**
Renases	**133**

Ao selecionar um procedimento específico, absolutamente todas as regras do SUS necessárias para a gestão de preços e faturamento estão disponíveis de forma clara, por exemplo:

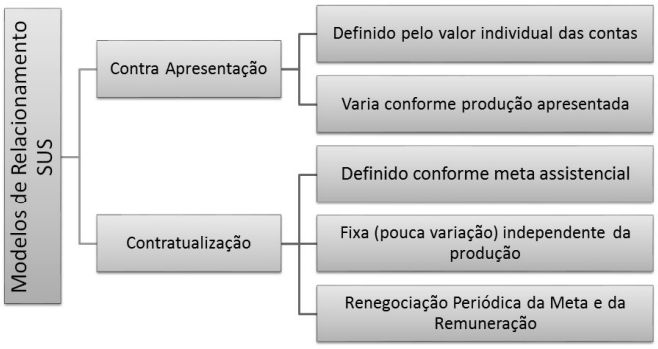
- Preço;
- Em que tipo de atendimento se aplica;
- Valor do procedimento (parcela hospitalar e honorários médicos);
- CIDs compatíveis;
- OPMEs compatíveis;
- Tipo de Profissional que pode realizar.

Tipo de Financiamento	Significado	Aplicação
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações	Internações e Atendimentos Ambulatoriais de Rotina
MAC	Média e Alta Complexidade	Internações e Atendimentos Ambulatoriais de Rotina
MUT	Mutirão	Internações e Atendimentos Ambulatoriais Específicos – Priorizados pelo Sistema de Saúde
PAB	Programa de Atenção Básica	Atendimentos Ambulatoriais de Baixa Complexidade

Uma possível alegação de exceção à regra de preços do SUS relaciona-se com o preço definido pelo SUS dependendo do tipo de financiamento – o preço de um mesmo procedimento pode variar dependendo do tipo de financiamento que o está remunerando:

- FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensações:
  - Procedimentos considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde;
  - Pode ocorrer tanto para internações quanto para atendimentos ambulatoriais;
- MAC – Média e Alta Complexidade:
  - Financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade;
  - Pode ocorrer tanto para internações quanto para atendimentos ambulatoriais;
- MUT – Mutirão:
  - São ações específicas e pontuais, definidas pelo Sistema de Saúde Público, que prioriza procedimentos para atender necessidades emergenciais ou cuja demanda está reprimida;
  - Nas ações de mutirão o preço pago pelo SUS costuma ser maior que o pago pelo mesmo procedimento enquadrado em FAEC ou MAC;
- PAB – Programa de Atenção Básica:
  - Financiamento dos procedimentos de baixa complexidade;
  - Este financiamento só ocorre nos atendimentos ambulatoriais.

Modelo GFACH



Dada a complexidade da apresentação das contas, interesses políticos e falta de controle do orçamento do sistema SUS, tem sido tendência o que se chama de 'contratualização':

- Na sistemática normal de remuneração do SUS ('Contra Apresentação'), os hospitais vão atendendo seus pacientes e apresentando suas contas ao SUS para ressarcimento das despesas;
- Na 'contratualização' o SUS define uma meta assistencial para o hospital cumprir, e uma verba para que ele viabilize a operação.

Na teoria o sistema fica mais simples, mas a 'contratualização' origina problemas para os hospitais:

- A definição das metas e repasse é um ato político, e como qualquer evento político está sujeito aos interesses político-partidários, que geralmente não se relacionam com as demandas da saúde da população;
- De qualquer forma, para poder rediscutir as metas e repasse, é necessário a apuração da produção do hospital, e para isso as contas devem continuar a serem geradas da mesma forma como ocorre na sistemática normal ('Contra Apresentação'), ou seja, não reduz o impacto administrativo.

Na teoria o que também seria vantagem é a previsibilidade da receita – o hospital passa a ter receita fixa garantida, e com isso consegue honrar suas despesas fixas, mas na prática do sistema normal o hospital também tem receita fixa, uma vez que sua produção é sempre maior do que o repasse que o SUS realiza, pela limitação de verba que sua frágil estrutura de planejamento lhe confere.

Modelo GFACH

B.3.2.1.2 Saúde Suplementar

Na saúde suplementar, ao contrário do SUS, desde que não haja alguma lei ou regulamentação da ANS, o que vale na relação entre o hospital e a operadora de planos de saúde é o que está no contrato.

O contrato pode definir regras específicas para cada plano da operadora de planos de saúde. Como na relação o hospital se posiciona como fornecedor, o contrato geralmente costuma ser o do 'cliente operadora', ou seja, é pouco comum observar um hospital em que a maioria dos contratos tenham um mesmo modelo. Apesar das operadoras utilizarem modelos diferentes, a maioria deles observa a mesma estrutura.

Disposições Operacionais:

- Descreve cláusulas básicas do relacionamento comercial entre as partes;
- Regras de atendimento – por exemplo: necessidade de apresentar carteira de beneficiário, canais de comunicação;
- Regras de autorizações – por exemplo: dinâmica de obtenção de senhas de internação, de prorrogação da internação;
- Regras de faturamento – por exemplo: tempo para envio das contas, tipos de contas;
- Regras de auditoria – por exemplo: cronograma de auditoria, regras para tratamento de glosas em contas;
- Regras de recebimento – por exemplo: prazo para a quitação das contas, prazo para quitação de recursos;
- Particularidades operacionais – por exemplo: penalidades, avaliações.

Modelo GFACH

Coberturas:

- Locais e horários de atendimento;
- Tipos de atendimento;
- Especialidades credenciadas;
- Procedimentos credenciados;
- É importante ressaltar que o fato do hospital estar credenciado na operadora, não significa que tudo o que o hospital faz está credenciado. O contrato define, entre tudo o que o hospital faz, aquilo que a operadora credencia, e esta indicação pode ser por tipo de atendimento e/ou plano a plano – por exemplo:
  - Está credenciado para internação clínica em todos os planos, mas internação cirúrgica apenas para o plano X;
  - Está credenciado para tomografia apenas para pacientes internados e não para outros tipos de atendimento, exceto no plano Z onde a tomografia está credenciada para todos os tipos de atendimento.

Preços:

- Tabelas de Preços;
- Particularidades – por exemplo: deflatores ou multiplicadores;
- É importante ressaltar que não basta definir a tabela preços:
  - A negociação pode definir que para exames em pacientes internados vale a tabela X cheia, mas para atendimentos ambulatoriais a tabela tem desconto de 10 % para exames laboratoriais.
  - E isso também pode ser negociado plano a plano.

Modelo GFACH

A prática na saúde suplementar no Brasil é de utilizar 6 parâmetros de preços, com várias tabelas de preços.

Diárias e Taxas Hospitalares:

- Define preços dos itens básicos da hotelaria hospitalar, e tudo o que não consta nas demais tabelas:
  - Diárias: enfermaria, apartamento, suíte, semi intensiva, uti, etc.;
  - Taxas de Uso de Salas: sala cirúrgica, sala de gesso, sala de procedimento ambulatorial, repouso, sala de observação, etc.;
  - Taxas Hospitalares: administrativa, margem sobre materiais, margem sobre medicamentos, etc.;
  - Taxas de Procedimentos Multiprofissionais: enfermagem, fisioterapia, nutrição, etc.;
  - Taxas de Uso de Equipamentos: monitor de pressão, monitor cardíaco; bisturi, etc.;
  - Taxas de Nutrição: enteral, parenteral, para acompanhantes etc.;
  - Taxas de Gases: oxigênio, vácuo, ar comprimido, etc.;
- Geralmente uma Tabela Própria do Hospital, objeto de negociação de desconto geral, ou por partes.

Honorários Médicos;

- Define especificamente o preço dos honorários médicos;
- Geralmente uma Tabela AMB (atual CBHPM – antigas AMB), mas em determinados casos pode ser a tabela de uma associação de empresas ou cooperativa.

SADT:

- Define especificamente o preço dos exames e dos procedimentos diagnósticos;
- Geralmente uma Tabela AMB (atual CBHPM – antigas AMB), mas em determinados casos pode ser a tabela de uma associação de empresas ou cooperativa.

Medicamentos:

- Define especificamente o preço dos medicamentos;
- Praticamente 100 % dos hospitais utilizam a Tabela Brasindice.

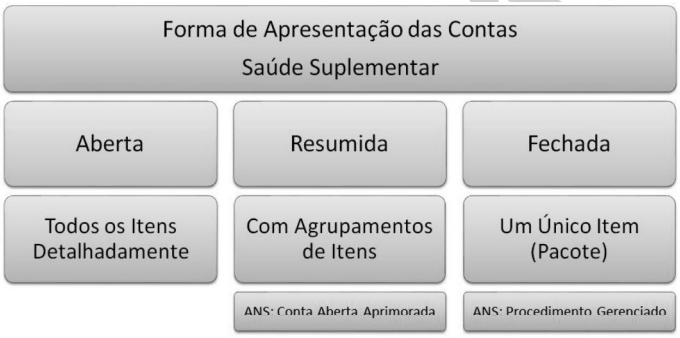
Modelo GFACH

Materiais:

- Define especificamente o preço dos materiais de baixo custo;
- A prática mais comum é utilizar a Tabela Simpro.

OPME:

- Define especificamente o preço do OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), que na prática são os materiais de alto custo;
- Há uma grande variação nas práticas de mercado:
  - Pode ser a Tabela Simpro;
  - Pode ser uma tabela negociada previamente entre hospital e operadora;
  - Ou o preço pode ser definido como sendo o menor valor, caso a caso, de 3 cotações apresentadas pelo hospital à operadora.



Além da definição dos preços individuais dos itens, observado em detalhes nas contas chamadas 'Abertas', outros preços podem ser definidos:

- Pode haver negociação de grupos de itens, de modo que ao invés da conta ser apresentada com todos os itens individualmente, haja agrupamento de itens. Este tipo de conta é chamado de 'Resumida' (ou pela ANS como Conta Aberta Aprimorada), e existe a definição do preço para cada agrupamento de itens;
- Pode haver negociação para um preço total para determinados procedimentos. Este tipo de conta é chamado de 'Fechada' ou 'Pacote' (ou pela ANS como Procedimento Gerenciado).

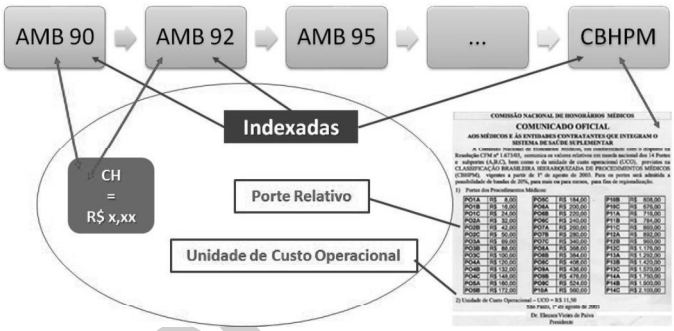
A combinação de todas estas variáveis de preços e coberturas faz com que o pactuado para um plano de uma operadora seja diferente do pactuado para todos os demais planos de todas as operadoras, inclusive os da própria operadora.

B.3.2.2 Tabelas de Preços na Saúde Suplementar

As tabelas de preços utilizadas na saúde suplementar 'são um capítulo à parte' na insanidade da estruturação do financiamento do sistema.

Várias tabelas que definem preços e quase nenhuma delas é aplicada integralmente, modificadas por negociações bilaterais ou imposições unilaterais da parte mais forte da relação comercial – caso a caso. Diferente do SUS que tem uma única tabela, a relação comercial hospital – operadora sempre é definida por no mínimo 3.

B.3.2.2.1 Tabela da AMB: CBHPM



A Tabela de Honorários Médicos da AMB (Associação Médica Brasileira) é a mais importante entre todas as tabelas utilizadas na saúde suplementar, porque além de definir o preço dos honorários médicos, define preços de exames e terapias, e influencia preços de outros itens da conta hospitalar.

A primeira tabela publicada pela AMB foi em 1990 (chamada AMB-90), em uma época em que o Brasil experimentava índices de inflação gigantescos. Neste cenário ela seguiu uma prática muito comum na época em vários segmentos de mercado: definir um parâmetro de referência que multiplicado por um fator definia o preço em moeda corrente. Os taxis, por exemplo, utilizavam o mesmo recurso: o taxímetro valorizava a corrida em 'unidades taximétricas' e a prefeitura definia o valor da unidade mensalmente.

Modelo GFACH

O indexador da Tabela AMB 90 era chamado de CH (coeficiente de honorários), que é utilizado até os dias de hoje nos contratos que ainda têm como base de preços as antigas tabelas da AMB.

As novas tabelas AMB são chamadas CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) têm estrutura similar:

- Os procedimentos são classificados por porte, que é uma relação entre eles (porte relativo);
- O valor dos tipos de porte é definido anualmente;
- E é acrescido ao valor do porte relativo um outro valor calculado que representa o custo operacional para a realização do procedimento.

Na teoria o porte deveria remunerar o profissional médico, e o custo operacional a instituição (hospital, laboratório, etc.) mas a prática define caso a caso o destino destas receitas.

A figura ilustra a estrutura básica da Tabela CBHPM.

Código e Descrição do Procedimento:

- Descrevem todos os procedimentos, de acordo com uma hierarquia que representa especialidades e subespecialidades;
- São a base da padronização TUSS que é utilizada como referência para contratos e troca de informações na saúde suplementar.

Porte e Custo Operacional:

- São os parâmetros utilizados para o cálculo do preço do procedimento;
- O porte é o peso relativo do procedimento em relação ao demais.

Nº de Auxiliares:

- Define o número máximo de auxiliares que podem ser cobrados no procedimento.

Porte Anestésico:

- Define o preço do procedimento anestésico;
- Este porte também é utilizado para definir a taxa de sala cirúrgica, que geralmente é cobrada por cirurgia de pequeno porte, médio porte, grande porte e porte especial.

Filme:

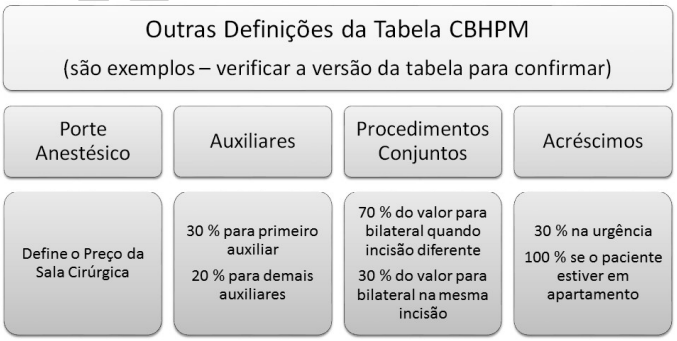
- Os exames de imagem utilizam a metragem de filme definida como acréscimo ao valor calculado a partir do porte e custo operacional;
- O preço do m² de filme geralmente é o definido pelo Congresso Brasileiro de Radiologia.

Incidências:

- Especialmente para os exames de Raios-X a tabela de fine o máximo de incidências admitida para cada exame.

Unidade de Radiofármaco:

- Especialmente para os exames de Medicina Nuclear, a tabela define o valor máximo de radiofármaco utilizado;
- O preço do Radiofármaco geralmente é definido pelo Congresso Brasileiro de Radiologia.



Modelo GFACH

Mas, além dos preços, na parte introdutória da Tabela CBHPM são formalizadas outras definições que afetam de forma significativa os preços dos procedimentos médicos, por exemplo:

- O valor dos honorários dos médicos auxiliares no procedimento;
- O valor dos honorários no caso de procedimentos conjuntos;
- O acréscimo do preço no caso de procedimento em horário de urgência, ou quando o paciente é internado em apartamento.

Grupo	Sub Grupo	Item
Cardiologia	Cirurgia Valvar	Procedimento A
Cardiologia	Cirurgia Valvar	Procedimento B
Cardiologia	Hemodinâmica	Procedimento X
Cardiologia	Hemodinâmica	Procedimento Y
Radiologia Geral	Ombro	RX Ombro 1 inc
Radiologia Geral	Ombro	RX Ombro 2 inc
Radiologia Geral	Mão	RX Crânio Frente
Radiologia Geral	Mão	RX Crânio Perfil

Deflator 10%

Acréscimo 5%

Negociação

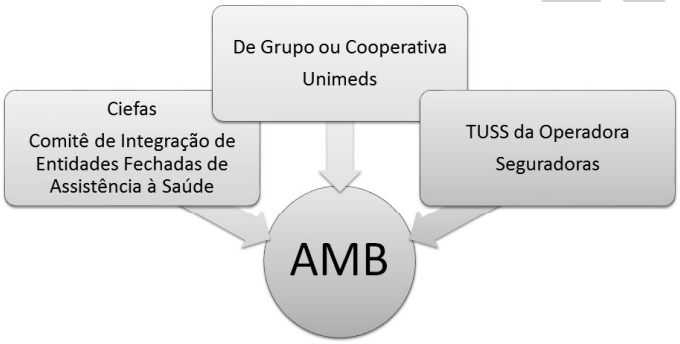
A negociação entre o hospital e a operadora geralmente não é geral:

- Pode contemplar apenas uma parte dos itens da tabela;
- Em alguns grupos pode ser definido um deflator
- Em alguns grupos pode ser definido um acréscimo.

THM 1990	THM 1992	LPM 1996	LPM 1999	CBHPM 3 edição	CBHPM 4 edição	CBHPM 5 edição	Código TUSS	Descrição TUSS
00010014	00010014	00010014	00010014	10101012	10101012	10101012	10101012	Em consultório (no horário normal ou
00010022				10101020	10101020	10101020	10101020	Em domicílio
			00010065	10101039	10101039	10101039	10101039	Em pronto socorro
00020010	00020010	00020010	00020010	10102019	10102019	10102019	10102019	Visita hospitalar (paciente internado)
00030015	00030015	00030015	00030015	10103015	10103015	10103015	10103015	Atendimento ao recém-nascido em berçário
00030031	00030031	00030031	00030031	10103023	10103023	10103023	10103023	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de baixo risco)
00030023				10103023	10103023	10103023	10103023	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de baixo risco)
		14010062	14010062	10104011	10104011	10104011	10104011	Atendimento do intensivista diarista (por dia e por
00040010	00040010	14010011	14010011	10104020	10104020	10104020	10104020	Atendimento médico do intensivista em UTI geral ou pediátrica (plantão de 12 horas - por paciente)
00040029	00040029	14010020	14010020	10104020	10104020	10104020	10104020	Atendimento médico do intensivista em UTI geral ou pediátrica (plantão de 12 horas - por paciente)
51030217	51030217	51030217	51030217	30502187	30502187	30502187	30502187	Ressecção de tumor benigno
41100018	41100018	41100018	41100018	30502195	30502195	30502195	30502195	Seios paranasais - biópsia qualquer via
51040107	51040107	51040107	51040107	30502233	30502233	30502233	30502233	Sinusectomia maxilar - via oral (Caldwell-Luc)
51040115	51040115	51040115	51040115	30502241	30502241	30502241	30502241	Sinusectomia transmaxilar (Ermiro de Lima)
51040050	51040050	51040050	51040050	30502250	30502250	30502250	30502250	Sinusotomia esfenoidal
52190013	52190013	52190013	52190013	30714010	30714010	30714010	30714010	Corpo estranho intra-articular - tratamento
52190030	52190030	52190030	52190030	30714028	30714028	30714028	30714028	Corpo estranho intra-ósseo - tratamento cirúrgico
				30714044	30714036	30714036	30714036	Corpo estranho intramuscular - tratamento
52190021	52190021	52190021	52190021	30714036	30714036	30714036	30714036	Corpo estranho intramuscular - tratamento
49030094	49030094			30715016	30715016	30715016	30715016	Artrodese da coluna c/ instrumentação por
		49030361	49030361	30715016	30715016	30715016	30715016	Artrodese da coluna c/ instrumentação por
		49030370	49030370	30715016	30715016	30715016	30715016	Artrodese da coluna c/ instrumentação por
52010015	52010015	52010015	52010015	30715016	30715016	30715016	30715016	Artrodese da coluna c/ instrumentação por
		49030329	49030329	30715024	30715024	30715024	30715024	Artrodese de coluna via anterior ou póstero lateral - tratamento cirúrgico
		49030337	49030337	30715024	30715024	30715024	30715024	Artrodese de coluna via anterior ou póstero lateral - tratamento cirúrgico
52010023	52010023	52010023	52010023	30715024	30715024	30715024	30715024	Artrodese de coluna via anterior ou póstero lateral - tratamento cirúrgico
52010058	52010058	52010058	52010058	30715032	30715032	30715032	30715032	Biópsia da coluna
52010040	52010040	52010040	52010040	30715040	30715040	30715040	30715040	Biópsia de corpo vertebral com agulha

No próprio web site da ANS é possível baixar uma planilha com referência de códigos entre as tabelas AMB antigas e as novas, o que pode ser muito útil no caso de contratos antigos baseados nas tabelas antigas, onde um novo procedimento que só consta na tabela nova pode vir a ocorrer.

Este relacionamento é bem complexo porque ao longo dos anos, na evolução de uma tabela para outra, alguns procedimentos foram desmembrados, e alguns foram fundidos, ou seja, a relação não é 1 para 1 – é N para N.



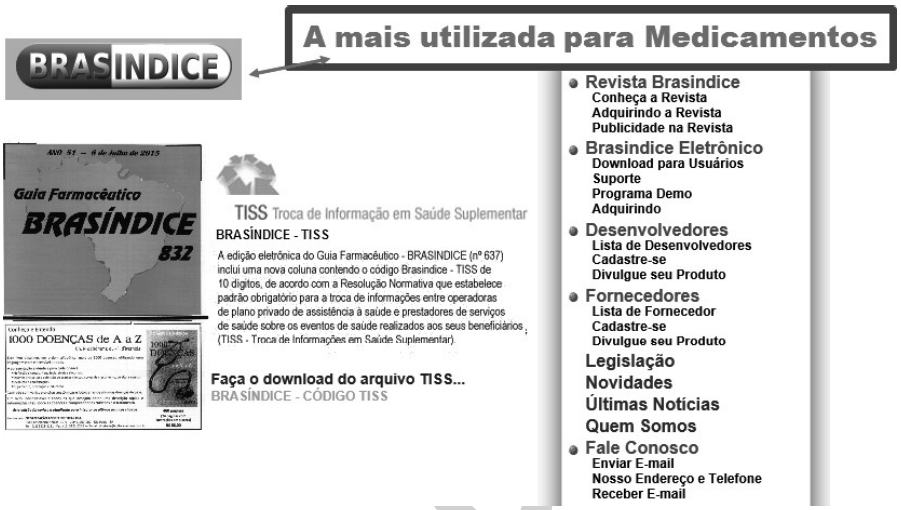
Existem cenários em que outras tabelas de honorários são utilizadas como referência:

- Um grupo de empresas que se intitulam 'Entidades Fechadas de Assistência à Saúde', teoricamente formado pelas empresas de auto-gestão vinculadas às empresas públicas, utiliza uma tabela própria chamada CIEFAS;
- Algumas cooperativas, especialmente do sistema Unimed, utilizam uma tabela própria;
- E algumas seguradoras utilizam tabelas próprias, que foram apelidadas de TUSS da Operadora.

Todas elas na verdade têm como base a CBHPM, porém definindo um preço diferente.

Modelo GFACH

B.3.2.2.2 Tabela Brasíndice

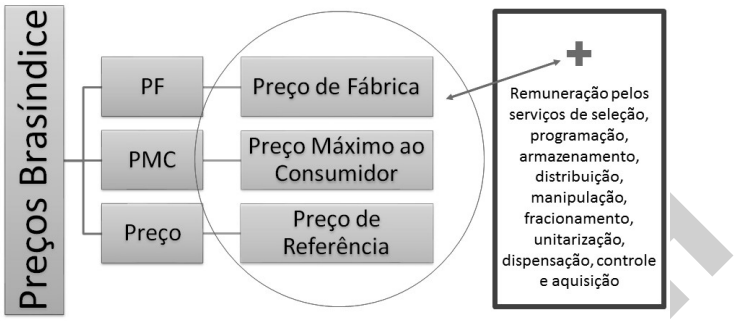


O Guia Farmacêutico Brasíndice, editado pela Editora Andrei, é a tabela de referência de preços de medicamentos mais utilizada no Brasil. Ela é atualizada sistematicamente e através da aquisição de uma assinatura o hospital pode receber da editora a versão atualizadas e/ou as atualizações em diversos formatos: guia em papel e/ou arquivo eletrônico e/ou aplicativo para consulta em tempo real.

O guia, além dos preços, publica:

- As informações recentes mais importantes a respeito de medicamentos, como novas normas e regulamentações;
- A tabela atualizada de códigos TISS dos medicamentos;
- Informações sobre incidência de tributos sobre preços de medicamentos;
- O código ANVISA dos medicamentos.

Modelo GFACH



Na tabela, dependendo do tipo de medicamento, podem haver 1 ou 2 dos tipos de preços:

- PF – Preço de Fábrica:
  - Preço máximo que o fabricante pode vender;
  - Na teoria é o preço que o hospital paga pelo medicamento ao fornecedor;
- PMC – Preço Máximo ao Consumidor:
  - Preço máximo que o consumidor final deve pagar;
  - Na teoria é o preço que o hospital vai apresentar nas contas hospitalares;
- Preço:
  - Alguns medicamentos, especialmente os utilizados em exames, as dietas especiais e outros, apresentam um único preço porque não têm regulação (ou intervenção) direta do governo;
  - Nestes casos o preço equivale ao conceito do PMC.

Mas no preço final o hospital pode acrescentar um percentual que corresponde a 'remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição'. Este nome extenso definido em norma na ANS na verdade é o que sempre foi chamado de 'margem de comercialização', e se refere ao fato do hospital não poder vender um medicamento pelo mesmo preço da farmácia, uma vez que a farmácia apenas vende o produto, e o hospital ministra no paciente.

Na negociação entre hospital e operadora não basta apenas definir a Tabela Brasíndice como base:

- É necessário definir qual o preço base (PF ou PMC)
- E é necessário definir também o % de margem de comercialização.

Modelo GFACH

B.3.2.2.3 Tabela SIMPRO

O Guia SIMPRO, editado pela SIMPRO Publicações e Telecomunicações, é a tabela de preços de materiais mais utilizada no mercado. Similar ao Brasíndice, o hospital adquire uma assinatura e pode receber a versão atualizada e as atualizações em diversas versões: guia impresso, arquivo eletrônico e/ou aplicativo para consulta em tempo real.

O guia, além dos preços, publica:

- As informações recentes mais importantes a respeito de materiais e medicamentos, como novas normas e regulamentações;
- O código ANVISA dos produtos.

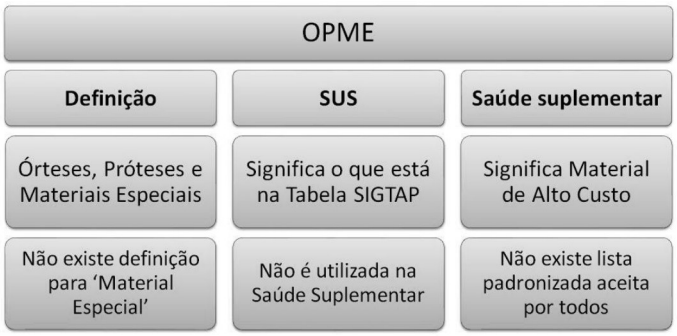
Similar ao praticado nos medicamentos, no preço final o hospital acrescenta um percentual a título de 'remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição' – a margem de comercialização.

Na negociação entre hospital e operadora não basta apenas definir a Tabela SIMPRO como base:

- É necessário definir os grupos de materiais, especialmente se OPME está incluso ou não na referência de preços da tabela;
- E é necessário definir também o % de margem de comercialização;
- E se OPME estiver incluso, se a margem de comercialização dele é a mesma dos outros materiais da tabela.

Modelo GFACH

B.3.2.2.4 OPME



Um dos pontos de grande atenção da gestão comercial, OPME originalmente eram as Órteses, Próteses e Materiais Especiais que o SUS definiu como necessário pagar à parte do valor dos procedimentos.

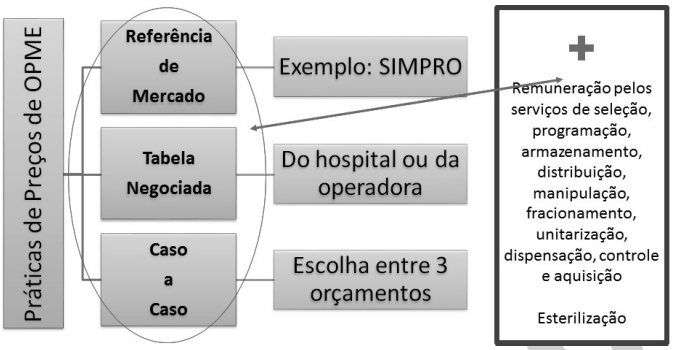
A necessidade do SUS se refere ao fato de que o valor do procedimento é muito baixo e não compensava a aquisição deste tipo de material, então inseriu no SIGTAP uma lista de materiais que remunera separadamente do procedimento.

No SUS OPME está bem definido, embora haja um viés:

- Está bem definido o que é OPME – é o que está na tabela SIGTAP;
- Está bem definido quando pode ser utilizado – a própria tabela SIGTAP define a compatibilidade que deve existir entre o procedimento, o CID e o OPME;
- Mas é uma tabela restrita – não tem todo o OPME existente no mercado, apenas aquilo que o SUS considera necessário para o tratamento dos pacientes.

Na Saúde Suplementar utilizava-se a tabela do SUS para definir o que é OPME, mas como ela vai ficando cada vez mais desatualizada em relação ao universo de materiais utilizados, atualmente na prática OPME significa material de alto custo. Acima de determinado valor, que deve estar estabelecido em contrato, o material é enquadrado como OPME, independente do fato de ser órtese, prótese ou matéria especial, até porque nunca existiu uma definição racional do que significa 'material especial'.

Modelo GFACH 3.1



Na prática existem 3 maneiras de definição de preços para OPME:

- Adotar uma Referência de Mercado, como por exemplo a Tabela SIMPRO;
- Adotar uma Tabela Negociada, ajustada de comum acordo entre Hospital e Operadora;
- Escolher Caso a Caso, o OPME mais barato – neste caso, para cada procedimento é realizada cotação, geralmente de 3 fornecedores, e as partes escolhem a de menor valor.

Existe uma grande confusão em relação ao terceiro modo:

- Uma resolução dá ao médico o direito de ter opção de fornecedor, ou seja, o médico não é obrigado a aceitar um determinado material de um determinado fornecedor, que na teoria poderia inserir um risco ao paciente no seu procedimento;
- Mas a resolução não determina que o médico defina quais são as opções – o hospital, desde que oferte opções de fornecedores diferentes, pode definir quais são.

É de praxe a definição contratual de um % de acréscimo sobre o preço a título de manipulação deste tipo de material, que geralmente se refere àqueles que necessitam esterilização.

É notório que existe um mercado específico de fornecedores e interesses relacionados ao OPME, com exposição na mídia de casos envolvendo corrupção, e por esta razão na saúde suplementar a dinâmica de utilização de OPME é totalmente diferente do restante dos insumos: processo de autorização especial, processo de pagamento diferenciado, etc.

Modelo GFACH

B.3.2.2.5 Tabela Própria (Hospitalar)

Tudo que não é definido nas outras tabelas é definido em uma tabela chamada 'Tabela Própria', ou 'Tabela Hospitalar'. Pelo exposto nas demais tabelas é possível concluir que ela define, pelo menos:

- Diárias: enfermaria, apartamento, suíte, semi intensiva, UTI, etc.;
- Taxas de Sala: cirúrgica, repouso, observação, de procedimentos, etc.;
- Taxas de Procedimentos Multidisciplinares enfermagem, fisioterapia, nutrição, etc.;
- Taxas de Uso de Equipamentos: monitores, bisturi, microscópio, etc.;
- Taxas de Gases: oxigênio, ar comprimido, vácuo, etc.:
- Taxas Hospitalares: administrativa, margem de comercialização, etc.

Também define preços de itens de hotelaria não cobertos pelos planos de saúde como refeição para acompanhantes ou complementares à dieta, uso de internet, etc.

A tabela tem especial utilidade no caso de pacientes que pagam diretamente suas contas (pacientes particulares, que não usam plano de saúde):

- Ela deve descrever detalhadamente todos os preços, uma vez que o direito do consumidor exige que os clientes saibam antecipadamente o preço dos produtos e serviços oferecidos;
- Para não replicar os preços das demais tabelas, a prática comum de mercado é que a Tabela Hospitalar faça menção às demais, por exemplo: 'o preço dos medicamentos é definido segundo a Tabela Brasíndice, última edição, acrescido de 30 % a título de remuneração pelos serviços de ...'.

Modelo GFACH

Como boa parte dos preços desta tabela não constam nas demais, ela sempre entra na negociação com a operadora:

- Geralmente se utiliza a tabela como referência, concedendo um desconto, que pode ser geral ou variável de acordo com os grupos que ela contém;
- Na prática, quanto maior o volume de pacientes que a operadora gera para o hospital, maior o desconto concedido;
- O contrato deve formalizar também se a parte da Tabela que se refere aos procedimentos específicos está coberta no atendimento ou não.

Esta tabela também é utilizada para valorizar os itens da conta que não têm cobertura da operadora e serão cobrados a parte na conta hospitalar:

- Aquilo que é coberto entra na conta da operadora de acordo com o pactuado no contrato;
- Aquilo que não é coberto compõe uma conta específica para o paciente pagar, e nesta conta esta tabela costuma ser aplicada integralmente – sem desconto.

Com os itens que não constam nas tabelas de referência de mercado podem gerar interpretação dúbia, é fundamental que a tabela não se limite a definir os preços:

- É necessário definir a base do preço. Por exemplo:
  - Não deve apenas definir o preço da diária:
    - Deve definir o que está incluso no preço da diária (ex: equipamentos fixos da sala, material de higienização da sala, ...) e o que não está (equipamentos móveis, honorários, ...);
- É necessário descrever a referência das definições. Por exemplo:
  - Não deve simplesmente definir acréscimo em horário de urgência;
    - Deve definir qual é o horário normal, e qual é o horário definido como sendo de urgência.

Quando faz menção à outra tabela (CBHPM por exemplo), deve definir qual a versão, ou mencionar explicitamente que vale sempre a versão atual.

Modelo GFACH

B.3.3 Regulamentações e Práticas

Existe uma infinidade de leis e resoluções que se relacionam com a gestão comercial hospitalar. Especialmente na saúde suplementar existem práticas que cobrem a ausência de legislação que acabaram se tornando padrão de fato. Como na saúde suplementar tudo ocorre segundo interesses conflitantes, muitas são conflitantes entre si, inclusive algumas resoluções da própria ANS !

B.3.3.1 Definições Relevantes

Hemoterapia, Tecidos e Órgãos:

- Não se pode vender sangue, órgão, tecido, osso, glândula ou qualquer parte do corpo de um ser humano;
- Na saúde suplementar a prática para remunerar tudo que envolve uma transfusão, implante ou transplante é cobrar pelos testes de compatibilidade e serviços de preparação do componente para utilização na assistência do paciente;
- Sangue, por exemplo, cobra-se o serviço de aférese (separação dos componentes), os exames laboratoriais de compatibilidade e identificação de vírus e bactérias, e os materiais utilizados (bolsa, etiquetas, etc.);
- Os hospitais públicos geralmente firmam convênio com as instituições públicas chamadas 'banco de sangue' para pagar pelo serviço de fornecimento de sangue. O preço é compensado por uma 'verba de retribuição' caso o hospital seja um ponto de captação de doadores. Os hospitais privados costumam pagar para os bancos de sangue públicos e privados, caso a caso.

Modelo GFACH

Transplantes:

- No Brasil existe uma fila única para utilização de órgãos captados pelo sistema público, não sendo possível alguém pagar para 'furar a fila';
- Na saúde suplementar existem situações em que um doador vivo vai doar especificamente para um paciente (rim para um irmão, por exemplo). Neste caso não se configura como 'furo de fila';
- Um paciente que está na fila do SUS, ao chegar sua vez pode optar por fazer o transplante em um hospital privado – se fizer no sistema SUS o transplante é gratuito, e se optar pelo privado é quase certo que arcará com todo o custo porque a operadora vai justificar que não deve pagar por opção do paciente em não utilizar o serviço que estava gratuitamente à sua disposição.

Integração dos Sistemas SUS e Saúde Suplementar:

- Nos hospitais públicos com Porta 2, uma vez que o paciente entrou pela porta da saúde suplementar seu tratamento irá até o final por ela:
  - Não poderá ser transferido para o SUS, porque isso configuraria 'furo na fila SUS';
  - Caso o paciente não tenha recursos para pagar o tratamento, ou o hospital arcará com o prejuízo, ou o paciente será acionado judicialmente da mesma forma que ocorreria em um hospital particular;
- Quando o SUS identifica que um paciente atendido na rede SUS tem plano de saúde, apresenta a conta para a operadora com a justificativa que o paciente paga por um serviço que é realizado gratuitamente pela área pública:
  - Esta questão tem histórico controverso: as operadoras recorrem justificando que a opção é do paciente, e que a rede de atendimento estava à disposição;
- Nos dois casos a gestão comercial hospitalar deve definir instrumentos de identificação e controle dos casos, se aparelhando para os processos judiciais.

O Fato da Operadora credenciar o hospital não significa que tudo o que o hospital faz está credenciado para todos os planos:

- É comum ação do paciente contra o hospital, ou induzido por propaganda enganosa, ou por má fé, exigindo que o hospital faça atendimento não coberto pelo seu plano de saúde;
- Este fato comumente é endereçado para a área jurídica e não é raro o juiz determinar que o hospital realize o atendimento;
- A área comercial deve definir elementos nos processos de atendimento que formalizem adequadamente estes eventos, de modo a se aparelhar nas ações de resgate junto à operadora ou ao próprio paciente.

Modelo GFACH

B.3.3.2 Padronização (TUSS – TISS – Código ANVISA)

Algumas padronizações são de especial atenção da gestão comercial hospitalar.

TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar:

- É o padrão de códigos e descrição de procedimentos definido pela ANS;
- É uma padronização questionável no sentido de ser desnecessária:
  - A base desta padronização é a Tabela CBHPM, que poderia ser adotada como padrão, reduzindo a quantidade de normas e simplificando o sistema;
  - O próprio 'ROL da ANS' se baseia na CBHPM.

TISS – Troca de Informações em Saúde Suplementar:

- É o padrão de códigos e descrições, exceto de procedimentos, definido pela ANS;
- Também é uma padronização questionável no sentido de:
  - Padronizar itens que não são necessários:
    - O código ANVISA poderia ser adaptado para suprir esta necessidade. A adaptação seria simples, e eliminaria a existência de mais um padrão;
  - Padronizar o que não é padronizável:
    - Define um padrão para diária de apartamento, por exemplo, quando não existe padrão de apartamento hospitalar. Diferente do medicamento, que é aquele independente do fabricante, o apartamento de um hospital raramente é igual aos apartamentos dos demais hospitais.

Modelo GFACH

Código ANVISA:

- Medicamentos e Materiais utilizados no sistema de saúde (SUS ou Saúde Suplementar) deve ter registro na ANVISA, e este registro deve ser renovado periodicamente de acordo com as regras definidas pela Agência;
- É um padrão importantíssimo:
    - Como define o que se pode utilizar, responsabiliza administrativamente e criminalmente o hospital que se utilizada de itens sem registro;
    - Por ser um padrão de fato e bem definido, especialmente no que se refere ao OPME é utilizado no processo de autorização e pagamento;
    - Quando a gestão comercial hospitalar não está bem estabelecida os processos de aquisição e utilização falham, e a perda de receita é evidente:
        - Nem SUS nem Operadoras pagam por produtos sem registro, ou com registro vencido;
        - E a perda é irrecuperável – não é possível negociar pagamento mesmo com desconto de algo que não deveria ter sido utilizado, e existe formalização do uso do material.
- Conforme exposto, as tabelas Brasíndice e SIMPRO associam os itens ao código ANVISA, por isso a necessidade da gestão comercial hospitalar possuir assinatura para estar provido da versão mais atualizada da tabela.

Estes padrões não necessitam estar explícitos nos contratos, uma vez que são definidos em leis e resoluções.

Modelo GFACH

B.3.3.3 Consignação

É uma prática comercial muito comum, especialmente em relação ao OPME:

- Consiste em, ao invés de adquirir um item para depois vender, receber o item e pagar por ele somente quando vender:
  - Isso reduz o investimento especialmente em itens de alto custo que podem não girar;
  - E reduz a eventual perda no caso de extrapolar o prazo de validade do item, uma vez que geralmente este controle fica definido como sendo de responsabilidade do fornecedor;
- Pode ser um item chamado 'Tipo Estoque':
  - O fornecedor envia o produto que fica no estoque do hospital, e quando o hospital necessita, retira do estoque e utiliza;
  - É a prática no caso de itens de alto giro, onde utilizar o item é só uma questão de tempo, uma vez que é praticamente certo que o hospital vai utilizar – por exemplo: 'stent' em um hospital cuja especialidade é cardiologia e tem alto volume de atendimentos em hemodinâmica;
- Pode ser um item chamado 'Tipo Específico':
  - O fornecedor envia o item específico para determinado procedimento, que poderá ou não utilizar o item;
  - É a prática comum quando não vale a pena deixar em estoque algo que poderá não ser utilizado – exemplo: marca passo em um hospital especializado em ortopedia.

Modelo GFACH

Para operacionalizar a consignação:

- Hospital e fornecedor definem o rol de produtos e a base de preço, que pode ser uma tabela indexada;
- A entrada do produto no hospital se dá através de uma nota fiscal de demonstração ou simples remessa cujo valor, e os tributos correspondentes, é praticamente simbólico;
- Quando o hospital utiliza, autoriza o fornecedor a faturar definitivamente, devolvendo simbolicamente o produto (uma nota fiscal de devolução);
- O fornecedor fatura definitivamente enviando a Nota Fiscal de venda, pelo valor correto do item.

Esta prática é benéfica para todos os envolvidos:

- Para o hospital a redução de investimento em estoques;
- Para o fornecedor a fidelização do cliente e a previsibilidade da receita;
- Para o governo, em todas as etapas, os eventos fiscais são absolutamente legais, não havendo dano ao tesouro municipal, estadual ou federal, e até uma pequena antecipação de parte dos tributos.

É necessário, porém, que o hospital defina controles adequados porque para todos os efeitos o item que está sob sua guarda é de sua responsabilidade: se desaparecer, por exemplo, o fornecedor deve ser ressarcido.

E existem algumas vantagens adicionais na prática da consignação:

- Como os itens e os fornecedores são previamente definidos, o controle do código ANVISA dos itens é mais adequado por ser realizado com antecedência;
- Na saúde suplementar, se os preços estão previamente negociados entre hospital e operadora, mesmo que indexados, o processo de autorização junto à operadora fica mais simples quando o contrato prevê apresentação de 3 orçamentos caso a caso.

Modelo GFACH

B.3.3.4 Repasse

Conforme exposto, parte da receita que transita pelas contas hospitalares não é do hospital e é necessário repassar para terceiros. A operação hospitalar é bem complexa, especialmente na saúde suplementar onde os serviços de saúde estabelecem convênios entre si, uns suprindo a necessidade dos outros, e as receitas são repassadas das mais variadas formas. Parte dos hospitais, porém, operam integralmente de forma isolada.

Mas especialmente em relação aos médicos e fornecedores de OPME, o repasse é prática comum.

B.3.3.4.1 Médico

Tipo de Repasse	Repasse Fixo	Repasse Variável	Repasse Base Mista
O que é	Salário, ou Dividir um Valor Fixo aos Prestadores	Definir % do Preço como remuneração do Prestador	Pagamento Fixo com % variável sobre o resultado
Principal Vantagem	Aumento de Receita quando o movimento está acima do Ponto de Equilíbrio	Motivação do prestador em aumentar o volume de atendimentos	Motiva o prestador ao mesmo tempo que controla custos
Principal Desvantagem	Baixo comprometimento dos prestadores com o resultado	Baixo comprometimento do prestador com o custo Gestão da qualidade	Exige definição de metas em colegiado Gestão de crise entre os prestadores

Existem 3 formas básicas de repasse aos médicos. Na verdade, uma forma básica e duas evoluções que ocorreram na prática no Brasil.

<u>Repasse Fixo:</u>

- O médico é assalariado, ou uma verba fixa é dividida entre os envolvidos, ou seja, seus vencimentos são fixos independente da produção;
- É o tipo mais comum no SUS, embora não seja exclusivo;
- Como para o hospital o custo é fixo, quanto maior o movimento, e consequentemente a receita, maior sua margem de lucro;
- Esta prática, porém, geralmente se associa ao baixo comprometimento do médico em relação ao resultado operacional do hospital – como seus vencimentos são fixos, não existe motivação para aumento de produtividade.

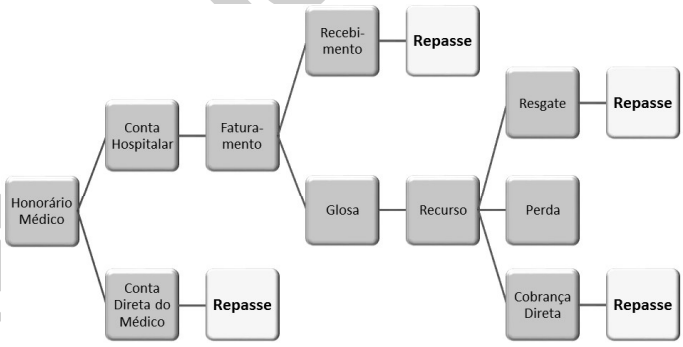
Modelo GFACH

Repasse Variável:

- É definido um % do preço dos serviços prestados como comissão a ser paga ao médico;
- Desta forma quanto maior a receita, maior o repasse ao médico, que se motiva em realizar o máximo possível de procedimentos, e desta forma tanto o médico quanto o hospital acabam tendo maior receita;
- Mas como o parâmetro é exclusivamente % sobre a receita:
  - O médico nada ganha se não produzir quando fica doente, sai de férias ou vai a u congresso;
  - O médico não se motiva a se preocupar com a qualidade e com o custo do procedimento, o que pode prejudicar o hospital no curto prazo em relação ao custo, e no médio e longo prazos em relação à perda de fidelidade dos pacientes.

Repasse Misto:

- É definido um valor fixo pequeno, e uma comissão variável sobre o resultado do serviço, que incluir a receita e a despesa;
- Isso garante um ganho mínimo ao médico, e um variável dependendo do resultado que ele gera, e não em relação à receita obtida;
- Desta forma existe um equilíbrio entre a oportunidade para o médico auferir maiores ganhos e a segurança de vencimentos mínimos, a mesmo tempo que o motiva não só a aumentar a receita, como em reduzir custos e manter a qualidade do serviço.



Modelo GFACH

A figura demonstra uma dificuldade em relação ao repasse na saúde suplementar. Como existe chance de haver glosa (não pagamento) por diversas razões, é recomendável que o repasse seja feito somente após o recebimento. Desta forma:

- Se o honorário médico não passa pela conta hospitalar, ou seja, o paciente paga os honorários diretamente ao médico, o repasse não é problema do hospital;
- Se o honorário médico passa pela conta:
    - O médico vai receber somente:
        - Após o pagamento da conta;
        - Ou após o resgate da eventual glosa;
        - Ou após a cobrança direta ao paciente se a operadora negar cobertura;
    - E nesta condição o repasse pode demorar meses para encaixar.

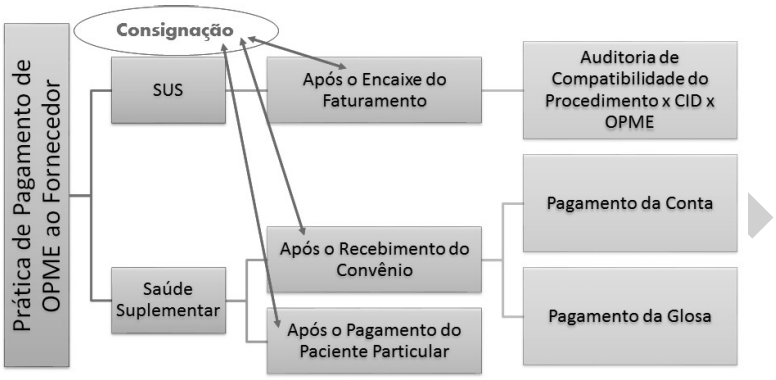
No SUS, mesmo em casos de remuneração variável (por produção ou produtividade) o repasse é realizado quando o honorário encaixa no faturamento – não costuma haver vínculo entre o recebimento da receita correspondente do SUS.

O descrito em relação ao repasse para o médico pode ser aplicado por hospitais em relação aos outros profissionais multidisciplinares:

- Se tiver uma importante área de fisioterapia, aos fisioterapeutas;
- Se tiver uma importante área de medicina esportiva, aos profissionais da área de educação física;
- E assim por diante.

Modelo GFACH

B.3.3.4.2 Fornecedor de OPME



É público e notório que existe uma anomalia no mercado, chamada por alguns de cartel do OPME, que age ilicitamente no sentido de estimular a fraude (apontar o uso de algo que não foi utilizado) e o superfaturamento (ou 'sobre preço').

Felizmente a prática demonstra que é representa uma parcela muito pequena do mercado, mas infelizmente é uma realidade que necessita de ações comerciais coercitivas.

No SUS o problema é menor (embora exista):

- Como o preço é tabelado (SIGTAP) a prática do 'sobre preço' não existe;
- Mas como a fraude pode existir, a prática é o hospital utilizar o máximo de rigor que a Tabela SIGTAP oferece:
  - Auditar a compatibilidade entre o procedimento, o CID e o OPME utilizado, e a formalização do procedimento no prontuário do paciente;
  - Liberar o pagamento do fornecedor apenas se o faturamento encaixar, ou seja, se passar pela auditoria do SUS;
- Desta forma elimina-se a possibilidade do hospital utilizar material não compatível por pressão comercial do fornecedor ao médico, e o prejuízo de utilizar um material cujo custo não será ressarcido pelo hospital.

Modelo GFACH

Na saúde suplementar:

- Utiliza-se a mesma prática do repasse médico, ou seja, pagar somente após o recebimento:
  - O recebimento da conta do particular;
  - Ou o recebimento da conta da operadora;
  - Ou o recebimento do recurso de glosa da operadora;
- Da mesma forma que o repasse médico, este pagamento pode demorar meses para encaixar, podendo gerar desconforto no relacionamento com os fornecedores, mas é justamente na saúde suplementar que existe a maior incidência de eventos ilícitos;
- Esta prática acaba tornando os fornecedores honestos verdadeiros parceiros, participando em todo o processo, especialmente no de autorização junto à operadora, para que tudo ocorra no menor tempo possível.

Estas práticas de segurar o pagamento evidentemente só são possíveis quando o hospital não faz estoque próprio de OPME:

- Se ele compra antecipadamente e faz estoque não tem como segurar o pagamento, porque ele ocorreu no momento da compra;
- É uma das razões que privilegiam o uso da consignação do OPME.

Caso faça estoque próprio, a prática é identificar os fornecedores desonestos e impedir que continuem atuando no hospital, promovendo seu descadastramento.

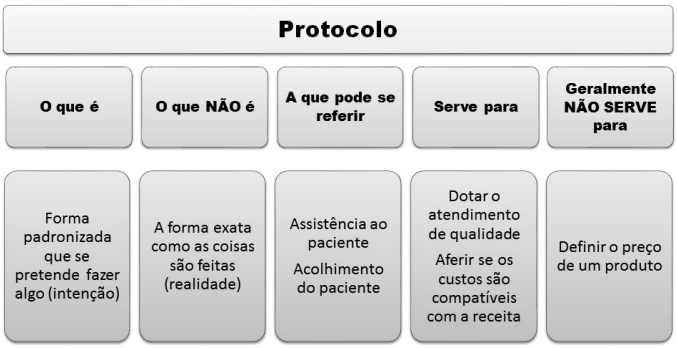
Modelo GFACH

B.3.3.5 Pacotes

Como vimos a forma de remuneração do SUS não exige detalhamento das contas: o valor definido para o procedimento inclui os insumos necessários para a sua realização, exceto alguns itens de grande variação que podem ser cobrados adicionalmente.

Na saúde suplementar os pacotes representam a similaridade em relação a esta prática do financiamento SUS, mas que está revestido de viés que permite concluir ser só do interesse da operadora de planos de saúde, fornecedores de OPME e médicos – nunca é benéfico ao hospital, muito pelo contrário na prática sempre representa perda de rentabilidade.

B.3.3.5.1 Protocolo



Para entender os pacotes é necessário primeiro entender alguns conceitos de atendimento e assistência aos pacientes: um deles é o conceito de Protocolo.

Significa uma intenção de realizar determinada atividade de forma padronizada, sempre da mesma forma. Mas isso não significa que na prática as coisas acontecerão desta forma, apenas que existe uma padronização definida para que as coisas sejam feitas de uma determinada maneira.

Pode se referir à prática assistencial, ou seja, ao procedimento médico, da enfermagem, da fisioterapia, etc., ou ao procedimento de retaguarda, ou seja, o administrativo, o das áreas técnicas, etc.

Se todos os envolvidos realizarem suas atividades exatamente como o protocolo define, o processo estará dotado de qualidade, uma vez que o conceito de qualidade está associado fundamentalmente à capacidade de realizar o processo sempre da mesma forma.

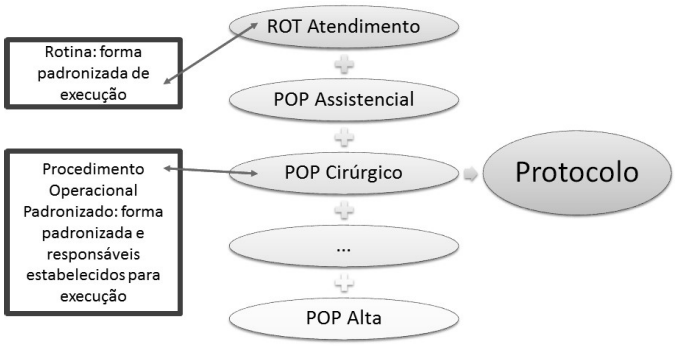
Mas o atendimento do paciente no hospital:

- Envolve uma infinidade de profissionais de formação diferentes:
  - Na área assistencial médico, enfermagem, fisioterapia, nutrição, etc.;
  - Na retaguarda engenheiros, engenheiros clínicos, farmacêuticos, etc.;
  - No acolhimento administrativos e profissionais das áreas de higiene, segurança, lavanderia, etc.;
- Não pode ser feito exatamente igual:
  - Como em uma indústria que produz o mesmo produto sempre com as mesmas peças e sempre com o mesmo processo;
  - Dependendo das características físicas do paciente, do seu quadro clínico, da sua característica emocional, e da conjugação de outras patologias à que é a do foco do atendimento, o atendimento pode ter variações muito significativas.

Isso nos permite concluir que o protocolo pode servir para balizar (ou orientar) o atendimento, mas não para definir com exatidão o custo envolvido na sua realização para consequentemente definir um preço com exatidão baseado em uma margem de lucro pré-estabelecida.

Modelo GFACH

B.3.3.5.2 Protocolo x (POPs e ROTs)



O protocolo de atendimento geralmente define um macroprocesso assistencial ou de acolhimento. Por exemplo:

- Protocolo de atendimento no Pronto Socorro para paciente com queixa de dor abdominal;
- Protocolo de internação de pacientes de convênios.

O detalhamento do protocolo costuma ser a união de diversas rotinas (ROTs) e procedimentos operacionais padronizados (POPs) definidos no sistema de qualidade, e que podem variar para o mesmo protocolo, dependendo de situações (ou parâmetros) específicos. Por exemplo, no protocolo de atendimento de paciente na unidade de internação:

- Utiliza-se a mesma rotina de admissão para todos;
- Mas utiliza-se o POP de paciente com deficiência motora ou o de paciente sem deficiência motora, dependendo do caso;
- E o processo de alta é feito sem POP pré-definido.

O exposto nos permite concluir que o Protocolo, embora padronizado e aplicado no mesmo local, pode ter variações previstas e não previstas.

Modelo GFACH

B.3.3.5.3 Pacote

Pacote é um preço fixo definido para a realização de um determinado procedimento:

- Dentro de determinada condição, o preço cobrado é fixo, sem relação com o custo de realização;
- Se o custo é menor que o preço, lucro para o hospital, caso contrário prejuízo para o hospital.

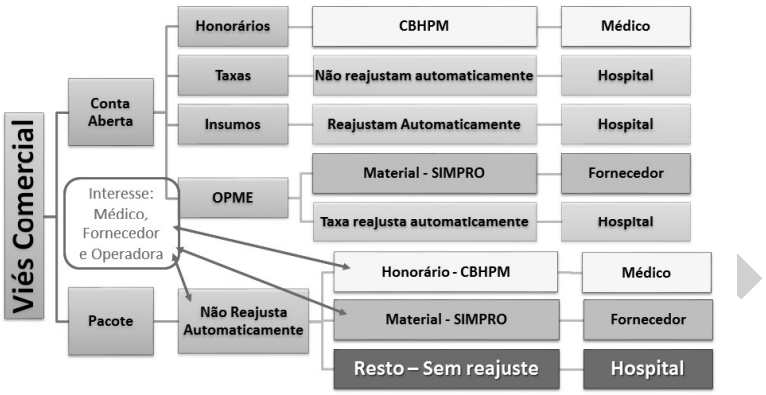
Pelo exposto até o momento, tem o viés de que os preços dos insumos são reajustados automaticamente pela atualização das tabelas de preços Brasíndice e SIMPRO, mas o preço do pacote não acompanha esta evolução.

Na prática a precificação do pacote é feita, ou com base na valorização dos protocolos associados, ou com base na análise de contas abertas retrospectivas:

- Nos dois casos existe viés:
  - O protocolo, como já visto, é uma carta de intenções e geralmente não tem relacionamento fidedigno com a realidade;
  - O histórico de contas se refere sempre a uma mescla de atendimentos diferentes, e naturalmente vai representar uma média, o que pode significar que o preço definido a partir dele vai gerar lucro e causar prejuízo dependendo da realidade caso a caso.

Para o hospital serve apenas como instrumento para simplificar o processo de faturamento, reduzir glosas e aumentar o volume de atendimento, mas geralmente não aumenta a receita – o hospital adota pacotes sempre por pressão do mercado.

Modelo GFACH



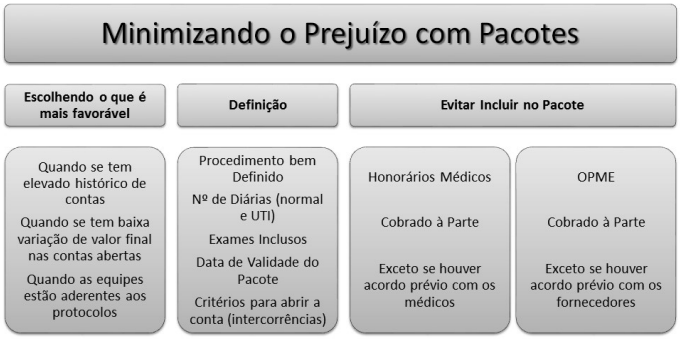
Comparando fluxo de apresentação de contas abertas com o de apresentação de contas tipo pacote:

- Nas contas abertas o hospital, o médico e o fornecedor preservam a maior parte da sua receita em relação à inflação;
- Quando se define um pacote, que é um preço total, em geral se estabelece um valor para remunerar o médico e o fornecedor com base em parâmetros iguais ao das contas abertas, e o hospital fica com o ônus da falta de reajuste de preços dos insumos, ou seja, praticamente todo o risco inflacionário que todos os envolvidos têm nas contas abertas é concentrado exclusivamente no hospital no caso de pacotes.

Desta forma concluímos que o pacote:

- Interessa para a operadora porque passa a trabalhar com preço fixo, eliminando qualquer tipo de risco na sua operação;
- Interessa para o médico e para o fornecedor de OPME que preservam os preços que originam as suas remunerações, da mesma forme que ocorre nas contas abertas;
- Não interessa para o hospital que em quase 100 % dos casos não consegue manter a mesma rentabilidade das contas abertas.

Modelo GFA



Para minimizar o prejuízo com os pacotes, a gestão comercial hospitalar adota práticas consagradas:

- Escolher o que é mais favorável:
  - Quando existe um histórico de contas com volume adequado para estratificar os dados e viabilizar a analise:
    - Não basta um grande volume de contas – é necessário um grande volume de contas:
      - Com baixa variação de valor final;
      - Com alta concentração em relação a cada operadora em que o pacote será fechado, o que preserva a mesma base de preços;
- Quando as equipes assistenciais, especialmente o médico cirurgião responsável, adere ao protocolo correspondente;
- Definir parâmetros de proteção:
  - Procedimento bem definido, sem margem à interpretação dúbia;
  - Estabelecer número de diárias que compõem o pacote, de cada tipo de unidade de internação;
  - Estabelecer o que está incluso e o que não está, especialmente exames que têm repasse médico associados;
- Estabelecer data de validade, que é a data a partir da qual o pacote não tem mais validade, ou seja, não é a data em que hospital e operadora vão discutir novo preço, é a data em que o pacote se extingue, e se houver interesse as partes vão definir um novo pacote;
- Estabelecer critérios claros para abrir a conta, ou seja, de identificação dos casos em que o pacote não é valido e a conta será apresentada de forma aberta.

Modelo GFACH

C Faturamento Hospitalar

O faturamento hospitalar é uma 'atividade processual', no sentido de que deve obedecer às regras definidas pelo SUS ou da Saúde Suplementar, caso contrário o simples fato de não seguir o rito pode significar perda de receita. Esta visão é muito parecida com o que ocorre nos processos judiciais em fóruns: se o advogado não seguir o rito definido para o processo, mesmo se o caso lhe favoreça integralmente em relação à justiça, o processo pode ser encerrado. A consequência disso pode ser observada na característica dos departamentos de Faturamento Hospitalar na maioria dos hospitais:

- Gastam a quase totalidade do seu tempo em atividades meramente burocráticas e, dependendo do tipo de hospital, podem se tornar excessivamente burocráticos no sentido de realizar suas atividades exatamente sempre da mesma forma sem nunca buscar melhorias de processo;
- Entendem que as demais áreas hospitalares não agem de acordo com as regras de financiamento do sistema e, na maioria dos casos, acabam julgando que elas não querem colaborar com a atividade de faturamento ou, pior, que fazem coisas ilícitas.

Este cenário é propício à existência de departamentos de faturamento onde a gestão é praticamente inexistente: as contas são tratadas como algo de rotina, sem que haja preocupação em maximizar a receita, não perder receita, produtividade e redução de erros, o que acaba prejudicando o hospital não só no aspecto financeiro e comercial, mas também no assistencial, uma vez que as informações de faturamento são fundamentais para posicionamento do hospital no mercado da saúde, além do posicionamento no mercado de negócios.

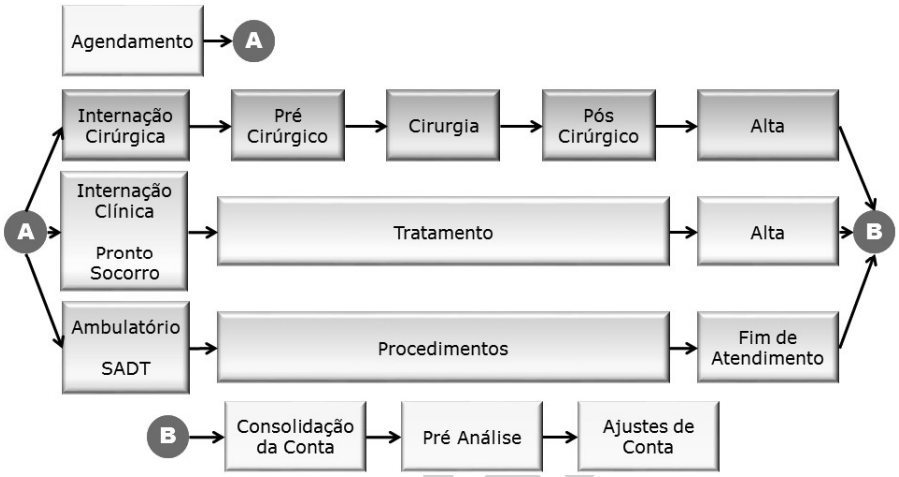
C.1 Controle das Contas

A métrica fundamental da atividade do faturamento é o controle das contas:

- Desde o primeiro indício de que haverá uma conta, por exemplo:
  - Havendo confirmação do agendamento da cirurgia, e o paciente ainda nem foi internado, uma série de providências podem ir sendo feitas, como o controle do OPME, a autorização do convênio, etc.
- Até o final de todas as obrigações relacionadas a ela:
  - Quando o valor financeiro estiver totalmente recebido e/ou revertido para outra conta e/ou formalizado como perda.

Modelo GFACH

C.1.1 Formação das Contas



O esquema resume os macroprocessos de formação das contas hospitalares – para maior detalhamento dos processos é recomendável a consulta ao Modelo GIPH – Gestão de Informática e Processos Hospitalares – www.giph.net.br.

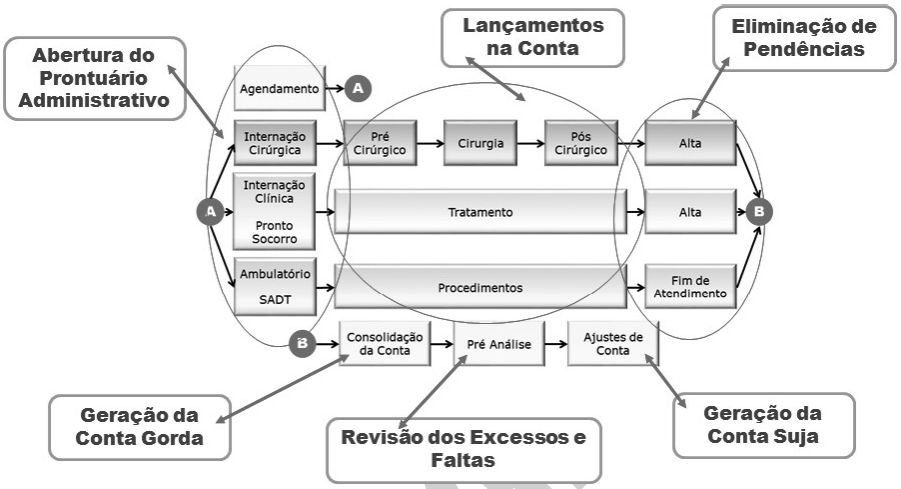
O primeiro processo de interesse é o Agendamento e a partir dele os processos são agrupados em 5 macroprocessos:

- Internação Cirúrgica;
- Internação Clínica, que sob o pronto de vista da gestão do faturamento é similar ao do Pronto Socorro;
- Ambulatório, que sob o ponto de vista da gestão do faturamento é similar ao do SADT.

Nota-se que macroprocessos que sob o ponto de vista assistencial são muito diferentes, para a gestão do faturamento são similares (Ex.: Internação Clínica e Pronto Socorro), e vice-versa (Ex.: Internação Clínica e Internação Cirúrgica).

Modelo GFACH

C.1.1.1 Controle do Fluxo



O controle do fluxo das contas pode ser agrupado em 6 'macroprocessos de faturamento', que se baseiam nos macroprocessos assistenciais, mas não se agrupam exatamente como eles.

Abertura do Prontuário Administrativo:

- Também chamado de Prontuário Contábil ou de Controle da Conta;
- É o macroprocesso que ao identificar o primeiro ato de um atendimento que vai desencadear o processo de faturamento, abre uma conta para cada provedor envolvido:
  - No caso do SUS, só existe um provedor, mas no caso da saúde suplementar, especialmente nas internações, é quase certo que para o mesmo atendimento haverá uma conta para a operadora e outra para o paciente;
- Este prontuário será uma coletânea de diversos documentos que serão produzidos durante o atendimento, sendo a maioria carimbados e/ou assinados, e por esta razão costuma ser uma pasta, sendo identificada na sua parte externa:
  - Identificação do paciente, atendimento e conta;
  - Datas para follow-up das principais ações;
  - Uma identificação, geralmente utilizando cor, da etapa em que o atendimento se encontra: pré-atendimento, atendimento, alta, etc.;

Modelo GFACH

Gestão adequada do faturamento significa ter o faturamento, agendamento, pré atendimento e recepção trabalhando de forma integrada, de modo que o processo de abertura de prontuários ocorra exatamente no momento em que o fato gerador da conta ocorreu, eliminando assim falhas e atrasos nos processos seguintes por falta de previsão ou de documentos necessários.

Lançamentos na Conta:

- Representa o processo de formação da conta, que é a parte mais conhecida do trabalho do da área de faturamento;
- Os lançamentos na conta podem ocorrer em consequência de diferentes formas:
- Automáticos:
    - Um sistema informatizado, ao identificar determinados eventos, está parametrizado para fazer os lançamentos automaticamente;
- Semi Automáticos:
    - Um sistema informatizado, ao identificar determinados eventos, está parametrizado para notificar o faturamento, que através de um comando escolhe os lançamentos que devem ser feitos na conta;
- Manuais:
    - O faturamento identifica os eventos, ou na origem, ou através da análise dos prontuários, e faz os lançamentos correspondentes nas contas.

Nos atendimentos de SADT e em alguns tipos de atendimento ambulatoriais é possível obter contas exclusivamente com lançamentos automáticos. Nas internações, atendimentos de pronto socorro e parte dos atendimentos ambulatoriais, é impossível gerar contas exclusivamente com lançamentos automáticos, independente do sistema utilizado. Especialmente nas internações, a quantidade de lançamentos não automáticos é extremamente maior.

Como veremos, uma das missões do faturamento é, uma vez que não se pode alcançar 100 % dos lançamentos automáticos, reduzir ao máximo os manuais, transformando-os em semiautomáticos, através do uso de check-list e kit.

Modelo GFACH

Eliminação de Pendências:

- Dada a complexidade das regras de faturamento, a probabilidade de haver pendência nos lançamentos após o atendimento do paciente é grande;
- Imediatamente ao identificar a alta, ou o fim de atendimento, o faturamento deve analisar o processo de faturamento da conta e eliminar qualquer pendência de lançamento, ou de exigências acessórias: autorizações, preenchimento de guias, cópia de documentos fiscais, provas e evidências;
- Como o volume e variedade de contas e grande, neste processo é muito comum identificar as pendências, e é o processo que deve servir não só para ajustar a conta específica, mas também para interagir com as áreas hospitalares que geram a pendencia, de modo a corrigir o processo.

Consolidação da Conta, ou Geração da Conta Gorda:

- As regras do SUS e da Saúde Suplementar não se modificam estruturalmente o tempo todo, mas os detalhes são atualizados de forma rotineira:
  - O SUS, por exemplo, edita mensalmente pequenos ajustes na Tabela SIGTAP;
  - Na Saúde Suplementar pequenos ajustes de coberturas e preços são feitos periodicamente nos contratos, como resultado das ações comerciais;
- Uma vez que a auditoria externa vai se preocupar exclusivamente com o apontamento de erros onde a conta está a maior, nunca a menor, este processo tem como foco gerar a conta com o máximo de lançamentos possíveis, de modo que se o faturamento errar, que erre por excesso, que será apontado pela auditoria, e não pela omissão, que resulta em perda:
  - Isso não significa gerar uma conta cobrando o que não é devido, ou tentar forçar a cobrança de algo que o contrato não permite;
  - É prática de formar uma conta com o máximo de lançamentos possíveis, estritamente de acordo com o atendimento prestado aos pacientes, estritamente dentro das regras, eventualmente mesmo que a formalização não esteja 100 % de acordo com o que deveria.

MODELO GFACH

Pré Análise:

- É o processo em que os auditores internos:
  - Identificam os excessos lançados na conta, geralmente associado aos lançamentos automáticos e semiautomáticos, e apontam a necessidade de excluir da conta;
  - Identificam a falta de algum lançamento, geralmente associado aos registros assistenciais multidisciplinares que os leigos do faturamento não têm condições de interpretar;
- Nos hospitais em que os auditores da pré análise não se envolvem com o apontamento das glosas pré remessa esta atividade não tem a eficiência necessária:
  - Quando se envolvem, eles passam a ter uma visão mais abrangente do relacionamento com cada operadora e sua atividade de pré análise passa a se basear em parâmetros mais refinados, aumentando a sua eficiência.

Ajustes na Conta:

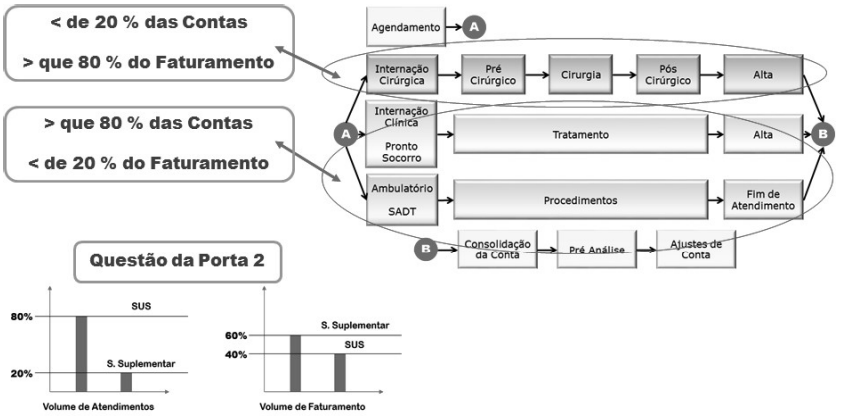
- Com base nos apontamentos da pré análise a conta é ajustada e fica liberada para a auditoria local;
- Como ainda não é a conta definitiva, é chamada de Conta Suja;
- Em diversas situações a auditoria local não existe e desta forma toda a auditoria é feita pós remessa, e a Conta Suja é a própria conta da remessa.

Quase 100 % das atividades destes processos só dependem do hospital, ou seja, têm pouca influência de ações externas:

- Mas as poucas ações externas são as que atrasam ou travam os processos, e a gestão do faturamento implica na ação harmoniosa e enérgica com os agentes externos, no sentido de impedir que estes fatores prejudiquem a fluência adequada na formação das contas;
- A gestão do faturamento implica também em instruir os processos com cada área interna envolvida, uma vez que as áreas estão envolvidas, mas o faturamento está comprometido;
- Só a área de faturamento tem visão completa destes processos – não deve julgar ou aguardar que outras áreas tomem a iniciativa e agir pro ativamente.

Modelo GFACH

C.1.1.2 Foco



Como vimos, a distribuição do faturamento não é uniforme entre todos os tipos de atendimento. A figura lembra que:

- Enquanto as internações representam geralmente 20 % do total do volume de atendimento de um hospital que têm os demais tipos de atendimento, também representam 80 % do valor faturado;
- Nos Hospitais Públicos com Porta 2, o volume de atendimentos da Saúde Suplementar não pode representar mais que 20 % do volume total, mas mesmo nestas condições o valor faturado em Saúde Suplementar é, no mínimo, 60 % do faturamento total.

Estes indicadores servem para definições importantes sob o ponto de vista de gestão do faturamento:

- O maior foco do faturamento é não perder receita nas poucas contas de internação, porque elas representam o maior volume de faturamento;
- Identificando um erro sistemático (lançamento automático) deve priorizar ações para resolver, porque ele vai ser replicado sem ação que o impeça:
  - Mas se o erro de lançamento automático for em contas de atendimentos externos (não de internação) a atenção deve ser maior ainda, porque o volume envolvido é muito maior;
- Nos Hospitais Públicos com Porta 2, se tiver que escolher entre faturar contas do SUS ou da Saúde Suplementar, deve optar pela Saúde Suplementar, cuja receita é a que sustenta o hospital – lembrando que isso não tem nada a ver com o atendimento assistencial (estamos tratando de faturamento).

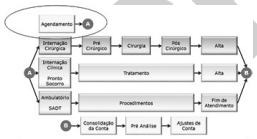
Modelo Gr

C.1.1.3 Origem da Receita e Obrigações Implícitas

Da forma como o modelo de financiamento da saúde se desenvolveu no Brasil, em todas as etapas assistenciais, ou é definida a origem de uma receita, ou é definida a necessidade de uma obrigação implícita.

A obrigação implícita pode ser a formalização de algum documento assistencial, ou específico do processo de faturamento.

C.1.1.3.1 Agendamento

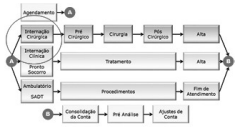


Sistema	Processo	Receita	Obrigação
SUS	Agendamento (qualquer)	Nenhuma	Nenhuma
SS	Agendamento de Consulta	Nenhuma	Nenhuma
	Agendamento de Cirurgia	Nenhuma	Autorização de Internação
			Autorização de Procedimento
			Autorização de OPME
	Agendamento de Internação	Nenhuma	Autorização de Internação

O Agendamento não gera receita, mas no caso da saúde suplementar:
Para Cirurgia define a necessidade de autorização para internação, para o procedimento cirúrgico e para a utilização de eventual OPME;
No caso de internação sem a definição de cirurgia, a autorização para a internação.

Modelo GFACH

C.1.1.3.2 Internação

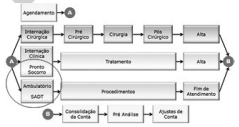


Sistema	Processo	Receita	Obrigação
SUS	Internação	Nenhuma	AIH
SS	Internação	Nenhuma	Guia TISS
			Senha da Operadora
			Termo de Responsabilidade

O processo de internação:

- No SUS, define a necessidade da formalização da AIH;
- Na Saúde Suplementar define a necessidade da formalização da Guia TISS, dos Termos de Responsabilidade que dão suporte nas eventuais ações judiciais, e da eventual senha da Operadora.

C.1.1.3.3 Registro de Atendimento Tipo Externo



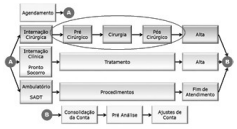
Sistema	Processo	Receita	Obrigação
SUS	Registro no Ambulatório	Nenhuma	BPA / APAC
	Registro no Pronto Socorro	Nenhuma	AIH / APAC
	Registro no SADT	Nenhuma	APAC
SS	Registro no Ambulatório Registro no Pronto Socorro Registro no SADT	Nenhuma	Guia TISS
			Senha da Operadora
			Termo de Responsabilidade

O registro de atendimento tipo externo (Ambulatorial, Pronto Socorro e SADT):

- No caso do SUS:
  - A formalização da BPA/APAC para atendimento ambulatorial ou de SADT
  - A formalização da AIH/APAC para atendimento em pronto socorro;
- No caso da Saúde Suplementar:
  - A Guia TISS, os Termos de Responsabilidade que dão suporte nas eventuais ações judiciais, e a eventual senha da Operadora.

Modelo GFACH

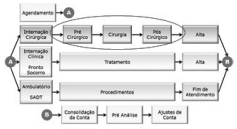
C.1.1.3.4 Internação Cirúrgica SUS



Sistema	Processo	Receita	Obrigação
SUS	Atenção na Unidade de Internação	Procedimentos	AIH / Registro de Procedimento
		Diária Complementar	AIH / Justificativa / Evidências
		Dária de UTI	AIH / Justificativa / Evidências
		Diária de Acompanhante	AIH / Evidências
		Medicamento de Alto Custo	AIH / Prescrição / Checagem
		Material Especial	AIH / Prescrição / NF Aquisição
		Exame Alta Complexidade	AIH / Prescrição /Evidências

No processo assistencial de Internação Cirúrgica, no SUS, a Unidade de Internação, todos os lançamentos devem ser feitos na AIH, e adicionalmente, o lançamento de:

- Procedimento, deve estar registrado no prontuário;
- Diária Complementar ou de UTI, deve estar justificado pelo médico;
- Diária de Acompanhante, deve possuir evidências em registros;
- Medicamento de Alto Custo, deve estar prescrito e checado;
- Exames de Alta Complexidade, deve estar prescrito e haver evidências da realização;
- Material Especial, deve estar prescrito e haver evidências da aquisição;

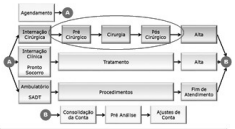


Sistema	Processo	Receita	Obrigação
SUS	Cirurgia	Procedimentos	AIH / Registro da Cirurgia
		OPME	AIH / Laudo de OPME
		Exame Alta Complexidade	AIH / Prescrição / Evidências

No processo assistencial de Internação Cirúrgica, no SUS, na Cirurgia, todos os lançamentos devem ser feitos na AIH, e adicionalmente, o lançamento de:

- Procedimento, deve estar evidenciado no Registro da Cirurgia;
- Exames de Alta Complexidade, deve estar prescrito e haver evidências da realização;
- Material Especial, deve estar prescrito e haver evidências da aquisição;

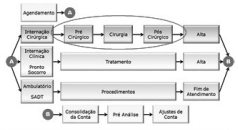
C.1.1.3.5 Internação Cirúrgica Saúde Suplementar



Sistema	Processo	Receita	Obrigação
SS	Atenção na Unidade de Internação	Diárias / Prorrogações	Autorização / Justificativa
		Honorários Médicos	Evidências
		Taxas	Evidências
		Medicamentos	Prescrição / Checagem
		Materiais	Evidências
		OPME	Registro de Procedimento / Evidências
		Medicamento de Alto Custo	Prescrição / Checagem / Justificativa
		Exames	Prescrição / Laudo
		Gases	Prescrição / Checagem

No processo assistencial de Internação Cirúrgica, na Saúde Suplementar, na Unidade de Internação, o lançamento de:

- Diária e/ou Prorrogação de Internação deve ter autorização e justificativa médica;
- Honorário Médico e Taxa Multidisciplinar deve estar evidenciado em registros de procedimentos;
- Taxas hospitalares devem estar evidenciadas em registros;
- Medicamentos devem estar prescritos e checados, e os de alto custo justificados;
- Materiais devem estar evidenciados em registros de procedimentos, e especialmente no caso de OPME pode ser requerida a prova;
- Exames devem estar prescritos e 'laudados';
- Gases devem estar prescritos e checados.



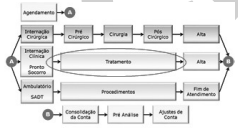
Sistema	Processo	Receita	Obrigação
SS	Cirurgia	Taxa de Sala	Registros
		Honorários Médicos	Evidências
		Taxas	Evidências
		Medicamentos	Evidências
		Materiais	Evidências
		OPME	Registro de Procedimento / Evidências
		Exames	Prescrição / Evidências / Laudo
		Gases	Evidências

Modelo GFACH

No processo assistencial de Internação Cirúrgica, na Saúde Suplementar, na Cirurgia, o lançamento de:

- Taxa de Sala deve estar evidenciado nos registros de movimentação do paciente;
- Honorários Médicos, Taxas Multidisciplinares, Taxas Hospitalares, Medicamentos, Materiais e Gases devem estar evidenciados nos registros dos procedimentos;
- Exames devem estar prescritos e evidenciados ou 'laudados';
- OPME deve ter sua utilização evidenciada no registro dos procedimentos, e deve haver evidência ou prova da utilização.

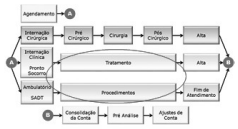
C.1.1.3.6 Internação Clínica



Sistema	Processo	Receita	Obrigação
SUS	Atenção na Unidade de Internação	Idem Atenção na Unidade de Internação – Internação Cirúrgica SUS	
SS	Atenção na Unidade de Internação	Idem Atenção na Unidade de Internação – Internação Cirúrgica SS	

As internações clínicas obedecem às mesmas regras do disposto na Unidade de Internação da Internação Cirúrgica, SUS ou Saúde Suplementar.

C.1.1.3.7 Pronto Socorro SUS

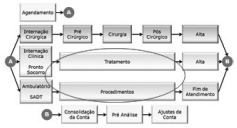


Sistema	Processo	Receita	Obrigação
SUS	Tratamento no Pronto Socorro	Procedimentos	AIH / Registro de Procedimento
		Medicamento de Alto Custo	AIH / Prescrição / Checagem
		Material Especial	AIH / Prescrição / NF Aquisição
		Exame Alta Complexidade	AIH / Prescrição /Evidências

Nos atendimentos em Pronto Socorro SUS os lançamentos são feitos na AIH e:

- Para os procedimentos deve haver Descrição (Registro);
- Medicamentos devem estar prescritos e checados;
- Exame de Alta Complexidade deve estar prescrito e haver evidências da realização;
- Material Especial deve estar prescrito e haver evidência de utilização.

C.1.1.3.8 Pronto Socorro e Ambulatório – Saúde Suplementar

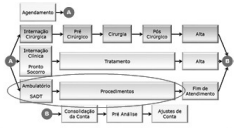


Sistema	Processo	Receita	Obrigação
SS	Tratamento no Pronto Socorro ou Ambulatório	Taxa de Sala	Evidências
		Honorários Médicos	Evidências
		Taxas	Evidências
		Medicamentos	Prescrição / Checagem
		Materiais	Evidências
		OPME	Registro de Procedimento / Evidências
		Medicamento de Alto Custo	Prescrição / Checagem / Justificativa
		Exames	Prescrição / Laudo
		Gases	Prescrição / Checagem

Nos atendimentos em Pronto Socorro e Ambulatório na Saúde Suplementar, os lançamentos de:

- Taxas de Sala, Honorários Médicos, Taxas Multidisciplinares, Taxas Hospitalares e Materiais devem estar evidenciados na descrição dos procedimentos e/ou registros;
- Medicamentos devem estar prescritos e checados, e os de alto custo justificados;
- Gases devem estar prescritos e checados;
- OPME deve estar evidenciado no registro do procedimento, além da evidência de aquisição.

C.1.1.3.9 S.A.D.T.



Sistema	Processo	Receita	Obrigação
SUS	SADT	Exame / Terapia	Pedido / APAC
SS	SADT	Exame	Pedido / Laudo
		Contraste	Compatibilidade / Evidências
		Filme	Compatibilidade
		Radiofármaco	Compatibilidade / Evidências
		Procedimento (terapia)	Registro / Evidência

Nos atendimentos tipo SADT:

- No SUS o lançamento é feito na APAC, e deve haver o pedido do exame;
- Na Saúde Suplementar, além do pedido e do laudo, tudo deve estar compatível segundo regras da Tabela CBHPM.

Modelo GFACH

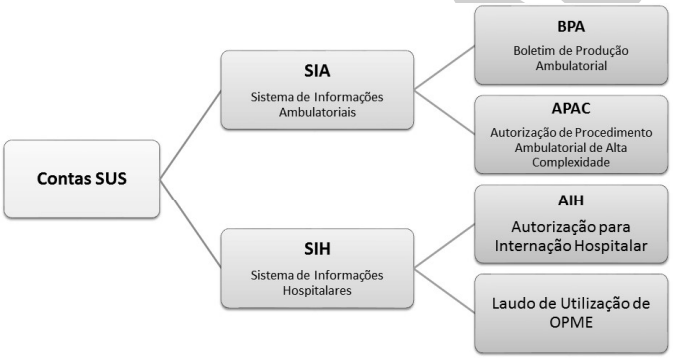
C.1.2 Apresentação das Contas

As contas não são apresentadas da mesma forma, nem no SUS nem na Saúde Suplementar. Uma combinação de parâmetros exige que o faturamento faça a instrução de processos diferentes.

C.1.2.1 Tipos de Contas

O primeiro parâmetro se refere aos tipos de contas, que definem a forma como a conta é apresentada ao provedor, ou seja, o instrumento que formaliza a conta.

C.1.2.1.1 SUS



No SUS existem 2 sistemas de processamento de contas.

<u>SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais:</u>

- É o sistema que processa as contas de atendimentos ambulatoriais e de SADT, onde existem 2 documentos básicos:
  - BPA – Boletim de Produção Ambulatorial:
    - Utilizado para faturar procedimento de baixa ou média complexidade;
    - Exemplos: consultas, exames físicos para determinação de diagnóstico;
  - APAC – Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade:
    - Utilizado para faturar procedimento de alta complexidade;
    - Exemplos: exame de tomografia, sessão de hemodiálise.

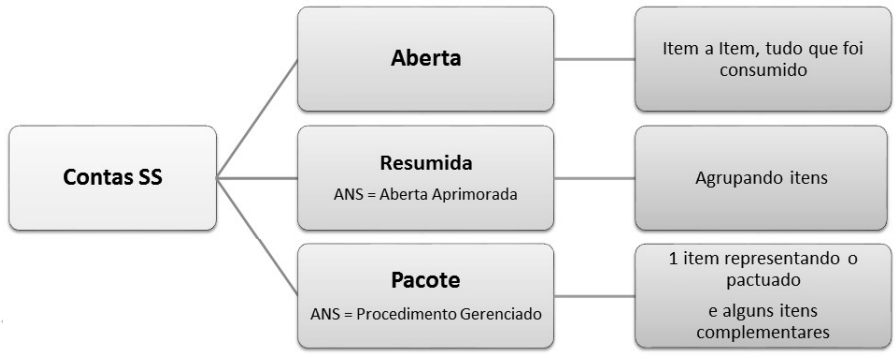
Modelo GFACH

SIH – Sistema de Informações Hospitalares:

- É o sistema que processa contas de Internação e Pronto Socorro, onde existem 2 documentos básicos:
  - AIH – Autorização para Internação Hospitalar:
    - Documento onde qualquer dos lançamentos da internação do atendimento do pronto socorro são lançados;
  - Laudo de utilização de OPME:
    - Documento que formaliza a utilização de OPME no procedimento, e o diagnóstico associado.

Estes sistemas valem para todo o sistema SUS, e suas regras não variam: qualquer hospital, independentemente do contrato formalizado com o SUS, ou do enquadramento do procedimento nos tipos de financiamento, sempre fará uso destes instrumentos. Inclusive no que é chamado de 'contratualização', onde o repasse do SUS é fixo em contrapartida de algumas metas assistenciais, a aferição da produção é necessária e os instrumentos são os mesmos.

C.1.2.1.2 Saúde Suplementar



Na saúde suplementar o tipo de conta padrão é o chamado 'Conta Aberta'. Mas dependendo do contrato, a conveniência para a Operadora, ou para o Hospital, ou para ambos, define outros 2 tipos de contas.

Conta Aberta:

- Todos os itens são lançados, representando em detalhes todos os procedimentos realizados e todos os insumos utilizados nos procedimentos;
- É a forma mais trabalhosa de apresentação de conta, mas é o mais justo:
- Primeiro porque permite aferir detalhadamente tudo que está sendo cobrado;
- E segundo porque não existe 'compensação', ou seja, nada é cobrado a partir de uma média, onerando a conta de um paciente em detrimento de outro.

Conta Resumida:

- Chamada pela ANS de 'Conta Aberta Aprimorada';
- Agrupa determinados itens, reduzindo o volume de itens da conta;
- Cada grupo geralmente representa 'um lote' de procedimentos. Por exemplo:
    - Na conta aberta é cobrada a diária, e separadamente diversas taxas de uso de equipamentos e serviços multidisciplinares de monitoração;
    - Em uma conta resumida a Operadora e o Hospital ajustam o valor de um 'diarião' que inclui a diária e estas taxas comuns;
- Como o acordo parte de uma média histórica:
    - Em algumas contas o hospital 'ganha' porque pode haver menos incidência de serviço do que a média, e 'perde' em outros casos, havendo compensação no geral;
    - Mas sob o ponto de vista do custo para o paciente, isso reflete a prática de algo de um paciente ser cobrado de outro. Como veremos a seguir, este fato pode trazer embaraço no caso de reversão de contas.

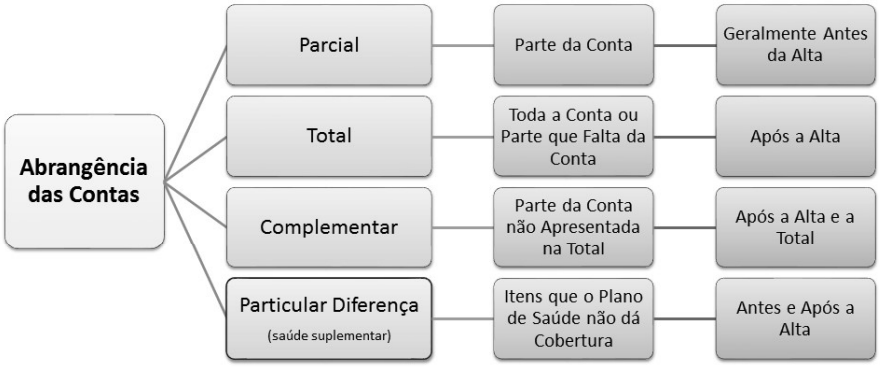
Pacote:

- Clamada pela ANS de 'Procedimento Gerenciado';
- Agrupa todos os itens da conta em apenas 1;
- O processo Faturamento-Auditoria-Glosa fica mais simples, mas tem o viés de não ser interessante comercialmente para o Hospital (ver capítulo Pacotes na Gestão Comercial).

Estas variações são negociadas entre o hospital e cada operadora – na verdade, na maioria dos casos, negociada para cada plano de cada operadora.

Modelo GFACH

C.1.2.2 Abrangência da Conta



Não seria viável para o hospital apresentar as contas somente após a alta do paciente. Por esta razão as contas têm abrangência diferentes.

Parcial:

- Aplicável nas internações, representa uma fração do período de atendimento do paciente;
- O contrato define o período padrão. Por exemplo: em cardiologia costuma-se fechar as contas parciais de 10 em 10 dias.

Total:

- Na internação:
  - Quando existem contas parciais, a total representa o último período da internação;
  - Quando não existem parciais, representa o período total de internação;
- Nos demais tipos de atendimento sempre representa o atendimento total.

Complementar:

- Na saúde suplementar, quando algum item fica divergente no Capeante, a Conta Total sai sem este item, e após recurso ou negociação o item é apresentado;
- No SUS ou na Saúde Suplementar, para apresentar item que não é possível faturar no momento do fechamento da Conta Total. Por exemplo: se prescrito e um exame anátomo patológico, a peça foi colhida, mas o tempo de análise é longo, ou exigirá estudos complementares.

Modelo GFA

Particular Diferença:

- Só se aplica na Saúde Suplementar;
- Tem diversos nomes: Extra Convênio, Sem Cobertura e outros;
- É a conta que é apresentada para o paciente pagar porque:
    - O plano de saúde da operadora não dá cobertura:
        - Itens que não estão no Rol da ANS e justificadamente são devidos;
        - Itens supérfluos, relacionados à hotelaria hospitalar, consumidos por opção do paciente;
    - Ou a operadora negou cobertura indevidamente:
        - Geralmente são os casos do final do processo glosa-recurso, sem consenso entre as partes.

No SUS, contas parciais, totais e complementares são livremente utilizadas, e a única restrição é que não podem ser apresentadas fora do prazo.

Na Saúde Suplementar:

- Contas Parciais e Complementares dependem dos contratos, caso a caso;
- Conta Particular Diferença não depende de contrato:
    - Isso causa especial polêmica no caso de contratos que têm cláusula que proíbe o hospital de cobrar alguma coisa diretamente do beneficiário do plano:
    - A cláusula protege o paciente de cobrança indevida, mas não serve para evitar que o plano de saúde glose indiscriminadamente as contas hospitalares;
    - A Conta Particular Diferença é o único instrumento que o hospital possui nos casos em que a Operadora tenta utilizar mecanismos para postergar o pagamento de contas.

A utilização da conta de abrangência mais adequada só traz benefícios ao hospital quando existe gestão adequada por parte do faturamento do fluxo das contas e da agenda de auditoria, remessa e recursos de glosas.

Modelo GFACH

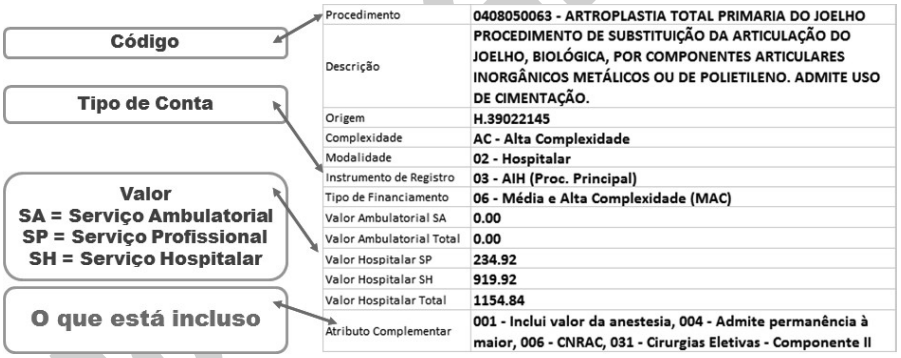
C.2 Lançamentos nas Contas

Como vimos, as regras e práticas comerciais entre Operadoras e Hospitais no Brasil são complexas, para não dizer insanas. Uma infinidade delas permeia o relacionamento comercial entre o hospital e a operadora, fazendo do Departamento Faturamento Hospitalar uma área muito diferente de todos os departamentos de faturamento de outros tipos de empresa, inclusive o das operadoras.

C.2.1 Regras e Práticas

Como vimos, no SUS as regras são rígidas o que facilita o entendimento dos faturistas em relação à Saúde Suplementar, onde além da particularidade de regras para cada Plano de cada Operadora de Planos de Saúde, ainda existem práticas que são adotadas como regras, uma vez que não constam no contrato e nas leis.

C.2.1.1 Regras SUS



Procedimento	0408050063 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO
Descrição	PROCEDIMENTO DE SUBSTITUIÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, BIOLÓGICA, POR COMPONENTES ARTICULARES INORGÂNICOS METÁLICOS OU DE POLIETILENO. ADMITE USO DE CIMENTAÇÃO.
Origem	H.39022145
Complexidade	AC - Alta Complexidade
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA	0.00
Valor Ambulatorial Total	0.00
Valor Hospitalar SP	234.92
Valor Hospitalar SH	919.92
Valor Hospitalar Total	1154.84
Atributo Complementar	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior, 006 - CNRAC, 031 - Cirurgias Eletivas - Componente II

A regra básica do SUS está descrita na Tabela SIGTAP, de acesso livre e irrestrito no web site do DATASUS. O web site permite filtrar os procedimentos de diversas formas, não sendo aceitável que alguém possa alegar que o sistema não fornece as informações que necessita para faturar, ou que os recursos do web site sejam, de alguma forma, alguma barreira para a atividade do faturista.

Cada Procedimento possui:

- Um código, e uma descrição que define detalhadamente do que se trata;
- A definição do tipo de conta pode ser apresentada (AIH, APAC, BPA);
- O tipo de financiamento em que se enquadra (FAEC, MAC, MUT, PAB);
- Os valores:
  - O pago em atendimento ambulatorial (SP);
  - O pago em internação, e neste caso desmembrando o valor do serviço profissional (SP) do valor do serviço hospitalar (SH);
- A indicação do que o SUS considera incluso no procedimento:
  - Esta informação tem especial importância, porque tudo que não estiver incluso pode ser cobrado adicionalmente, especialmente um outro procedimento associado, quando for o caso.

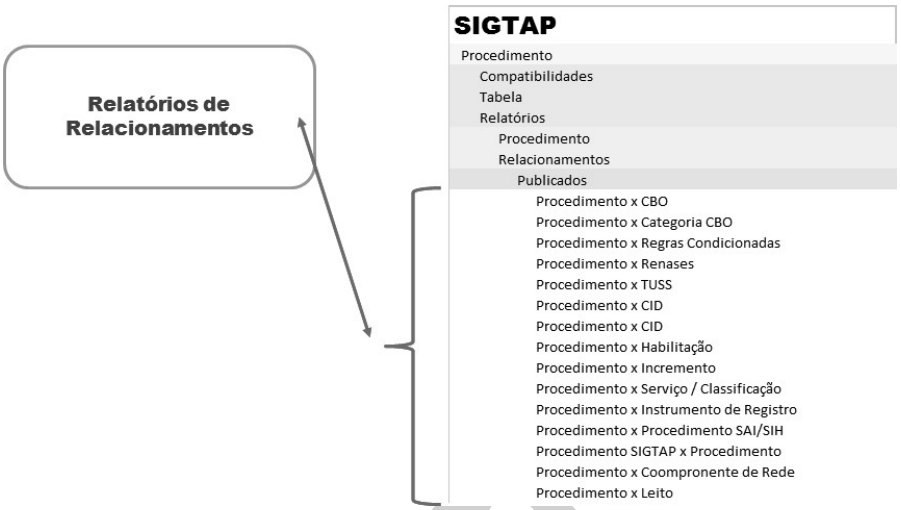
Enquadramento

Compatibilidades e Relacionamentos

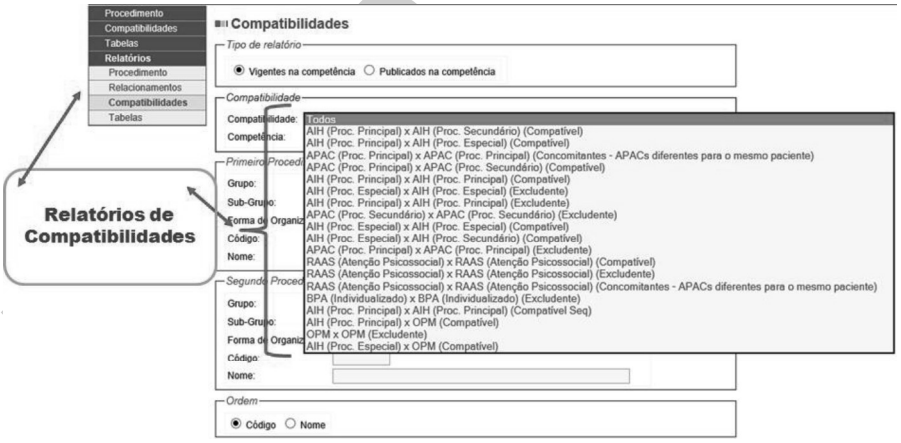
Sexo	**Ambos**
Idade Mínima	**16 Ano(s)**
Idade Máxima	**130 Ano(s)**
Quantidade Máxima	**2**
Media Permanência	**4**
Pontos	**300**
Tipo de Documento	**PORTARIA**
Numero do Documento	**1069**
Data da Documento	**14/10/2014**
Tipo de Orgão de Origem	**SAS**
Tipo de Publicação	**Publicado**
Data Inicio de Vigência	**11/2014**
Data Termino de Vigência	**/**
Especialidade do Leito	**01 - Cirúrgico**
CBO	**225270**
CID	**M058, M059, M060, M061, M064, M068, M069, M071, M080, M083, M088, M089, M100, M101, M102, M103, M104, M109, M110, M111, M112, M118, M119, M122, M130, M131, M138,**
Habilitação	**2501 - Unidade de atenção especializada em traumato-ortopedia, 2502 - Centro de referência de alta complexidade em traumato-ortopedia**

A tabela descreve ainda, detalhadamente, as compatibilidades fundamentais do procedimento. Por exemplo:

- De sexo e idade do paciente com o procedimento;
- De quantidade de lançamentos por atendimento;
- De profissional habilitado para a realização do procedimento;
- De diagnóstico (CID);
- De média de permanência de internação:
  - Esta informação e essencial para o lançamento de diárias complementares.



Existem diversos relatórios que descrevem detalhadamente os relacionamentos, que podem ser objeto de download para planilhas tipo Microsoft Excel ®.



E relatórios de compatibilidades complementares. Por exemplo:

- Compatibilidade do entre o Procedimento e o OPME;
- Compatibilidade entre o Procedimento Principal com os Secundários;
- Compatibilidade entre o Procedimento Principal e os Procedimentos Especiais;
- Compatibilidades entre os OPMEs utilizados no mesmo procedimento.

A possibilidade de extrair os relatórios e baixar em planilha dá ao Faturamento Hospitalar não só a possibilidade de realizar uma auditoria eficiente das contas, evitando perda de receita, mas também:

- De estruturar kits de cobrança totalmente compatíveis:
- De instruir os profissionais assistenciais, especialmente os médicos, sobre o que é remunerado pelo SUS em relação aos procedimentos mais realizados por eles.

C.2.1.2 Regras e Práticas da Saúde Suplementar

Na Saúde Suplementar, boa parte dos lançamentos é feito com base em práticas de mercado, e em regras implícitas de tabelas de preços que são padrão de fato.

Modelo GFACH

C.2.1.2.1 Cálculo do Preço pela Tabela CBHPM

Código Anatômico	Procedimento	Porte	Custo Operacional	Número de Auxiliares	Porte Anestésico	Filmes	Incidência	Unidade Radiofármaco
10100008	CONSULTAS -							
10101004	CONSULTAS							
10101993	OBSERVAÇÃO							
10101012	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)		2B	0	0	0,0000	0	
10101020	Em domicílio		3A	0	0	0,0000	0	
10101039	Em pronto socorro		2B	0	0	0,0000	0	

Para calcular o valor

1 - Identificar o porte do procedimento
2 – Multiplicar pelo valor do porte (VP)
3 – Identificar o custo operacional
4 – Multiplicar pelo valor do custo operacional unitário (VC)
5 – Valor = VP + VC

>>> Aferir o enquadramento:
- Horário de Urgência / Emergência tem acréscimo
- Paciente em apartamento, cobra dobrado
- Cirurgias conjugadas têm desconto
- Cobrar auxiliares
- Verificar deflator ou multiplicador

COMISSÃO NACIONAL DE HONORÁRIOS MÉDICOS

COMUNICADO OFICIAL

AOS MÉDICOS E ÀS ENTIDADES CONTRATANTES QUE INTEGRAM O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Comissão Nacional de Honorários Médicos, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 1.673/03, comunica os valores relativos em moeda nacional dos 14 Portes e subportes (A,B,C), bem como o da unidade de custo operacional (UCO), previstos na CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS (CBHPM), vigentes a partir de 1º de agosto de 2003. Para os portes será admitida a possibilidade de bandas de 20%, para mais ou para menos, para fins de regionalização.

1) Portes dos Procedimentos Médicos:

P01A	R$ 8,00	P05C	R$ 184,00	P10B	R$ 608,00
P01B	R$ 16,00	P06A	R$ 200,00	P10C	R$ 676,00
P01C	R$ 24,00	P06B	R$ 220,00	P11A	R$ 718,00
P02A	R$ 32,00	P06C	R$ 240,00	P11B	R$ 784,00
P02B	R$ 42,00	P07A	R$ 260,00	P11C	R$ 869,00
P02C	R$ 50,00	P07B	R$ 280,00	P12A	R$ 892,00
P03A	R$ 69,00	P07C	R$ 340,00	P12B	R$ 960,00
P03B	R$ 88,00	P08A	R$ 368,00	P12C	R$ 1.176,00
P03C	R$ 106,00	P08B	R$ 384,00	P13A	R$ 1.292,00
P04A	R$ 120,00	P08C	R$ 408,00	P13B	R$ 1.420,00
P04B	R$ 132,00	P09A	R$ 436,00	P13C	R$ 1.570,00
P04C	R$ 148,00	P09B	R$ 476,00	P14A	R$ 1.750,00
P05A	R$ 160,00	P09C	R$ 524,00	P14B	R$ 1.900,00
P05B	R$ 172,00	P10A	R$ 560,00	P14C	R$ 2.100,00

2) Unidade de Custo Operacional – UCO = R$ 11,50

São Paulo, 1º de agosto de 2003

Dr. Eleuses Vieira de Paiva
Presidente

Os preços da Tabela CBHPM são indexados. Para calcular é necessário:
- Identificar o porte do procedimento e o custo operacional na tabela;
- Identificar no Comunicado Oficial o valor vigente do porte e do custo operacional;
- O preço será a soma do Valor do Porte e Valor do Custo Operacional.

Por exemplo:
- O porte do exame Ácido Ascórbico na Tabela é 0,1 de 1A, e o Custo Operacional 2,0970;
- Se no Comunicado Oficial o valor do porte 1A é R$ 8,00 e o Indexador do Custo Operacional é R$ 11,50:
- O Preço do Exame é igual a (0,1 de 1A = 0,80) + (2,0970 * 11,50 = 24,12), ou seja, o Valor do Exame é igual à R$ 24,92

>>> Se este exame fosse de imagem, associado na tabela à 0,1 m² de filme, seria acrescido ao valor 0,1 do valor do metro de filme definido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

Modelo G

C.2.1.2.2 Hierarquia das Regras

<table>
<tr><th colspan="3">Situação</th><th>O que se aplica ?</th></tr>
<tr><td colspan="3">Definida no Contrato ?</td><td>Regra Definida no Contrato</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Não Definida no Contrato</td><td colspan="2">Definida em Regra da ANS</td><td>Regra Definida pela ANS</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Não Definida em Regra da ANS</td><td>Definida em Resolução de Entidade de Classe</td><td>Regra Definida na Resolução</td></tr>
<tr><td>Não Definida em Resolução de Entidade de Classe</td><td>Negociação entre as partes
Pior situação possível tanto para o Hospital quanto para a Operadora</td></tr>
</table>

Na prática o mercado utiliza uma hierarquia em relação às regras:

- Se a regra está definida no contrato, é soberana em relação às demais;
- Se a regra não está definida no contrato:
  - Se existir uma regra da ANS, cumpre-se;
  - Se não existe uma regra da ANS:
    - Se existir uma resolução de alguma entidade de classe, é adotada;
    - Se não existe resolução de alguma entidade de classe, o caso é definido na base da negociação caso a caso;
      - E este é o pior cenário possível, porque esta negociação geralmente ocorre no momento mais indesejável: em tempo de auditoria da conta, após o procedimento e a incidência dos seus custos para o hospital.

Os quadros a seguir demonstram práticas para lançamentos dos principais grupos de itens nas contas da Saúde Suplementar.

Modelo GFACH

C.2.1.2.3 Diária Hospitalar

Diária		
Inclui	**Não Inclui**	**Notas**
Equipamento fixo da acomodação Material de assepsia da acomodação, dos equipamentos da acomodação e do paciente Kit de higiene do paciente Energia elétrica, água e TV	Equipamentos não fixos Honorários e taxas multidisciplinares SADT Medicamentos, Materiais, Gases e Nutrição Especial Refeição e kit de higiene de Acompanhante Frigobar, Telefonia e Internet	Cobrada a cada 24 horas , vencendo ao meio-dia com carência de 2 horas: • Se o paciente utiliza 2 acomodações no mesmo dia, é cobrada a maior diária • Usual cobrar 1 diária suplementar em caso de óbito Diárias usuais: • Enfermaria / Apartamento / Suíte • Semi / Cardiológica / UTI Necessário evidencias da entrada e saída do paciente em cada acomodação

C.2.1.2.4 Taxa de Sala

Taxa de Sala	
Só Inclui	**Notas**
Equipamento fixo da sala Todo o material de assepsia da sala, dos equipamentos da acomodação e do paciente	É prática de mercado cobrar adicional em horário extraordinário (fora do horário normal), exceto nas Salas de Pronto Socorro Geralmente cobrada por 2 horas, e a partir de então por hora adicional No caso de Sala Cirúrgica o valor é cobrado dependendo do Porte Cirúrgico definido para a cirurgia (pequeno, médio, grande, etc.) Necessita evidências da entrada e saída do paciente da sala Taxas mais comuns: Sala Cirúrgica / RPA Sala para Procedimento (Endoscopia / Hemodiálise / Gesso ...) Observação / Repouso

C.2.1.2.5 Taxa de Uso de Equipamento

Taxa de Uso de Equipamento	
Conceito	**Notas**
Só inclui o uso do equipamento Não inclui insumos e o procedimento de uso	Pode ser cobrado por hora, dia ou utilização, dependendo do equipamento e do contrato O uso deve estar evidenciado na descrição do procedimento, ou na evolução médica, de enfermagem, ou de outros profissionais multidisciplinares Taxas mais comuns: • Monitor de PA • Monitor Cardíaco • Capinógrafo • Raio X na beira do leito • Eletrocardiograma no leito

C.2.1.2.6 Taxa Multidisciplinar

Taxa Multidisciplinar	
Conceito	**Notas**

Só inclui o procedimento multidisciplinar
 	
Não inclui uso de equipamento, medicamentos, descartáveis, gases, etc.
	Deve estar evidenciado na evolução da equipe multidisciplinar
	
	Cobrada por sessão, ou procedimento:
	• Taxas comuns de Enfermagem:
	  • Drenagem, Inalação, Medição de Glicose, Curativo, etc.
	• Práticas comuns em Fisioterapia:
	  • Unidade de Internação normal: 2 motoras e 2 respiratórias por dia
	  • UTI, Semi e UCO: 2 motoras e 4 respiratórias por dia
	• Práticas comuns em Fonoaudiologia:
	  • 1 avaliação e 5 sessões de fonoaudiologia por internação;
	• Práticas comuns em Fisiatria:
	  • 1 avaliação anterior ao inicio da fisioterapia;
	  • 1 avaliação após cada 10 dias de fisioterapia.

C.2.1.2.7 Gases

Gases	
Conceito	**Notas**
Só inclui o gás Não inclui os materiais e equipamentos para ministração / manuseio	Cobrado por hora: • Caso o paciente utilize por vários dias é cobrado por dia, sendo a taxa diária geralmente correspondente ao valor de 20 horas O uso deve estar evidenciado ou na prescrição médica e checagem, ou na evolução de algum profissional multidisciplinar, ou a descrição de um procedimento Taxas mais comuns: • Oxigênio • Ar comprimido • Vácuo • Protóxido de Azoto • Óxido Nítrico

C.2.1.2.8 Procedimento / Honorário Médico do Procedimento

Procedimento / Honorário Médico de Procedimento		
Inclui	**Não Inclui**	**Notas**
Procedimento / Honorário Instrumental Assepsia do local, do instrumental e do paciente, e EPI da preparação Equipe de apoio não médica, exclusivamente durante o procedimento: • Instrumentadores • Enfermagem • Equipe Multidisciplinar • Montagem e desmontagem de carros	Uso de equipamentos Procedimento de Anestesia e Anestésicos Honorários dos Auxiliares Medicamentos Materiais Gases	Cobrado por procedimento, segundo regras da Tabela CBHPM: • A realização deve estar evidenciada na descrição do procedimento Pode haver separação de valor no contrato (ou acordo): • Taxa de Procedimento – Hospital • Honorários – Médicos

C.2.1.2.9 SADT – Exames

SADT – Exames	
Inclui	**Notas**

• A utilização da sala
• Os profissionais envolvidos
• Os insumos necessários para a realização do exame:
  • Exceto filme, contrastes e radiofármacos, cobrados adicionalmente
	Cobrança de Exames:
	• Laboratório:
	  • Cobra-se apenas o exame, no momento da coleta
	• Exames de métodos gráficos:
	  • Cobra-se apenas o exame, no momento da liberação do laudo
	• Exames de imagem:
	  • Cobra-se o exame, o filme e contrastes (quando aplicável), no momento da liberação do laudo
	  • Em Medicina Nuclear cobra-se também os radiofármacos
	• Anátomo Patológico:
	  • Cobra-se apenas o exame no momento da coleta, e posteriormente, se necessário, as análises complementares

C.2.1.2.10 SADT – Procedimentos Terapêuticos

SADT – Procedimentos Terapêuticos	
Inclui	**Notas**
A utilização da sala Os profissionais envolvidos Insumos necessários para a realização do exame, exceto medicamentos e materiais de alto custo	Cobrada a cada grupo de sessões Dependendo do tipo, apenas a sessão. Ex: • Litotripsia • Hemodiálise Dependendo do tipo, além da sessão, honorários médicos, medicamentos e materiais. Ex: • Quimioterapia • Radioterapia

C.2.1.2.11 Insumos: material, medicamento, dieta especial, contraste

Insumos: Material, Medicamento, Dieta Especial e Radiofármaco/Contraste	
Conceito	**Notas**
Só inclui o Produto: • Medicamento; • Medicamento de Alto Custo; • Material Descartável; • Dieta Especial; • Radiofármaco; • Contraste. Não inclui material, uso de equipamento e o procedimento de manipulação e/ou ministração	O medicamento e as dietas devem estar prescritas e checadas: • Deve ser observada a margem de comercialização acordada O material descartável deve ser compatível com o procedimento, que por sua vez deve estar evidenciada sua realização: • Deve ser observada a margem de comercialização acordada O radiofármaco/contraste deve ser compatível com o exame prescrito, e deve haver evidência da sua real utilização: • Se existem 2 preços para o mesmo exame (com e sem contraste) não se cobra, caso contrário, quando o exame pode ser feito com ou sem e tem o mesmo preço, é cobrado à parte

C.2.1.2.12 Componentes Humanos: Órgãos, Hemocomponentes, Tecidos ...

Componentes Humanos: Órgãos, Hemocomponentes, Tecidos ...	
Conceito	**Pode ser cobrado**
Não se cobra o componente: • Órgão; • Hemocomponente; • Tecido; • Osso; • Glândula; • Etc.	O procedimento de transplante, implante ou transfusão O material utilizado para a realização do procedimento Aféreses de compatibilidade Exames de segurança Serviço de transporte

Mo

C.2.1.2.13 OPME

OPME	
Conceito	Notas
Só inclui o Produto Não inclui uso de equipamento e o procedimento de manipulação e/ou ministração	Existem vários cenários, dependendo do contrato entre Hospital e Operadora: • Cobrar o preço previamente acordado; • Cobrar o preço autorizado ao apresentar 3 orçamentos; • A Operadora fornecer o material; • O cliente fornecer o material. Em todos os cenários é cobrado adicionalmente a taxa de manipulação definida no contrato (Operadora) ou na Tabela de Preços Própria (Paciente Particular) Material Reutilizável: • Geralmente cobra-se fração do preço do novo A evidência normal é o laudo de utilização e a Nota Fiscal de Aquisição: • A prova adicional (por exemplo: exame de RX), se exigida pela Operadora ou Cliente, deve ser paga adicionalmente

C.2.1.2.14 Taxas Hospitalares

Taxas Hospitalares		
Taxa	Conceito	Cálculo Usual
Margem de OPME	Remunerar a despesa do hospital na logística, manuseio, esterilização, etc.	% sobre o valor de aquisição, ou do preço acordado do OPME
Taxa Administrativa	Remunerar a despesa administrativa do hospital na atenção e acolhimento do paciente	% sobre o valor total das diárias e taxas hospitalares
Taxa de Manipulação de Medicamento	Remunerar a despesa do hospital na logística, preparação e ministração do medicamento	% sobre o valor definido na tabela (Ex: Brasíndice + 13 %)
Taxa de Manipulação do Material	Remunerar a despesa do hospital na logística e preparação do material para utilização nos procedimentos do paciente	% sobre o valor definido na tabela (Ex: SIMPRO + 10 %)

C.2.1.2.14 Pacotes

Pacote	
Conceito	**Pontos de Atenção**
Preço fixado para um determinado procedimento ou grupo de itens de conta Inclui o que está definido formalmente no contrato ou acordo: • Não se aplica eventual afirmação de que algo está incluso porque é prática de mercado.	Aferir: • Enquadramento do atendimento às condições do pacote; • Se honorários médicos estão inclusos no acordo; • Se OPME está incluso no acordo; • A data de validade do acordo. A divergência entre o acordo e o realizado: • Ou deve ser acrescido ao preço do pacote • Ou a conta deve ser aberta, abandonando a regra do pacote para o caso.

Além de todas estas regras e práticas não serem cumpridas integralmente em todos os casos, na Saúde Suplementar ainda existe o que se chama de Condição de Exceção:

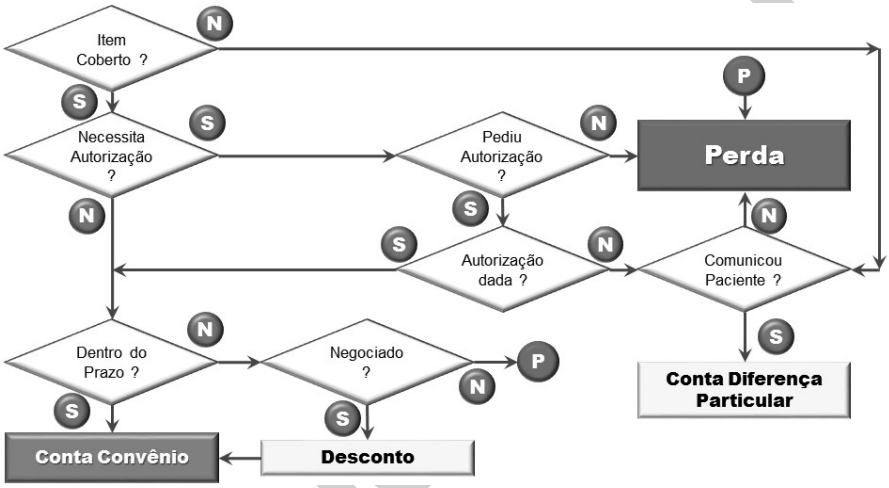
- Um Plano pode não dar cobertura a determinado procedimento em um hospital, mas tem especial interesse em que este fato não impeça o atendimento de determinado beneficiário (o dono da empresa que contrata o plano, por exemplo). Neste caso a Operadora libera o procedimento, mas como ele não tem definição de preço no contrato, o preço será negociado, podendo ser totalmente diverso que que seria se estivesse descrito no contrato em negociação normal;
- Um Hospital sabe que a Operadora não dá cobertura à determinado procedimento, mas por alguma razão específica realiza o procedimento, cobrando da operadora o que é possível, e concedendo desconto integral naquilo que não é;
- Um Juiz determina que um paciente de um plano sem cobertura seja atendido no hospital. Como não existe previsão contratual de preços, o hospital costuma valorizar a conta totalmente pela sua Tabela Própria, e conceder desconto para a operadora no preço final;
- Os honorários médicos podem ser negociados diretamente entre o paciente e o médico, não sendo apresentados na conta;
- O paciente ou a operadora fornece o OPME para o procedimento. Neste caso a negociação com o hospital pode se viabilizar através de um percentual do valor da nota fiscal de aquisição apresentada, ou de um valor pré-definido, sem levar em consideração o valor de aquisição.

Modelo GFACH

C.2.2 Gestão dos Lançamentos

A Gestão do Faturamento pressupõe uma rígida vigilância na rotina dos lançamentos de modo que eles ocorram no menor prazo possível e dentro das regras. Esta vigilância é chamada de Gestão dos Lançamentos.

C.2.2.1 Saúde Suplementar

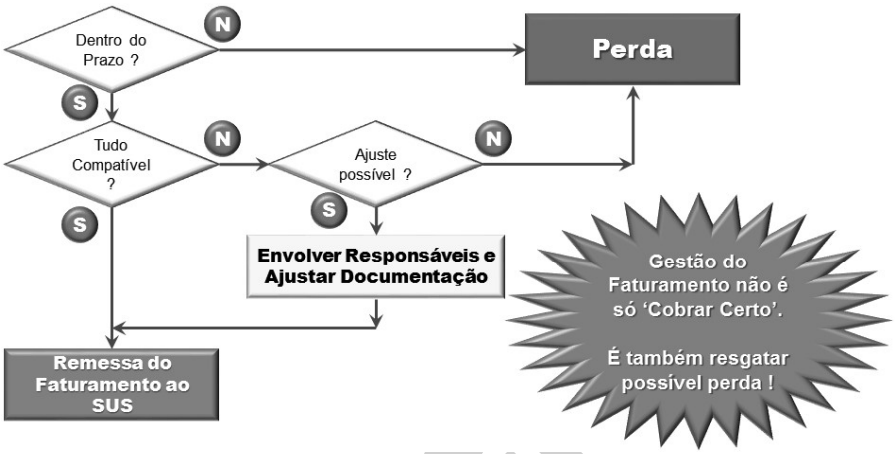


O fluxo demonstra a lógica da gestão dos lançamentos em contas da Saúde Suplementar:

- A variação mais simples é a do lançamento do item que tem cobertura, não necessita de autorização prévia e está dentro do prazo;
- Se o item não tem cobertura do plano de saúde, o paciente deve ser notificado antecipadamente de modo a viabilizar a eventual cobrança na Conta Particular Diferença – caso não seja a receita será perdida;
- Os itens com cobertura, que necessitam de autorização e não tem, ou estão fora do prazo de apresentação serão objeto de negociação com a operadora, e poderão ser objeto de desconto, ou perda de receita.

O Faturamento deve instruir o processo de formação das contas de modo a não perder prazos e notificar sistematicamente o paciente das eventuais não coberturas por parte do seu plano.

C.2.2.2 SUS



Já no SUS a prioridade é o prazo e a compatibilidade.

Como não existe a necessidade de autorização, sendo compatível o item não será negado, a gestão adequada dos lançamentos se traduz na capacidade do faturamento em maximizar a receita, lançando tudo o que a Tabela SIGTAP permite, evidentemente somente os lançamentos que representem a realidade dos procedimentos efetivamente realizados.

No ambiente SUS está prática é um exercício de conscientização dos envolvidos em toda a cadeia de atendimento, o que não é tarefa fácil especialmente nos hospitais públicos que não têm Porta 2 e os funcionários não recebem algum tipo de incentivo de produtividade – apenas o salário fixo.

Modelo G

C.2.2.3 Nota de Débito, Check-list e Kit

Com tantas regras é impossível que o departamento de faturamento aplique com exatidão 'tudo em todos os casos'. Utiliza-se então em larga escala no processo de formação das contas 3 recursos de gestão de processos.

Nota de Débito:

- Formulário com uma lista geral de itens pré codificados;
- Os itens podem ser insumos (material, medicamentos) ou taxas;
- É utilizado para que o profissional que realiza determinado procedimento faça o apontamento do que gastou;
- Simplifica a formação da conta para o faturamento, porque ele não necessita identificar e codificar caso a caso nos registros assistenciais o que foi consumido:
  - Uma tarefa inclusive de baixa eficiência uma vez que é uma investigação feita por pessoa que não tem conhecimento adequado para interpretação dos registros assistenciais de diversas disciplinas
- Mas dificulta a atividade assistencial, porque o profissional se obriga a desviar sua atividade fim para contar e registrar consumos.

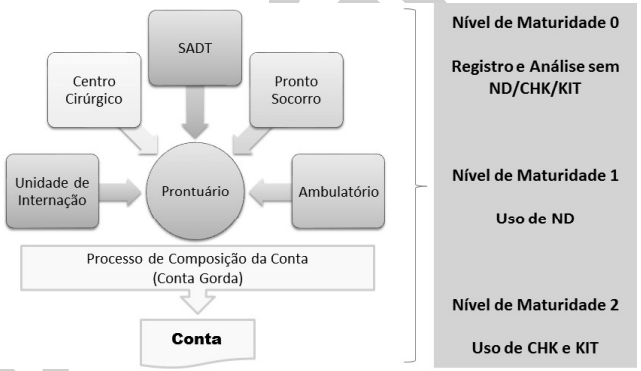
Modelo GFACH

Check-list:

- É uma lista codificada e resumida;
- A maior parte dos itens identifica atividades e não itens de consumo;
- Serve para o profissional anotar o que fez e não o que consumiu;
- Simplifica para o profissional assistencial que passa a identificar os procedimentos realizados e não o que foi consumido para realizar o procedimento;
- Mas dificulta para o faturamento porque deve desmembrar o que foi feito em itens de cobrança, especialmente os insumos.

Kit:

- É uma lista padronizada com lançamentos codificados, que se associa a um procedimento;
- Ao identificar a realização de um procedimento, o kit representa tudo o que pode ser cobrado em relação a ele;
- Simplifica para o profissional assistencial que só necessita identificar o que fez, e para o faturamento que pela associação sabe o que pode ser cobrado.

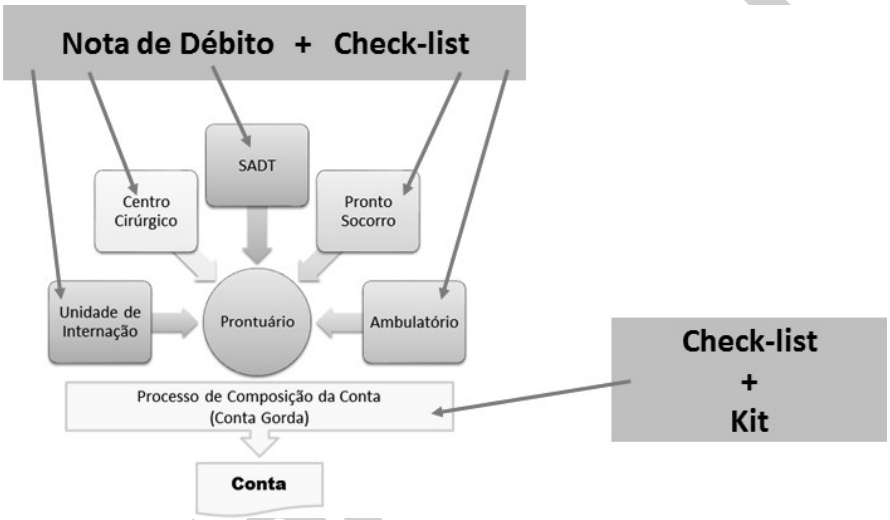


Por tudo que foi discutido em relação à gestão do faturamento, o melhor cenário é identificar e faturar os itens na origem (no momento do fato gerador), mas sobretudo nas contas de internação muitos lançamentos só são identificados no processo de composição da conta através da análise do prontuário do paciente.

Se nenhuma destas ferramentas é aplicada o faturamento trabalha no nível mais baixo de maturidade (0), onde a formação das contas é feita de forma interpretativa por profissionais administrativos, sem conhecimento técnico.

A Nota de Débito eleva o nível de maturidade do processo de faturamento para um nível mediano, onde a identificação e codificação passa a ser sistemática, mas com danos para a área assistencial.

O uso do Check-list e do Kit dá ao processo de faturamento o nível máximo de maturidade, simplificando as atividades assistenciais e de faturamento.



O melhor cenário:

- Na origem utiliza-se Notas de Débito (mínimo possível) e Check-Lists (máximo possível), de modo a minimizar o que deverá ser identificado nos registros assistenciais do prontuário;
- No processo de composição da conta utiliza-se comente check-list, e aplicam-se os kits em todos os check-lists de modo a padronizar os lançamentos e compor a conta gorda.

Model

Nota de Débito

Código	Descrição	Quantidade
A001	Luva	
A002	Seringa	
A003	AAS	
A004	Dipirona	

Check-list

Código	Descrição	Quantidade
X001	Tricotomia	
X002	Drenagem	
X003	Traqueostomia	
X004	Imobilização X	

Kit

Código	Descrição	Quantidade
Kit01	Drenagem	1

Associação

Código	Descrição	Quantidade
A001	Luva	2
A002	Seringa	3
A003	Bolsa	1
A004	Agulha x:y	1

Não se espera que o kit seja o espelho fiel da realidade dos consumos:

- Ele representa a associação de tudo que se pode utilizar para a realização do procedimento, e alguma coisa pode não ser utilizada;
- Portanto, é a forma padronizada de lançar pelo consumo máximo, que o processo de pré análise vai ajustar na sequência, antes de apresentar a conta ao auditor externo.

Mas espera-se que o check-list e o kit tire da equipe assistencial a necessidade de saber o que pode e o que não pode ser cobrado para cada caso (cada plano de cada convênio):

- O profissional assistencial deve fazer os apontamentos sem se preocupar com o que o provedor cobre;
- A única exceção é a necessidade do profissional assistencial saber que os atendimentos e a utilização de material de alto custo necessitam de aprovação, no caso da saúde suplementar, e de compatibilidade, no caso do SUS – e o check-list deve servir de instrumento de orientação nestes assuntos.

Uma grande vantagem adicional é que se tudo é feito baseado em kits, ao identificar uma inadequação (ou erro) basta ajustar o kit, sem a necessidade de ajustar o check-list, uma vez que geralmente os procedimentos continuam sendo os mesmos e apenas a associação está inadequada.

Modelo GFACH

D Gestão da Auditoria de Contas

A auditoria de contas hospitalares é um mal necessário. Não existiria se o Brasil não tivesse trilhado um caminho tão insano na definição das regras de financiamento do sistema SUS e da Saúde Suplementar.

Os interesses conflitantes do provedor e hospital alimentam uma 'relação de desconfiança mútua' que acrescenta ao sistema de saúde um custo gigantesco das estruturas de auditoria de ambas as partes, que poderia ser melhor utilizado na assistência aos pacientes, se o sistema de financiamento fosse diferente.

Neste cenário o auditor de contas, da operadora e do hospital, é absolutamente indispensável para manter o sistema em equilíbrio, reduzindo a chance do paciente e provedor serem prejudicados com cobranças indevidas, e reduzindo a chance do hospital não ser remunerado adequadamente pelos serviços que presta à sociedade.

D.1 Processo

O processo de auditoria hospitalar é um 'teste de paciência'. Tudo feito na base da formalidade e prazos, e especificamente no caso da saúde suplementar excesso de etapas e necessidade de consenso em discussões técnicas intermináveis e regulações conflitantes.

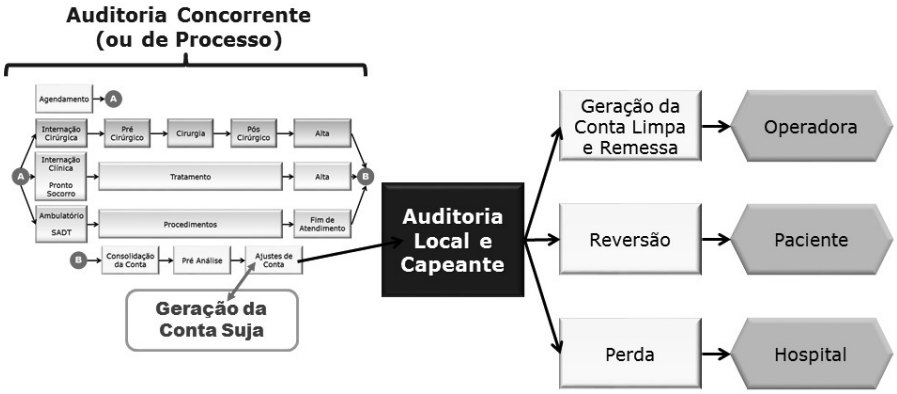
D.1.1 Pré Remessa

Chamamos de Pré Remessa os processos de auditoria que ocorrem no hospital antes da conta ser remetida para o provedor.

A auditoria pré remessa evoluiu ao longo do tempo para atuar desde o início da formação da conta até o momento do seu despacho para a operadora ou apresentação ao paciente, procurando reduzir ao máximo as discussões tardias, quando o paciente e os envolvidos já não estão com o caso tão recente na memória.

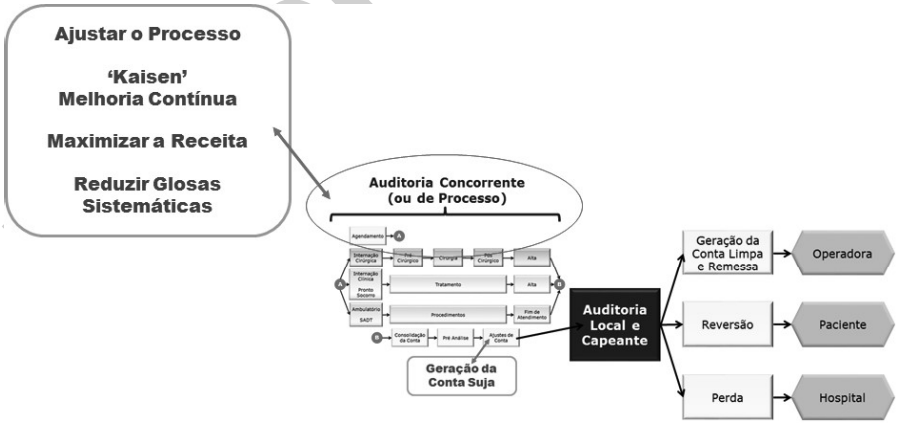
Modelo GFACH

D.1.1.1 Visão Geral



Durante a formação da conta (desde o agendamento até a geração da conta suja) ocorrem as ações de auditoria que chamamos de 'Auditoria Concorrente', e após os ajustes da pré análise chamamos até a apresentação da conta aos provedores chamamos de 'Auditoria Local e Capeante'.

D.1.1.2 Auditoria Concorrente



A auditoria concorrente é e retroalimentação dos processos, baseados nas glosas e erros identificados pela auditoria:

- O auditor tradicional (o antigo auditor) era o que apontava o erro nas contas – simplesmente isso;
- A auditoria atual dá apoio ao faturamento na tarefa de corrigir o processo continuamente (kaisen) de modo a maximizar a receita e reduzir glosas sistemáticas.

O papel do auditor é fundamental no ajuste dos processos porque ele possui o conhecimento técnico que o departamento de faturamento não tem.

Não se pode esperar que um faturista, profissional administrativo, entenda o que é realmente utilizado em um procedimento multidisciplinar.

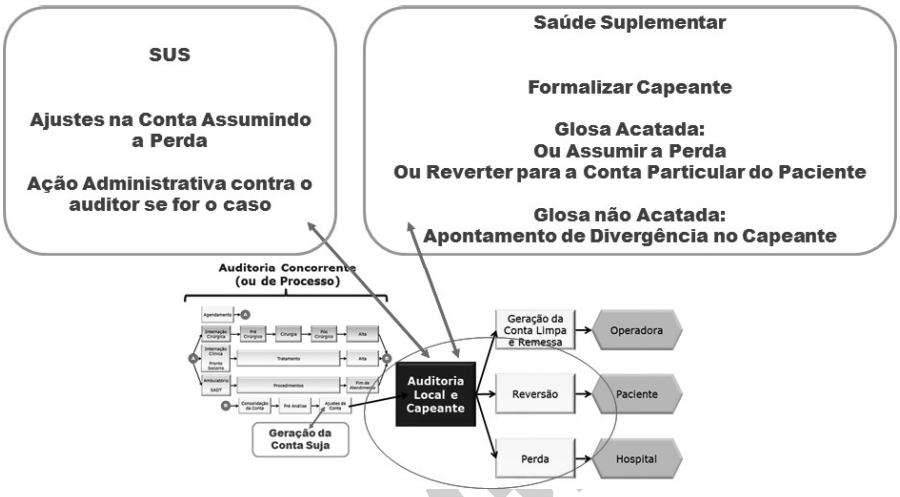
O auditor, que tem a formação na área técnica, é quem pode contribuir efetivamente:

- Apoiando no desenvolvimento de check-lists e kits;
- Instruindo os profissionais assistenciais sobre a necessidade de:
- Utilizar ferramentas padronizadas;
- Formalizar de forma adequada os registros multidisciplinares, especialmente com relação ao carimbo, data e assinatura;
- Identificar durante o atendimento os casos de incompatibilidade e necessidade de autorização especial na saúde suplementar.

Mas a instrução do processo de auditoria concorrente é atividade compartilhada: auditor e gestor do faturamento hospitalar são as figuras centrais.

Modelo GFACH

D.1.1.3 Auditoria Local e Capeante



A Auditoria Local é o processo em que hospital e provedor ajustam definitivamente a conta para que possa ser remetida (faturada).

No SUS não é comum. Na maior parte do Brasil a auditoria SUS só ocorre após a remessa, mas nos casos em que ocorre, os apontamentos do auditor resultam:

- Em ajustes na conta que se transformam em perda para o hospital
- Ou em ação administrativa contra o auditor, se for o caso:
  - Conforme discutido no capitulo de gestão comercial, o sistema SUS obriga o relacionamento de entidades político-partidárias diferentes;
  - Como em toda a atividade político-partidária existem interesses conflitantes, em algumas situações a auditoria das contas do hospital perde a característica técnica e desvia para a política – daí o eventual encaminhamento das glosas para o âmbito das ações administrativas.

Modelo GFACH

Saude Suplementar - Capeante	
O que é	Uma capa da conta, formalizando o acordo entre os auditores internos e externos
Foco	Técnico, embora eventualmente possa resultar em glosa administrativa
Para que serve	Eliminar da conta itens indevidamente faturados
	Formalizar a divergência entre os auditores internos e externos
	Formalizar cumprimento da rotina de auditoria
Conteúdo Básico	Identificação do paciente, atendimento e conta
	Itens que serão expurgados da conta apresentada
	Itens em que ocorre divergência técnica entre os auditores internos e externos. Serão expurgados da conta mas haverá processo consequente por parte do hospital
	Assinatura e carimbo dos auditores internos e externos

Na saúde suplementar o processo é bem diferente do SUS. Os auditores internos e externos discutem a conta e formalizam um documento denominado 'Capeante':

- O termo 'Capeante' vem de 'Capa', que é uma folha assinada por ambos que passa a ser a primeira do processo (a capa);
- Nele, os auditores formalizam:
- Que a conta apresentada está perfeita, não necessitando de algum ajuste
- Ou que a conta necessita de ajustes antes de ser remetida para a Operadora, e os ajustes serão feitos com a concordância do Hospital;
- Ou que a conta está sendo ajustada por indicação do auditor da Operadora, mas sem a concordância do auditor do Hospital, o que é chamado de 'divergência'.

Os ajustes apontados:

- Se são erros, ou por falta de evidência adequada, ou por apresentação fora do prazo ou erros sistemáticos que lançam algo indevido na conta, não podem ser cobrados e passam a ser considerados como perda para o hospital;
- O que a Operadora não dá cobertura, ou negou cobertura por motivo injustificado (divergência), é revertido para a Conta Particular Diferença para ser apresentado para pagamento por parte do paciente;
- O restante da conta é remetido para a operadora, o que é chamado de 'Conta Limpa'.

O processo de Auditoria Local é extremamente desgastante para o Hospital, mas ainda assim é melhor que ocorra no Hospital logo após o atendimento do que ser realizado pós remessa, primeiro porque o tempo é inimigo da memória das pessoas envolvidas no atendimento, e com isso a discussão do caso é dificultada, e depois porque uma vez faturado, existem encargos fiscais cujo recolhimento pode ser irreversível caso haja necessidade de ajustar a conta já emitida.

Modelo GFACH

Um aspecto importante da gestão da auditoria de contas é a definição e controle adequado do agendamento da auditoria.

Quando o provedor tem alto volume de contas no hospital costuma destacar a equipe de auditores para visitas semanais ao hospital, caso contrário este período vai se alongando, a ponto de determinados provedores enviar auditor ao hospital uma vez por mês. O provedor necessita desta adequação para diluir o custo da auditoria em um volume razoável de contas para se viabilizar.

Mas, como vimos, existe prazo para a remessa da conta após o atendimento, e a perda deste prazo pode significar descontos ou perda para o hospital:

- Imagine que a operadora envia auditor apenas uma vez por mês, todo dia 15;
- A conta do paciente que teve alta no dia 16, mesmo que fechada instantaneamente pelo faturamento vai ficar quase 30 dias esperando a visita do auditor para poder ser liberada.

A gestão da auditoria exige que o cronograma seja ajustado continuamente, considerando o aumento e queda da demanda do provedor de modo que a situação acima seja exceção e não regra.

A auditoria local não costuma auditar todas as contas:

- As contas de Internação geralmente sempre são auditadas;
- As contas de Pronto Socorro entram na auditoria geralmente quando o hospital tem elevado fluxo de atendimento de paciente crônicos e descompensados (dependendo da sua especialidade e público alvo);
- As contas ambulatoriais de consulta simples não são auditadas – apenas as que se referem aos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade;
- As contas de SADT não costumam ser auditadas.

Mas a prática varia muito caso a caso – não é de se espantar que uma operadora tenha como prática auditar contas ambulatoriais de consulta simples: mas é difícil entender o custo x benefício de adotar esta prática.

Modelo GFACH

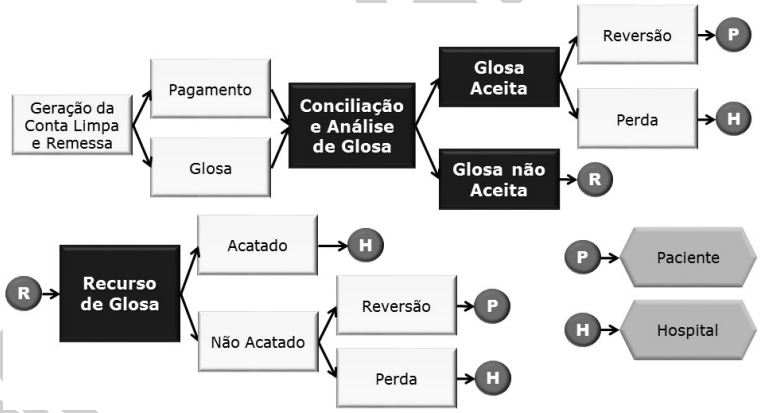
D.1.2 Pós Remessa

Já seria complicado se a discussão das contas e das glosas acontecessem apenas antes da remessa das contas aos provedores, mas por algumas razões o ciclo da conta não se encerra apenas com o pagamento da conta:

- Alguns provedores não mantêm auditores para realizar auditoria local no hospital, então todo o processo de auditoria da conta ocorre após a remessa;
- Alguns aspectos da conta não podem ser aferidos no próprio hospital pelo auditor local, e esta aferição sempre ocorre após a remessa;
- E alguns eventos comerciais e/ou de relacionamento desencadeiam análises posteriores ao da formalização do Capeante.

Os processos de pagamento e glosa após a remessa da conta para o provedor são chamados de 'Pós Remessa'.

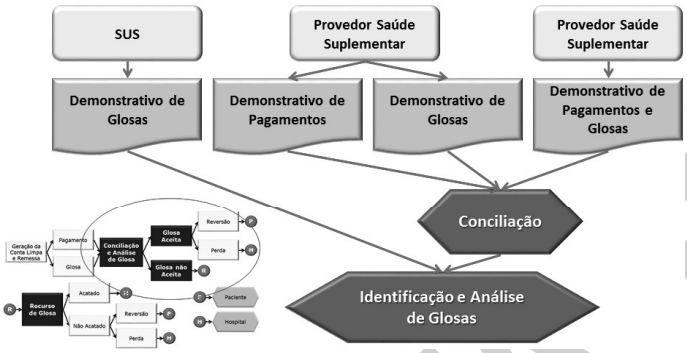
D.1.2.1 Visão Geral



Após a remessa da conta o hospital identifica o pagamento e/ou a glosa, e avalia se a glosa é procedente (se vai aceita-la) ou não é procedente (se vai recusá-la). Este processo é chamado de 'Conciliação e Análise da Glosa'.

Decidindo não acatar a glosa, o hospital inicia um processo chamado 'Recurso de Glosa', para as providencias de resgatar a receita.

D.1.2.2 Conciliação e Análise de Glosas



A Conciliação e Análise de Glosa no SUS é muito simples:

- O hospital recebe um demonstrativo padronizado, que identifica item a item o que foi glosado, e cuja receita não será repassada;
- Como tudo e feito com base na Tabela SIGTAP, cujo volume de itens é incomparavelmente menor do que os existentes na saúde suplementar, as glosas são facilmente identificáveis;
- O resultado da análise raramente se transforma em recurso quando analisado tecnicamente – a regra está na tabela e geralmente a glosa se refere a uma incompatibilidade ou formalização inadequada;
- Quando se transforma em recurso, geralmente algum componente político-partidário está presente, e o ressarcimento será dificultado;
- Quando não se transforma em recurso é perda de receita assumida pelo hospital, e serve de alerta para ajuste no processo de formação das contas (abrangência da auditoria concorrente).

Na Saúde Suplementar a Conciliação e Análise de Glosas não é simples:

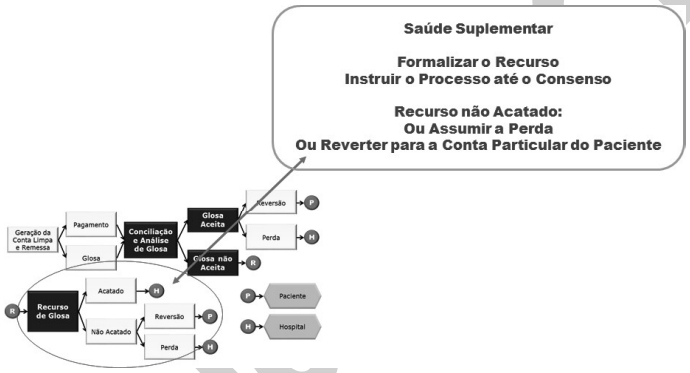
- A operadora não costuma ter interesse em simplificar a identificação das glosas por parte do hospital. Não é raro que os demonstrativos de pagamentos e glosas sejam distintos e confusos, transformando a conciliação em processo investigatório;
- Cada operadora utiliza um sistema diferente, e são constantemente atualizados, o que dificulta a utilização por parte dos envolvidos no hospital que não tem conhecimento e treinamento adequados para cumprir sua missão.

Modelo GFACH

Uma vez identificada a glosa, o hospital pode trilhar 2 caminhos:

- Aceitar a glosa, ou seja, entender que a operadora está glosando porque o hospital cometeu algum erro no faturamento, e assumir a perda;
- Não aceitar a glosa, ou seja, entender que o argumento alegado pela operadora para o não pagamento não é adequado:
    - Neste caso o hospital formaliza um recurso de glosa, ou seja, formaliza um argumento de que a operadora está equivocada em não realizar o pagamento.

D.1.2.3 Recurso de Glosa na Saúde Suplementar



O Recurso de Glosa é um processo onde o hospital argumenta que a glosa não está de acordo com as regras:

- A operadora pode acatar o recurso, ou seja, entender que cometeu engano ao glosar e concordar com o pagamento;
- Mas a operadora pode não acatar o recurso, entendendo que tem razão em glosar o pagamento.

Este processo pode se alongar, porque depende de cada contrato o prazo para formalizar o recurso, o prazo para responder o recurso, e se existe abertura para réplica, tréplica, etc. O hospital, identificando que não existe consenso, pode trilhar 3 caminhos:

- Assumir a perda;
- Reverter a cobrança, encaminhando para o paciente;
- Negociar o caso no âmbito comercial, uma vez que no técnico não será resolvido.

Modelo GFACH

D.2 Práticas

Algumas práticas complementam o entendimento da gestão da auditoria de contas hospitalares, especialmente sobre glosas, e a estrutura de auditoria relacionada a elas.

D.2.1 Tipos de Glosas

As glosas, que em qualquer segmento de mercado representam a 'exceção da exceção', particularmente na saúde suplementar são a regra, fruto da imensa quantidade de regras de faturamento relacionada a uma atividade (assistência ao paciente) que não pode ser realizada a partir de processos absolutamente herméticos, como ocorre na indústria, por exemplo.

Para estudar as glosas é necessário primeiro entender que se classificam em 2 tipos diferentes, e cada tipo envolve profissionais diferentes:

- A Glosa Técnica:
  - Geralmente ocorre durante o processo de Auditoria Local;
  - Pode ocorrer na Auditoria Pós Remessa quando não existe Auditoria Local, ou em casos específicos onde o auditor local falhou na análise de algum item de muita significância na conta. Por exemplo:
  - Não aferiu adequadamente o registro ANVISA de um OPME;
  - Não aferiu adequadamente a quantidade de diárias autorizadas para o caso;
- A Glosa Administrativa:
  - Geralmente ocorre na Auditoria Pós Remessa;
  - Pode ocorrer na Auditoria Local nas questões de análise simples, como exemplo o prazo de apresentação da conta para o auditor externo na auditoria local.

Modelo GFACH

D.2.1.1 Glosa Técnica

A glosa técnica é a que se refere diretamente à assistência do paciente, e não aos aspectos relacionados a ela. Responde perguntas como:

- Por que o procedimento foi realizado ?
- Por que o insumo foi utilizado ?
- Por que o paciente ficou tanto tempo internado ?

Só pelo exemplo das perguntas já é possível concluir que a discussão (a pergunta, a resposta e a justificativa) envolve profissionais assistenciais: médico e profissionais multidisciplinares.

Modelo GFACH

D.2.1.1.2 Auditoria Médica

Objeto de Auditoria Médica	Pontos de Atenção da Auditoria
Diárias e Prorrogações	Autorização e Compatibilidade com CID e Procedimento
Taxas de Sala	Compatibilidade com o Procedimento, Exame ou Terapia
Procedimentos e Honorários Médicos	Autorização e Compatibilidades: • SUS – Tabela SIGTAP • Saúde Suplementar – Tabela CBHPM
Exames, Terapias e Hemocomponentes	Prescrição e Compatibilidade com o Caso
OPME	Saúde Suplementar: • Autorização • Evidências SUS: • Compatibilidades na Tabela SIGTAP • Evidências

Ao médico, auditor do hospital e auditor do provedor, cabe a discussão das questões fundamentais do atendimento:

- Justificativa do atendimento, que envolve:
  - Tempo de internação;
  - Autorização;
  - Compatibilidade do diagnóstico (CID) e do procedimento;
- Utilização de Salas:
  - Para cirurgias;
  - Para procedimentos;
- Exatidão do apontamento dos procedimentos e honorários médicos, que envolve autorização e compatibilidades:
  - Com a Tabela SIGTAP, no caso do SUS;
  - Com a Tabela CBHPM, no caso da Saúde Suplementar;
- A adequação da necessidade de realização de exames e terapias, e uso de hemocomponentes;
- O uso de insumo de alto custo, em especial o OPME:
  - Autorização e evidências, no caso da saúde suplementar;
  - Evidências e compatibilidade com a Tabela SIGTAP, no caso do SUS.

Modelo GFACH

D.2.1.1.3 Auditoria Multidisciplinar

Objeto de Auditoria Multidisciplinar	Pontos de Atenção da Auditoria
Taxa de Procedimento Multidisciplinar	Prescrição e/ou Evolução Multidisciplinar
Taxa de Uso de Equipamento	Compatibilidade com o Procedimento
Medicamentos	Prescrição e Checagem
Materiais	Compatibilidade com o Procedimento
Gases	Prescrição e/ou Compatibilidade com o Procedimento

Aos profissionais multidisciplinares (Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, etc.) cabe a discussão sobre:

- O lançamento dos procedimentos correspondentes à cada disciplina, que envolve a adequada formalização da prescrição e evolução multidisciplinar;
- A compatibilidade do uso de equipamentos compatíveis com o procedimento realizado;
- A utilização dos insumos para a realização do procedimento.

Especialmente em relação à enfermagem, é prática também a discussão sobre os insumos utilizados nos procedimentos médicos, uma vez que não é comum o médico se envolver neste tipo de discussão.

Modelo GFACH

D.2.1.1.4 Prorrogação de Internação e Pós Cirúrgico

Conceito	Conceito	Pontos de Atenção da Auditoria
Prorrogação • SUS e Saúde Suplementar	Necessidade do Paciente Permanecer: • Tempo maior que o autorizado na Saúde Suplementar • Tempo maior que o definido na Tabela SIGTAP no SUS	• Justificativa do Médico Responsável • Autorização na Saúde Suplementar
Pós Cirúrgico • Somente Saúde Suplementar	Na Saúde Suplementar, a utilização de OPME diferente do autorizado previamente	• Justificativa do Médico Responsável • Autorização Complementar • Compatibilidade com o Caso • Coberturas do Plano

Dois tipos de glosa têm especial atenção do hospital porque ocorrem durante o atendimento do paciente internado, antes da alta hospitalar.

Prorrogação da Internação:

- É a necessidade do paciente permanecer internado por um período de tempo maior:
  - Que a autorização original, na Saúde Suplementar;
  - Que a média de permanência definida na Tabela SIGTAP, no caso do SUS;
- Em ambos os casos é necessária a formalização de uma justificativa por parte do médico responsável pela internação:
  - Especificamente no caso da Saúde Suplementar é necessária a obtenção de uma autorização de prorrogação junto à operadora.

Pós Cirúrgico:

- É o termo utilizado na Saúde Suplementar para identificar os casos em que o médico utilizou em um procedimento, geralmente cirúrgico, algum OPME diferente do que havia sido autorizado previamente. Isso ocorre:
  - Especialmente em determinadas cirurgias ortopédicas, em que o tamanho e calibre do material só pode ser definido no momento do ato cirúrgico;
  - Nas cirurgias de emergência, onde na verdade não existe autorização prévia;
- O fato exige a formalização de uma autorização complementar:
  - Baseada na justificativa do médico;
  - Que será fornecida somente se:
    - For comprovada a compatibilidade e necessidade para o caso;
    - O plano der cobertura;
- Este tipo de evento tem altíssima probabilidade de glosa técnica, e consequente reversão de lançamento para a conta particular do paciente.

Modelo GFACH

D.2.1.2 Glosa Administrativa

A glosa administrativa se refere às obrigações complementares definidas no contrato, não diretamente relacionadas com as atividades assistenciais propriamente ditas, e que envolvem as áreas de retaguarda e apoio técnico e administrativo.

Em relação as áreas de Atendimento e Relacionamento com o Paciente:

- A obtenção das autorizações;
- A emissão de termos de responsabilidade e guias;
- Na Saúde Suplementar, os avisos prévios de não cobertura ao paciente.

Em relação à Área Comercial e Faturamento:

- A parametrização adequada dos preços no sistema;
- A exatidão e adequação dos lançamentos de acordo com as tabelas de preços, coberturas e compatibilidades;
- Os procedimentos e prazos adequados de remessa das contas e da documentação exigível.

Ao Gestor de Auditoria:

- A adequação e cumprimento dos cronogramas de auditoria local;
- O cumprimento dos prazos e formalidades necessárias para os processos de recursos de glosas.

Modelo GFACH

Objeto de Auditoria Administrativa	**Pontos de Atenção da Auditoria**
Autorizações	Compatibilidade entre Autorização e Real
Prazos	Apresentação para Auditoria, Remessa da Conta, Remessa do Recurso
Preços e Coberturas	Compatibilidade com a Tabela de Preços, Contrato e Plano do Paciente

Documentos Complementares	• Saúde Suplementar e SUS
	  • Identificação do Paciente
	  • Carimbos, Assinaturas, Datas nos documentos do prontuário
	  • Eventualmente Embalagens de Produtos (evidências)
	  • Preenchimento de campos obrigatórios nas prescrições, evoluções e registros de admissão e alta
	  • Termos de Responsabilidade
	• Saúde Suplementar:
	  • Guia TISS
	• SUS:
	  • AIH / APAC / BPA / Laudo OPME

Especialmente na Saúde Suplementar existe uma infinidade de pontos de atenção em relação aos eventos que podem resultar em Glosa Administrativa. Podemos destacar alguns como principais, ressaltando que a glosa administrativa pode resultar em bloqueio total do pagamento da conta – dependendo do apontamento a sua resolução deve ser priorizada em relação às demais glosas.

Autorizações:

- Compatibilidade entre a Autorização e o Atendimento Real;
- Na Saúde Suplementar, algumas vezes tecnicamente a autorização está compatível com o procedimento, mas existe uma data de validade para a autorização:
  - Neste caso é pouco provável que o hospital perca a receita, mas é muito provável que haverá uma glosa administrativa a ser recursada, e o recebimento será postergado.

Prazos:

- O cumprimento dos prazos geralmente é parametrizado no sistema da operadora, e certamente parametrizado no SUS;
- Por esta razão, o não cumprimento do prazo não se resolve de forma simples entre o canal do hospital e do provedor:
  - O sistema gera a glosa automaticamente que deverá ser recursada;
    - No caso do SUS a chance de perder a receita é grande;
    - No caso da saúde suplementar envolverá negociação, podendo haver desconto no pagamento, quando existe esta previsão no contrato.

Modelo GFACH

Preços e Coberturas:

- Geralmente os únicos preços e coberturas que a auditoria local tem condições de avaliar é o do OPME e dos Honorários Médicos. Todos os demais acabam sendo aferidos via sistema, no processo pós remessa da conta:
  - No sistema SUS é de praxe o próprio sistema ajustar o preço de acordo com a Tabela SIGTAP, e a chance do sistema fazer isso de forma indevida é praticamente zero;
  - Na Saúde Suplementar quando isso ocorre pode ser por várias razões, sendo as principais quando o sistema do Hospital, ou o sistema da Operadora não está exatamente ajustado de acordo com o contrato:
    - As glosas serão encaminhadas geralmente em grande quantidade no pós remessa;
    - No caso de erro no sistema do Hospital o final do processo de análise resultará em perda;
    - No caso de erro no sistema da Operadora o processo vai instruir um recurso de glosa;
    - Como nestes casos o volume de glosas é muito elevado, e o valor glosado é muito pequeno, geralmente uma negociação comercial é feita em relação ao universo das glosas, e o departamento de informática de cada lado pode ser envolvidos no sentido de baixar as glosas por lote, uma vez que a justificativa é sempre a mesma para todos os casos;
- Especificamente no caso de coberturas na Saúde Suplementar, não é raro que no registro do paciente se faça toda a identificação do paciente e operadora, mas haja falha na identificação do plano específico do paciente por dificuldade de identificação na própria 'carteirinha' fornecida pela operadora:
  - Isso gera um grande problema prático, porque para uma mesma operadora o preço de algo é diferente dependendo do plano. Neste caso, dependendo do estabelecido no contrato:
    - Pode ser mais viável cancelar a conta e 'regerar' novamente com base no plano adequado;
    - Ou pode ser mais viável uma negociação comercial de acréscimo ou desconto no preço total;
    - Uma destas duas alternativas geralmente é mais viável do que ter que tratar todas as glosas, item a item da conta.

Modelo GFACH

Documentos Complementares:

- Existe uma infinidade de documentos utilizados para evidenciar adequadamente a apresentação da conta hospitalar:
  - Em qualquer situação sempre se afere:
    - A identificação adequada do paciente;
    - Os carimbos, assinaturas e datas nos documentos do prontuário;
    - Eventualmente as embalagens de produtos de alto custo, especialmente o OPME;
    - O preenchimento adequado dos campos obrigatórios nas prescrições, evoluções, descrição de procedimentos, descrição de cirurgias e alta;
    - O preenchimento adequado dos Termos de Responsabilidade e de Consentimento;
  - Particularmente na Saúde Suplementar, o preenchimento adequado dos documentos padronizados pela ANS, como a Guia TISS;
  - Particularmente no SUS, o preenchimento adequado dos documentos padronizados de faturamento, como AIH, APAC, BPA, etc.

Pelo exposto é muito fácil concluir que o custo relacionado aos processos de glosas é elevadíssimo para o hospital:

- O Provedor tem custo relacionado à aferição da apresentação, geração da glosa e análise do recurso;
- Mas o Hospital tem o custo de produção da documentação, aferição da apresentação, identificação da glosa, produção do recurso e análise do recurso.

Modelo GFACH

D.2.2 Sobre Identificação e Recurso de Glosa

Tópico	Notas
Prazos	A estrutura da operadora não facilita a identificação e o recurso Se o hospital não agir pro ativamente perde o prazo e a receita
Objetividade	O recurso deve ser simples e objetivo: quanto mais rebuscada for a linguagem, maior a chance do processo demorar
Formalização	Só vale o que está no contrato e as evidências formais Acordos verbais não têm validade
Falta de Consenso	Se o processo não resultar em consenso: • Ou a glosa deve ser revertida para o paciente • Ou a glosa deve ser discutida no âmbito comercial

Sistemas	• Os sistemas das operadoras são diferentes
	  • O hospital deve avaliar se os funcionários envolvidos estão adequadamente treinados nas ferramentas
	• Identificada uma glosa controlada por sistema
	  • Deve ou deverá haver glosas sistemáticas e em grande volume
	  • A estrutura comercial/faturamento/auditoria deve priorizar o ajuste adequado do sistema em relação às outras atividades

Levando-se em conta que não existe interesse do Provedor, em especial a operadora, em simplificar o processo de identificação e recurso de glosa, é fundamental que o Hospital tenha como métricas a simplificação do processo.

Prazos:

- O Hospital deve agir de forma pró ativa;
- Analisar, se possível diariamente, os relatórios procurando identificar a glosa o mais cedo possível.

Objetividade:

- Quanto maior e mais confusos os textos, maior a chance do processo demorar mais do que deveria;
- Deve usar linguagem simples, formalizando o recurso apenas no que ao que se refere especificamente a glosa.

Modelo G

Formalização:

- Somente o que consta no contrato deve ser feito, e somente o que consta no contrato tem valor;
- Acordos verbais ou instrumentos não descritos no contrato não têm valor.

Falta de Consenso:

- Se o processo de recurso apontar falta de consenso, não deixar que fique estagnado, encaminhando para uma definição imediata:
  - No caso do SUS ou Saúde Suplementar:
  - Encaminhar o caso para negociação comercial, uma vez que a decisão técnica não resolveu;
- No caso da Saúde Suplementar:
  - Se for o caso, reverter a cobrança para a pagamento direto por parte do paciente (Conta Particular Diferença).

Sistemas:

- Identificando grande volume de glosas por problemas de parametrização de sistemas, instruir o processo para resolução no âmbito comercial, para que seja resolvido em lote;
- Identificando modificação no sistema do provedor, buscar imediatamente a reciclagem de treinamento dos envolvidos de modo a evitar que a inabilidade seja origem de glosas.

A tônica da gestão das glosas não deve ser jurídica – o aspecto jurídico é fundamental nos casos de litígio, mas não deve ser utilizado de forma rotineira, como se a relação hospital e provedor fosse algo obrigatório, no sentido de existir por obrigação e não para viabilizar a atividade de ambas as partes.

Provedor e hospital dependem mutuamente uns dos outros. O fato do provedor, especialmente a operadora, ser rígido na definição de regras se baseia na necessidade de controlar a sinistralidade dos seus planos.

A tônica do estreitamento do relacionamento dá ao hospital melhores resultados.

Modelo GFACH

E Gestão Estratégica

Não existe forma mais eficiente de saber o que acontece no hospital do que analisar as informações geradas na gestão comercial, de faturamento e de auditoria.

Tudo que se faz no hospital tem algum reflexo direto ou indireto na receita e nos custos, e o resultado do faturamento (a receita) é que viabiliza o hospital. Realizar a gestão comercial, de faturamento e de auditoria de contas de forma adequada viabiliza análises estratégicas precisas, permite ao administrador analisar tendências e oferece a possibilidade de avaliar a produção e produtividade das áreas assistenciais e de apoio assistencial, identificando se a gestão compartilhada está sendo feita de forma eficiente, eficaz e efetiva.

E.1 Base de Dados para Gestão Estratégica

Uma das principais métricas da gestão é basear o planejamento e as ações em dados, procurando eliminar ao máximo a subjetividade das análises. Os objetivos que norteiam o hospital no planejamento estratégico, e que alinham os processos no plano tático e operacional são adequadamente definidos quando se baseiam em informações históricas adequadamente estruturadas, e nas tendências que estas informações produzem quando aplicadas as técnicas estatísticas.

A gestão estratégica hospitalar, como em qualquer tipo de empresa, necessita de uma base de dados que consolida as principais informações e eventos da prática assistencial, e do consequente reflexo desta prática no ambiente de negócios em que o hospital se insere: os sistemas de financiamento SUS e da Saúde Suplementar.

Podemos definir uma estrutura básica desta base de dados que atenda fundamentalmente as principais análises que são realizadas na gestão hospitalar:

- Esta estrutura básica pode variar de um hospital para outro, especialmente se atua nos dois sistemas de financiamento (SUS e Saúde Suplementar) ou não, se é um hospital geral ou especializado, e assim por diante;
- Na maioria dos casos a análise do que é discutido neste capítulo levará a conclusão de que a estrutura apresentada é maior que a necessidade do caso específico – em raríssimos casos poderá haver a conclusão de que falta algo na estrutura apresentada.

Modelo GFACH

E.1.1 BI – Business Intelligence

Existe um conceito utilizado no estudo da tecnologia da informação chamado de BI (Business Intelligence). Para aprofundamento no conceito, consultar o Modelo GIPH – Gestão em Informática e Processos Hospitalares (www.giph.net.br).

Este conceito parte do pressuposto que nenhum sistema isoladamente possui todas as informações que a gestão empresarial necessita:

- Nas empresas:
  - Os principais processos corporativos são controlados por um sistema, chamado ERP (Enterprise Resource Planning), ou por dois sistemas integrados, um que se presta ao controle dos processos da atividade fim (chamado front office) e outro que se presta ao controle dos processos de retaguarda (chamado back office);
  - Mas existe uma infinidade de outros sistemas que controlam processos específicos, chamados departamentais;
- Nos hospitais não é diferente:
  - Os processos fundamentais são controlados pelo HIS (Hospital Information System), que em algumas situações, especialmente nos grandes hospitais, não atende adequadamente os processos de retaguarda e funciona integrado com um sistema de back office;
  - E existe uma infinidade de sistemas que controlam as mais diversas áreas especializadas assistências e de retaguarda, por exemplo:
  - Controle interno do laboratório, ou LIS (Laboratory Information System);
  - Controle interno do serviço de nutrição e dietética (produção e dispensação);
  - Controle de repasse de produtividade para profissionais assistenciais.

Modelo GFACH

O conceito de BI se resuma na criação de uma base de dados que consolida as informações que a gestão necessita e que estão espalhadas nos mais diversos sistemas, viabilizando as análises que necessitam mesclar as informações deles.

Existem ferramentas de mercado desenvolvidas especificamente para isso, mas a maioria dos hospitais que fazem uso de BI, e isso não é demérito algum, utilizam o próprio Microsoft Excel ®, utilizando seus recursos de forma profissional, em alguns casos utilizando sistemas gerenciadores de banco de dados de pequeno porte, de uso livre e gratuito.

Mesmo na forma mais rudimentar de estruturação do BI, através do uso de planilhas sem muitos recursos profissionais, a gestão estratégica pode ser viabilizada de forma satisfatória.

Mas como a regra, e modo mais viável para a maioria dos hospitais, é adquirir os sistemas de terceiros e não desenvolver internamente, o BI só se viabiliza quando a gestão insere como premissa de contratação de fornecedores de sistemas a obrigatoriedade de:

- Fornecer as informações que o hospital necessita para estruturar sua própria base de dados de BI;
- Ou permitir que o hospital faça consultas à sua base de dados (consulta e não atualização) de modo a extrair as informações que necessita, no formato que necessita para a alimentação da sua base de dados de BI.

Esta premissa não traz qualquer tipo de inconveniente técnico ao fornecedor. O que pode, e geralmente acontece, é o fornecedor de TI querer aproveitar a oportunidade para fornecer, além do seu sistema, também o serviço de estruturação do BI:

- Não existe nada de ruim nisso caso ele não esteja saindo do seu foco de negócio, porque o BI pressupõe que a gestão não sabe exatamente que tipo de relatório vai necessitar, até o momento que necessite;
- Se o foco do fornecedor não é BI, vai tentar vender serviço de desenvolvimento de sistema, partindo da premissa que os relatórios são predefinidos e a cada nova necessidade vai alegar necessidade de desenvolvimento específico ... e isso é serviço de desenvolvimento de sistema e não de fornecimento de BI.

Modelo GFACH

E.1.2 Informações do BI

Faturamento, Auditoria de Contas e Comercial Hospitalar **Base de Dados para Gestão Estratégica**	
Informação	Significado
Código do Paciente	Código único do paciente no hospital
Nome do Paciente	Nome Completo do Paciente
Data de Nascimento	Data de Nascimento Completa do Paciente
Sexo	Sexo do Paciente
Nacionalidade	País de Nacionalidade
Residência	Cidade de Residência
Tipo do Atendimento	Internação / Pronto Socorro / Ambulatório / SADT
Código do Atendimento	Código do atendimento
Origem do Atendimento	Espontânea / Transferência de Outro Serviço / Judicial / Referenciado de Outro Serviço
Outro Serviço	Identificação do Serviço de Origem, quando aplicável
Data Internação / Atendimento	Data da Internação, ou do Atendimento no Pronto Socorro, Ambulatório ou SADT
Data Alta	Data da Alta
CID	CID Principal
Número da Conta	Número da Conta
Provedor	SUS / Operadora / Particular
Plano/Tipo de Financiamento	Plano no Caso da Operadora / Tipo de Financiamento no Caso do SUS
Data Formação	Data da Formação da Conta (Conta Gorda)
Data Liberação	Data da Liberação da Conta para Apresentação à Auditoria Local
Data Capeante	Data da Formalização do Capeante
Valor Ajustado no Capeante	Valor Acrescido ou Reduzido na Auditoria Local
Motivo do Ajuste no Capeante	Motivo
Auditor Interno	Identificação do Auditor Interno
Auditor Externo	Identificação do Auditor Externo
Data Remessa	Data da Remessa da Conta ao Provedor, ou da apresentação ao paciente particular
Faturista	Identificação do Faturista da Conta
Área requisitante	Área hospitalar que originou o pedido / consumo
Área executante	Área hospitalar que realizou a entrega do produto / serviço
Grupo do Item	Grupo do Item Faturado
Código do Item	Código do Item Faturado - TUSS ou TISS na Saúde Suplementar, ou SIGTAP no SUS
Descrição do Item	Descrição do Item na Data do Faturamento
Código do Profissional	Código do Profissional Executante (CRM, CRO, etc.)
Nome do Profissional	Nome do Profissional Executante
Quantidade	Quantidade Faturada do Item
Valor Total	Valor Total do Item
Data da Glosa	Data da Apresentação da Glosa
Valor da Glosa	Valor da Glosa
Motivo da Glosa	Motivo da Glosa
Data do Recebimento	Data do Recebimento no Provedor Original
Valor Negociado / Desconto	Valor Reduzido por Negociação ou Desconto
Valor do Recebimento	Valor do Recebimento do Provedor Original
Data da Reversão	Data da Reversão do Provedor para o Paciente Particular
Valor da Reversão	Valor da Reversão do Provedor Original para o Paciente Particular
Data do Registro da Perda	Data do Registro da Perda do Provedor para o Paciente Particular
Valor da Perda	Valor da Perda do Provedor para o Paciente Particular

A tabela ilustra as informações básicas que a base de dados de BI deve possuir. Com elas é possível realizar análise da totalidade daquilo que é mais importante na gestão hospitalar:

- Análise Geral (do hospital como um todo) e/ou por Tipo de Atendimento e/ou por Provedor e/ou por Serviço Hospitalar e/ou por Profissional Multidisciplinar
- Estratificando Produção (volume e receita) e/ou Produtividade (volume ou receita por serviço e/ou profissional multidisciplinar);
- Avaliando o Perfil por Provedor e/ou por Produto;
- Considerando Receita e Volume Gerado, Faturado, Recebido, Glosado e Revertido.

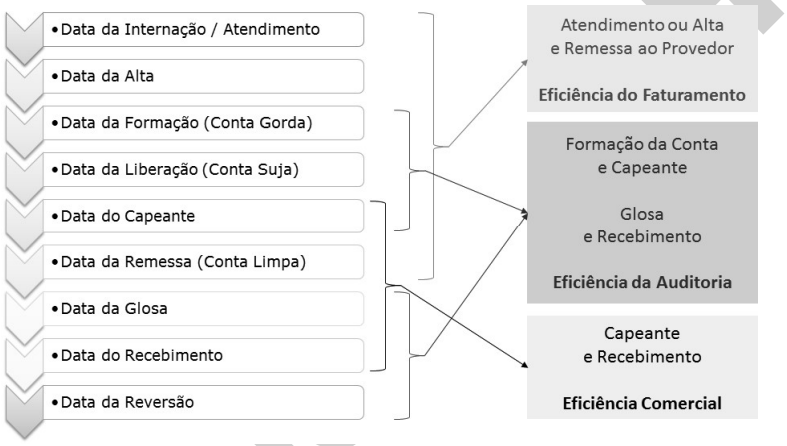
Não tratamos do assunto 'Custos Hospitalares' neste modelo, por isso não incluímos no desenho da base as informações que viabilizariam também as análises de rentabilidade:

- Geralmente o estudo de custos acaba se viabilizando na estrutura de informações da contabilidade de custos que organiza estas informações de forma diferente;
- Esta estrutura, sem os dados da contabilidade de custo, não permite apuração da rentabilidade hospitalar, mas permite mesmo sem as informações de custos:
    - Análise comparativa de contas abertas e fechadas (pacotes) para o mesmo procedimento;
    - Análise da receita efetiva do hospital (a que fica com o hospital) em relação à receita total gerada.

E.2 Produção e Produtividade

Esta estrutura de base de dados apresentada viabiliza uma infinidade de análises. Vamos apresentar aqui algumas delas, as mais utilizadas na gestão hospitalar no Brasil, também com o intuito de demonstrar o potencial que a gestão comercial oferece para o planejamento estratégico.

E.2.1 Controle do Tempo



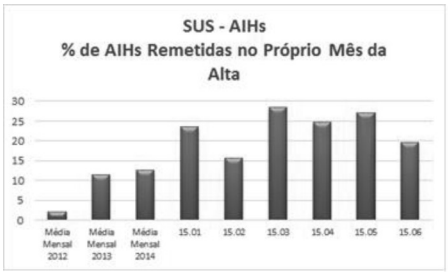
É necessário dizer que 'tempo é dinheiro'. Na gestão estratégica comercial hospitalar o tempo é fator crítico quando analisado por diversos 'ângulos de visão'. Vamos citar somente alguns:

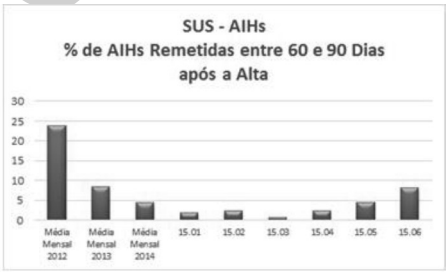
- Como vimos, tanto no SUS quanto na Saúde Suplementar a conta tem um prazo para ser remetida. No caso do SUS perder o prazo invariavelmente significa perder totalmente a receita. Na Saúde Suplementar existe chance de negociação quando se perde o prazo, mas isso geralmente está associado a um desconto, como forma de multa, ou seja, perda parcial de receita;
- Quando maior o tempo de remessa, maior o tempo de recebimento, e consequentemente existe 'perda inflacionária' associada;
- E, como vimos, é prática do mercado só repassar os honorários médicos e o pagamento do fornecedor de OPME após a confirmação do recebimento. Quanto maior o tempo, maior o stress do relacionamento com estes importantes parceiros hospitalares.

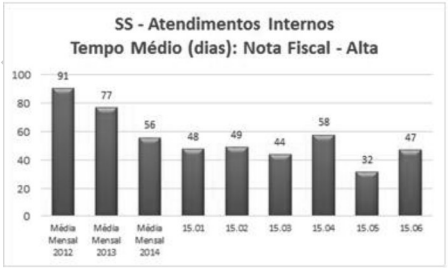
A Base de Dados Estratégica deve permitir aos gestores a análise dos tempos médios que permitem atuar no processo, ou eventualmente intervir junto aos gestores envolvidos, no sentido de manter os prazos sob controle. Por exemplo:

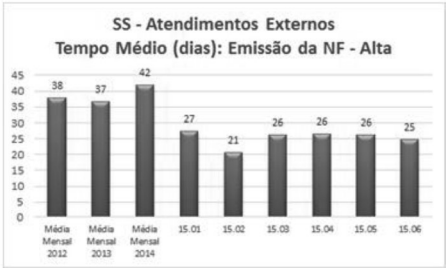
- O tempo médio entre a data de internação/atendimento e a data de remessa, mede a eficiência do processo e do Departamento de Faturamento Hospitalar, responsável por instruir o macroprocesso de formação das contas;
- O tempo médio entre a data da formação da conta (conta gorda) e a data de formalização do Capeante mede a eficiência da Auditoria Pré Remessa;
- O tempo médio entre a data do Capeante e a data do recebimento mede a eficiência da Área Comercial em cada provedor, uma vez que este tempo depende minimamente dos processos hospitalares, e maximamente do disposto nos contratos;
- O tempo médio entre a Data da Glosa e a data de Recebimento ou Reversão mede a eficiência da Auditoria Pós Remessa.

A melhor prática de mercado costuma ser a análise conjunta, em comitê ou comissão 'multidepartamental', para avaliar as eventuais razões de alongamento de prazos e/ou propor ajustes em processos e contratos para diminuir os prazos. Seguem algumas ilustrações de análises muito comuns sobre o tema.









GFACH

Dois dos gráficos se referem ao prazo de remessa de contas no SUS:

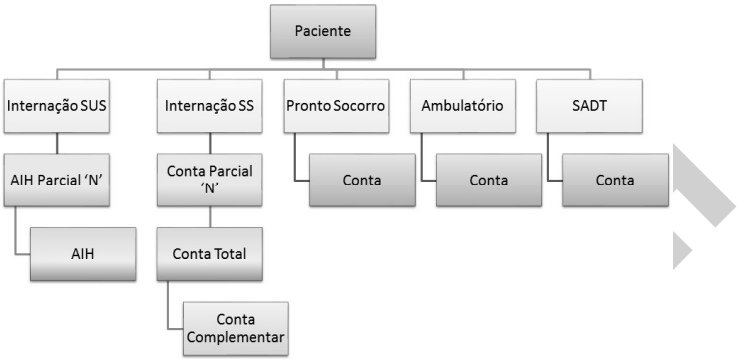
- Um deles demonstra o percentual de contas de internação (AIHs) que são remetidas no mesmo mês da alta do paciente:
  - Evidentemente o ideal seria 100 %, mas isso é impossível porque as altas que ocorrem próximas do final do mês naturalmente vão 'escorregar' para o mês seguinte;
  - A análise tem foco em acompanhar se o percentual cai, e quando isso eventualmente acontece identificar a razão e avaliar se existe algo que se possa ajustar no processo, ou não. Por exemplo: no Brasil existe a prática de 'emendar' feriados que ocorrem na terça-feira e quinta-feira, quando o departamento de faturamento ou não funciona, ou trabalha em regime de plantão – mas as altas continuam ocorrendo naturalmente independente do feriado ou da 'emenda'
- O outro demonstra o percentual de contas de internação (AIHs) que são remetidas no último mês possível de remessa, ou seja, 'à beira' do limite que define a perda da receita:
  - Neste caso o ideal seria 0 %, mas na prática isso também é impossível porque sempre existe um determinado volume de contas onde se encontram problemas de formalização, codificação, compatibilidade ou outra regra que exige intervenção especial atrasando o tempo padrão de remessa;
  - A análise tem foco em acompanhar se o percentual sobre, e quando isso acontece avaliar se houve alguma condição de exceção, ou se é necessário ajustar algo no processo.

Os outros gráficos exemplificam o mesmo tipo de análise na Saúde Suplementar, ilustrando que esta medição é feita tanto nas contas de internação quanto nas contas de atendimentos externos:

- Especificamente em relação aos atendimentos externos é recomendável separar Pronto Socorro, SADT e Ambulatório, porque os processos de formação das contas envolvem áreas muito distintas e a média pode mascarar uma determinada falha em um deles;
- Dependendo do caso, vale muito a pena desmembrar inclusive o próprio SADT (RX, Ressonância, Tomografia, etc.) e o Ambulatório (Especialidades) quando se identifica que os processos dentro deles não são tão homogêneos a ponto de poder unificar.

Modelo GFACH

E.2.2 Controle dos Volumes



A figura ilustra a relação entre pacientes, atendimentos e as contas hospitalares:

- Um paciente pode gerar mais de um atendimento:
  - Pode vir ao Pronto Socorro (atendimento em pronto socorro), e evoluir para uma internação;
  - Pode vir ao Ambulatório (atendimento ambulatorial) e realizar exames (atendimento de SADT);
- Um atendimento pode gerar mais de uma conta:
  - Nas internações, como vimos, é prática tanto no SUS quanto na Saúde Suplementar a existência de mais de uma conta por atendimento (contas parciais);
  - O atendimento em SADT pode se referenciar à uma série de terapias (sessões), e cada sessão pode representar uma conta.

A gestão estratégica deve observar não só o volume pacientes, atendimentos e contas, mas também a relação entre estes volumes:

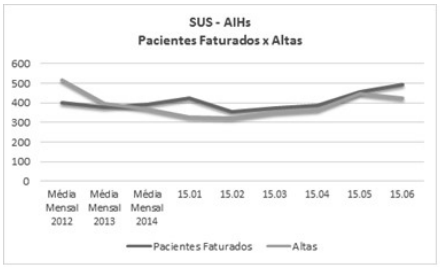
- Primeiro porque uma eventual variação (anormalidade) pode apontar erros de processos que impedem a geração do volume adequado de contas, com consequente perda de receita;
- E também porque esta relação define um dos aspectos do perfil dos clientes, que deve ser levado em conta quando entra em foco temas como fidelização e pacotes, por exemplo.

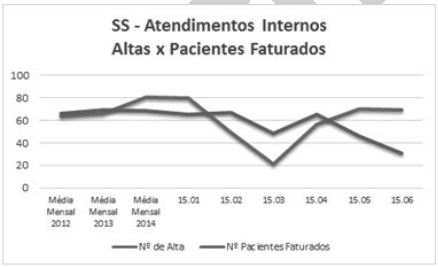
Modelo GFACH

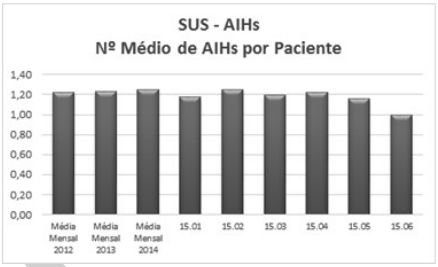
É importantíssimo sempre levar em conta o viés de que as contas não são sempre fechadas no mesmo mês do atendimento, como vimos:

- Analisar o mês serve como referência, mas é fundamental analisar períodos de tempo maiores para que ao longo do tempo este viés seja eliminado pela compensação;
- A falta em um mês é acréscimo no mês seguinte e em períodos maiores de análise o viés é desprezível.

A seguir algumas ilustrações que são práticas de mercado neste tema.



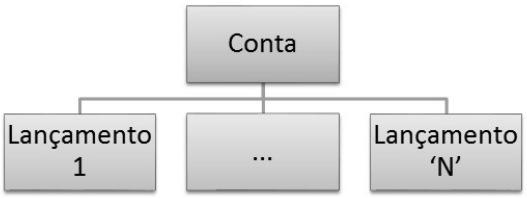


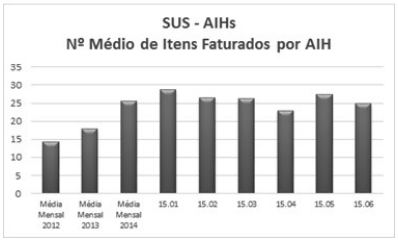


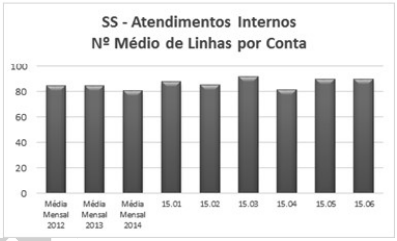
Os gráficos de linhas ilustram a comparação entre as altas e os pacientes faturados. Vale reforçar o conceito que pacientes faturados não representa o número de contas: um mesmo atendimento do paciente pode gerar diversas contas. O exemplo ilustra um grande problema no processo de faturamento em um determinado mês.

O gráfico de barras demonstra o número médio de AIHs (contas) por paciente faturado. O exemplo demonstra que neste caso para cada atendimento de paciente neste hospital gera-se em média 1,2 contas, e nos últimos meses houve uma retração que necessita ser avaliada.

E.2.3 Produtividade do Faturamento







Da mesma forma como se analisa, por exemplo, a produtividade da Radiologia Geral dividindo-se o número de exames por tempo de funcionamento, o Departamento de Faturamento pode ter como um parâmetro importante de avaliação de produtividade o número médio de itens lançados por conta:

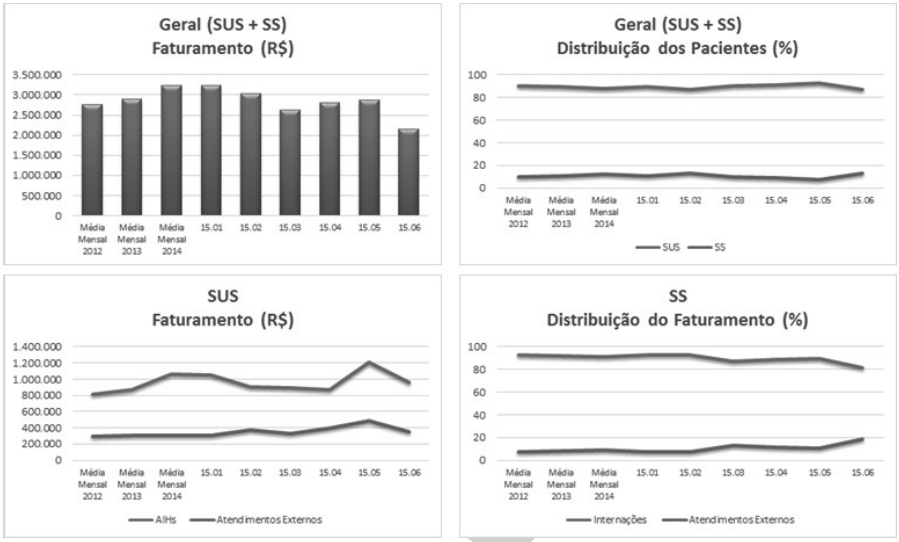
- Raramente existem regras comerciais ou variações de condutas assistências tão significativas de um es para outro a ponto desta média apresentar oscilações importantes;
- Ao analisar o indicador, as variações podem significar mudanças em processos ou parâmetros de sistemas que podem representar perda de receita.

A ilustração, na figura, do número médio de itens faturados por AIH é um caso real:

- As 3 primeiras barras são médias dos anos anteriores, e as demais são os meses do ano corrente;
- Pelo exemplo é possível verificar que o Departamento de Faturamento deste hospital duplicou a média de lançamentos entre o primeiro dado e os mais recentes da série, e isso resultou em um aumento significativo da receita.

Modelo GFACH

E.2.4 Evolução do Volume de Atendimento e do Faturamento



Os gráficos ilustram as práticas mais comuns da gestão do faturamento hospitalar. São dados reais de um Hospital Público de Porta 2:

- A evolução do faturamento propriamente dita, que é a tabulação do valor faturado:
  - Neste Hospital este valor é estratificado entre SUS e Saúde Suplementar, e dentro da Saúde Suplementar para cada Operadora;
  - Eles demonstram que este hospital cumpre a determinação legal de atender no máximo 20 % de pacientes na saúde suplementar;
- Os gráficos estratificam também, dentro do SUS e da Saúde Suplementar, os atendimentos de internação dos demais:
  - Esta estratificação é fundamental, como vimos, porque a rentabilidade hospitalar tem foco na alta complexidade (interações).

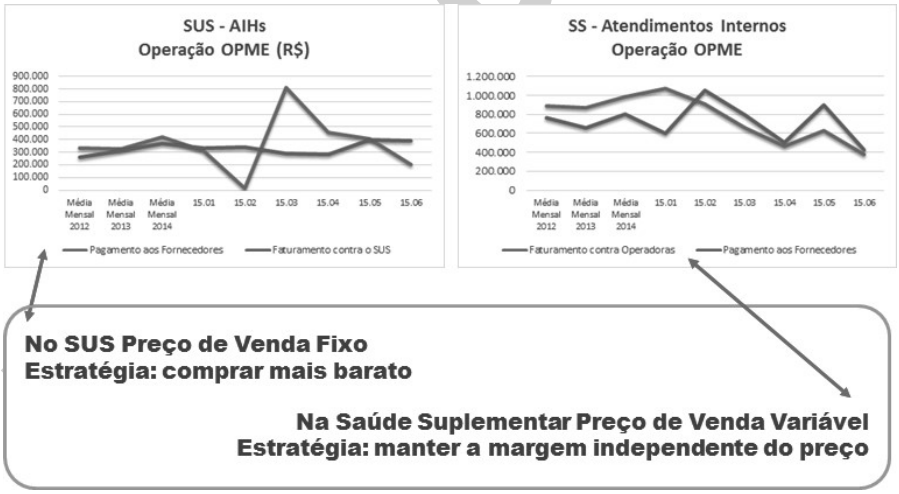
Modelo

E.3 Rentabilidade Comercial

Dentre todas as análises estratégicas fundamentais, as menos praticadas são as de rentabilidade comercial, por razões muito peculiares:

- Na realidade SUS onde boa parte do financiamento abandona critérios técnicos fazendo muitos hospitais serem ressarcidos com critérios políticos, a rentabilidade comercial perde importância, porque a produtividade não é parâmetro;
- Na Saúde Suplementar as análises exigem estratificação por Operadora-Plano, e como cada hospital possui centenas de contratos, que se desmembram em milhares de combinações Operadora-Planos, não é raro que a área comercial não tenha competência técnica e/ou operacional para produzir e analisar os indicadores:
  - Isso é 'o paraíso para as operadoras' que negociam com hospitais despreparado para negociar;
  - E evidentemente é 'o inferno para os hospitais' que desperdiçam a oportunidade de aumentar sua rentabilidade.

E.3.1 OPME



Um aspecto importante se refere ao OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) que, como vimos, na prática significa matéria de alto custo.

GFACH

No sistema SUS o preço de venda segue a Tabela SIGTAP, portanto é fixo:

- Para manter sua rentabilidade o hospital deve comprar pelo menor preço possível;
- Neste sistema nem sempre é possível vincular o pagamento do fornecedor ao encaixe do faturamento, especialmente quando o hospital é público e faz licitação para compra e não consegue prazo longo de pagamento. Neste caso, inclusive, o pagamento ocorre antes do faturamento, muito antes do repasse do SUS, trazendo reflexo negativo no fluxo de caixa.

Na Saúde Suplementar o preço de venda é variável:

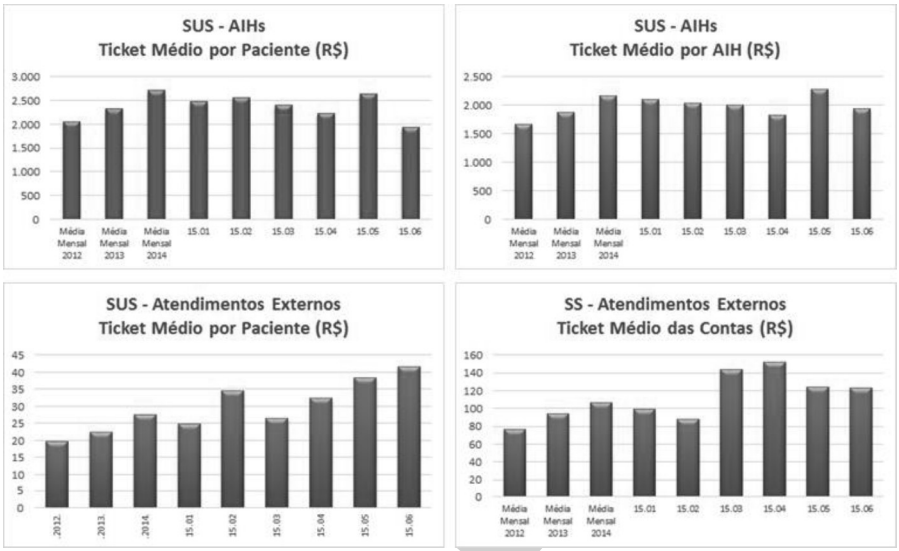
- Como vimos, o hospital geralmente repassa o valor do OPME ao fornecedor e aplica uma taxa a título de manipulação, que é a sua margem de comercialização;
- Como vimos também, existe um mercado específico deste tipo de produto no Brasil, que é alvo de atenção prioritária das operadoras no sentido de reduzir custos;
- Neste cenário a melhor prática hospitalar é não atuar como agente regulador do mercado, apenas se limitando a comprar pela melhor oferta, mas avaliando se a sua margem está sendo comprometida, e neste caso renegociar com as operadoras;
- Vimos também que é prática na saúde suplementar pagar o fornecedor somente após a efetivação do recebimento por parte do provedor – esta prática evita reflexos negativos no fluxo de caixa hospitalar.

Nos Hospitais Públicos de Porta 2 acontece uma situação muito peculiar:

- É sabido que a Porta 2 existe nos hospitais públicos para viabilizar sua existência – a própria vocação de atender pelo sistema SUS;
- A receita obtida na Porta 2 acaba viabilizando a utilização de OPME que o SUS não paga, nos atendimentos SUS, o que é um fator extremamente positivo:
    - Alguns procedimentos que não seriam realizados no SUS porque não existe previsão de ressarcimento de determinado OPME acaba se viabilizando pelo financiamento obtido pelo hospital na porta 2;
- O peculiar da situação é que o prejuízo que o Hospital Público de Porta 2 tem com OPME no SUS é compensado pelo lucro que ele tem na Saúde Suplementar. Este fato é vulgarmente chamado por alguns de 'Operação Robin Hood' !

Modelo GFACH

E.3.2 Ticket Médio



Em qualquer tipo de negócio, seja um pequeno comércio, seja em uma grande indústria, o ticket médio é o indicador mais significativo da gestão comercial – e em hospitais não poderia ser diferente:

- Para um mesmo valor faturado, quanto menos atendimentos forem feitos maior o ticket médio e menor o custo variável envolvido;
- Portanto quanto maior o ticket médio, maior a rentabilidade.

A figura ilustra situações reais de um Hospital Público com Porta 2:

- Nota-se que o ticket médio das contas de pacientes externos no SUS varia entre 1/5 e 1/3 do valor das contas na Saúde Suplementar, para a mesma especialidade – só esta análise já é suficiente para avaliar o quanto a Tabela SIGTAP está defasada;
- Mas nota-se uma evolução muito maior no valor do ticket médio em 3 anos do que o índice de inflação, o que indica que a eficiência do Departamento de Faturamento deste hospital evoluiu significativamente.

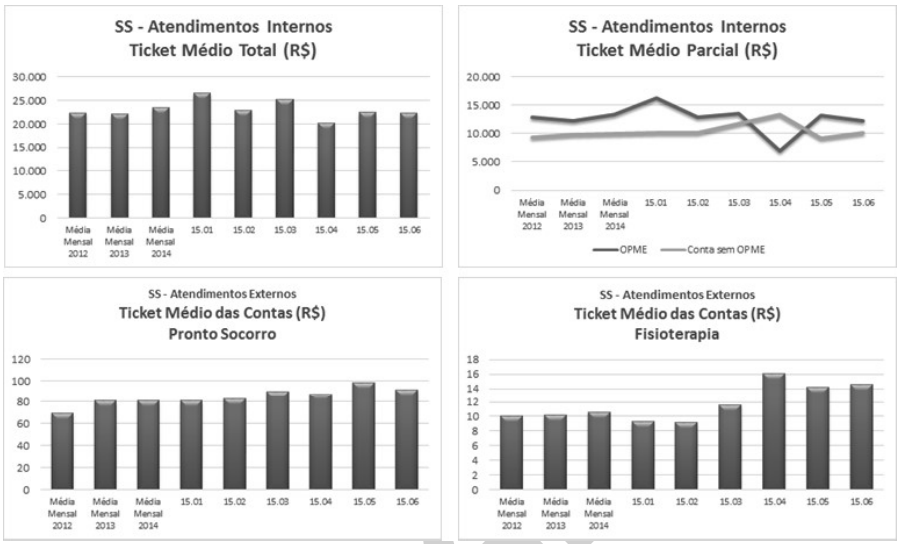
Modelo GFACH

Um aspecto muito importante a notar é que o ticket médio nunca deve ser analisado de forma isolada e pontual:

- Se existe um trabalho de aumentar a média de contas por paciente, encaixando mais contas parciais e desta forma reduzindo o prazo de recebimento:
  - Cresce o número de contas, mas mantém o número de pacientes, reduzindo o ticket médio por conta;
  - Mas o ticket médio por atendimento se mantém;
  - Portanto analisando os dois indicadores (por atendimento e por conta) é possível concluir que apesar da queda de um deles, não houve prejuízo para o hospital;
- Os indicadores demonstrados são importantes na análise de tendência mas trazem o viés de mesclar contas muito diferentes: especialidades e receitas diferentes:
  - Por exemplo, mesclar contas de internação com contas ambulatoriais significa extrair médias de um alto volume de contas com valor insignificante com um baixo volume de contas com valor exorbitante;
  - Este ticket médio mascara a análise de variação do ticket nas contas ambulatoriais, que diluídas em valores muito maiores acabam não sendo identificadas adequadamente;
  - Portanto é recomendável estratificar a análise para eliminar o viés.

Os tickets gerais são importantíssimos para avaliar a tendência geral da rentabilidade do hospital, mas este tipo de viés deve ser considerado e a gestão estratégica deve aprofundar a análise estratificando o cálculo ao nível de detalhe que permita definir ações de melhoria, maximizando a receita.

Modelo GFACH



Esta figura ilustra que a análise adequada do ticket médio geral pode ser aprofundada de modo a identificar os componentes do ticket médio geral, e trabalhar a origem da receita de modo a definir ações para melhorar o resultado. Por exemplo:

- Analisar separadamente o ticket médio das Internações, Atendimentos de Pronto Socorro, SADT e Ambulatório, avaliando a evolução de cada um deles e procurando identificar onde existe oportunidade de melhoria e/ou onde pode estar havendo algum fator que o esteja diminuindo;
- Separar nas contas de internação o ticket médio referente aos Honorários, OPME e restante, avaliando a receita de acordo com o seu destino, e identificar de forma mais objetiva a evolução de cada um destes componentes;
- Avaliar o ticket médio de cada serviço hospitalar. Por exemplo: o da fisioterapia, e instruir junto com a própria área de origem os fatores que podem aumentar o ticket médio do serviço.

A experiência mostra que o ticket médio é o indicador que qualquer área entende, e naturalmente se dispõe a melhorar quando possível.

E.3.3 Provedores

Uma peculiaridade fundamental da gestão hospitalar é a necessidade da gestão dos provedores, feita com a mesma importância que se faz a gestão dos clientes:

- Como discutido, a gestão comercial hospitalar é diferente da gestão comercial da maioria das empresas porque o conceito de cliente é diferente: o paciente é o cliente em última instância, mas se não existe acordo (contrato) com determinado provedor os seus beneficiários (aqueles pacientes) não vão utilizar os serviços do hospital;
    - Adicionalmente, o mesmo provedor dispõe de preços diferentes dependendo do tipo de financiamento (SUS) ou dos planos. Isso exige que o hospital desenvolva formas de maximizar os atendimentos para aquele provedor, nas linhas de preços mais vantajosas;
- Também foi discutida a necessidade da gestão comercial hospitalar considerar o médico como um tipo de cliente, porque ele contribui para captar e fidelizar os clientes de forma decisiva.

E.3.3.1 Tipo de Financiamento SUS

Distribuição do Faturamento SUS por Tipo de Financiamento

			jan	fev	mar	abr	mai	jun	tot	% s/tot
FAEC	Nº Itens	AIH	7	267	280	38	43	2	637	0,3
		AMB	36	64	25	134	111	108	478	0,2
	Valor	AIH	11.170	12.417	14.900	10.371	13.682	2.904	65.444	0,8
		AMB	3.592	6.269	2.487	13.406	10.888	10.724	47.366	0,6
MAC	Nº Itens	AIH	13.758	10.918	10.863	10.071	13.553	11.478	70.641	28,6
		AMB	29.420	23.953	26.812	28.477	31.135	30.080	169.877	68,7
	Valor	AIH	918.680	808.845	790.756	713.891	1.064.641	838.711	5.135.525	63,5
		AMB	298.763	361.912	320.256	383.231	475.622	337.780	2.177.564	26,9
MUT	Nº Itens	AIH	937	571	531	789	895	781	4.504	1,8
		AMB	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Valor	AIH	119.345	77.438	79.995	140.950	124.874	114.603	657.206	8,1
		AMB	0	0	0	0	0	0	0	0,0
PAB	Nº Itens	AIH	0	0	0	0	0	0	0	0,0
		AMB	143	141	139	111	211	247	992	0,4
	Valor	AIH	0	0	0	0	0	0	0	0,0
		AMB	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Total	Nº Itens		44.301	35.914	38.650	39.620	45.948	42.696	247.129	
	Valor		1.351.550	1.266.881	1.208.395	1.261.849	1.689.708	1.304.722	8.083.104	

Como vimos, no SUS os preços são únicos, definidos na Tabela SIGTAP, mas o sistema de saúde pública, em todas as suas instâncias, prioriza ações de prevenção e atenção da saúde para suprir necessidades urgentes ou grandes demandas reprimidas.

Esta priorização se materializa com incentivo financeiro maior para as ações que os serviços de saúde venham a realizar que possam contribuir para atender estas necessidades. Na prática o SUS muda o parâmetro de tipo de financiamento na Tabela SIGTAP de modo a remunerar o procedimento de forma diferente se ele for realizado nas condições que ele necessita. Esta mudança de parâmetro pode ser, por exemplo:

- Passar a remunerar um procedimento que era exclusivo nas internações também nos atendimentos ambulatoriais;
- Permitir a cobrança adicional de algum item que originalmente estava incluso no preço do procedimento.

A mudança de parâmetro mais significativa em relação aos preços é definir formas de incentivo em massa através de mutirões. Nestes casos o SUS define incrementos de preços que muitas vezes dobram o preço pago. Por exemplo:

- Quando o SUS identifica nas suas estatísticas que existe uma grande demanda reprimida de cirurgias de catarata em uma determinada região geográfica, através de portaria define que este procedimento será remunerado em dobro naquela região.

Associado ao fato de que a Tabela SIGTAP também vai sendo atualizada com as novidades tecnológicas, novos procedimentos, novos OPMEs, e correções em definições sobre relacionamentos e compatibilidades, fica evidente a necessidade do hospital aferir as atualizações da tabela, ajustando seus processos, kits de cobrança e plano assistenciais de modo a aproveitar oportunidades e maximizar a receita.

No próprio site do Datasus é possível identificar de forma muito simples as atualizações da tabela, que geralmente estão identificadas por períodos de publicação que correspondem ao que se denomina competência.

Este fato reforça o fato de que o hospital que não faz a gestão adequada do SUS reclama sistematicamente do preço da tabela e não sabe aproveitar as formas que reduzir o problema causado pela ausência de reajuste dos preços.

Modelo GFACH

E.3.3.2 Operadoras na Saúde Suplementar

Distribuição do Faturamento Saúde Suplementar por Convênio (2015)

	Ambulatório			Internação						Total		
	Nº Ctas	Fat	TM	Nº Ctas	Fat	Fat OPME	TM Cta	TM OPME	% OPME	Nº Ctas	Fat	% Fat
EMOG	131	7.218	55	7	255.379	92.197	36.483	13.171	36	138	262.597	3
CEBESP	485	33.688	69	10	256.220	47.724	25.622	4.772	19	495	289.908	3
CESE PGUS	118	3.837	33	4	61.473	21.818	15.368	5.454	35	122	65.309	1
CESSO	663	51.383	78	13	584.181	217.927	44.937	16.764	37	676	635.563	7
CEK	163	7.932	49	3	37.415	19.667	12.472	6.556	53	166	45.347	1
CEKESB	166	19.342	117	1	12.492	6.900	12.492	6.900	55	167	31.833	0
CHEH	299	13.676	46	3	92.150	60.041	30.717	20.014	65	302	105.825	1
COSSEOOS	344	20.728	60	7	152.496	109.512	21.785	15.645	72	351	173.224	2
ECOHOMUS	388	19.741	51	8	167.963	37.973	20.995	4.747	23	396	187.704	2
FUHCEF	373	22.039	59	5	161.614	65.042	32.323	13.008	40	378	183.652	2
FUHJECEO CESP	434	26.285	61	8	118.073	58.450	14.759	7.306	50	442	144.358	2
MEJOEG SEUJE	267	14.779	55	5	101.098	63.004	20.220	12.601	62	272	115.877	1
MEJOSESVOCE	689	31.990	46	15	604.530	432.520	40.302	28.835	72	704	636.519	7
MEKSUS	181	16.773	93	2	45.066	28.750	22.533	14.375	64	183	61.839	1
HOKSE JEME	715	44.650	62	9	172.889	103.220	19.210	11.469	60	724	217.539	3
POSKO SEGUSO	1.014	48.686	48	18	258.370	53.793	14.354	2.988	21	1.032	307.056	4
SEUJE BSEJESCO	4.209	214.742	51	97	2.267.802	1.437.996	23.379	14.825	63	4.306	2.482.544	29
SUG EMESOCE	2.700	160.669	60	65	1.516.547	915.062	23.331	14.078	60	2.765	1.677.216	19
UHOMEJ	951	49.588	52	9	139.957	59.260	15.551	6.584	42	960	189.545	2
USOMOHES	30	1.257	42	1	50.769	29.849	50.769	29.849	59	31	52.026	1

A figura ilustra a análise mais importante que se faz das operadoras de panos de saúde na gestão comercial hospitalar.

Se entendemos que a rentabilidade hospitalar se baseia no atendimento de alta complexidade, e os atendimentos externos (pronto socorro, ambulatório e SADT) são praticados como porta de entrada para a internação:

- Os provedores que geram muitos atendimentos externos e raros atendimentos de internação não contribuem para a rentabilidade e são considerados de baixo interesse comercial;
- Especificamente os que geram elevadíssimo volume de atendimento externos e raras internações representam inclusive prejuízo evidente.

Modelo

Esta análise é fundamental para instruir a gestão comercial estratégica:

- As operadoras que geram alto volume de atendimentos externos e baixo volume de internações devem ser analisadas sob alguns aspectos:
    - Pode ser que o hospital esteja assumindo a cobertura ambulatorial da operadora por falta de estrutura própria dela:
        - Este fato é comum no caso de operados regionais, com pequeno volume de beneficiários, especialmente fundos de pensão de prefeituras ou auto-gestão de empresa privada;
        - O volume de internação e baixo porque o número de beneficiários é baixo, e a ação comercial associada se resume em manter o provedor fidelizado;
- Mas pode ser que a operadora utilize o atendimento ambulatorial de excelência do hospital, mas quando existe a demanda de internação ela direciona a cobertura para sua rede própria ou para hospitais que praticam preços menores:
    - Neste caso a ação comercial deve dar foco na eliminação deste cenário:
        - Eventualmente renegociar o contrato de modo a ajustar as condições comerciais de modo que passem a favorecer a internação no próprio hospital;
        - Eventualmente cancelar o contrato se o prejuízo com os atendimentos de pacientes externos não puder ser compensado com o volume de internação correspondente.

A habilidade do gestor comercial é medida pela forma como ele aborda as operadoras e ajusta os contratos de modo a aumentar o volume geral de atendimentos, mantendo uma boa relação entre o volume de atendimentos internos e externos.

Neste tipo de aspecto o que se faz em hospitais é a mesma coisa que se faz em qualquer tipo de empresa:

- Pode-se praticar preços menores para provedores que geram maior volume de atendimento de internação, reduzindo a rentabilidade por atendimento, mas aumentando a rentabilidade geral;
- Deve-se direcionar a oferta de serviços aos clientes que geram maior rentabilidade e eliminar a oferta aos que geram prejuízo.

Modelo GFACH

E.3.4 Médicos

Os médicos são considerados clientes e parceiros comerciais do hospital: eles trazem pacientes, fidelizam pacientes, desenvolvem produtos e sinalizam se a gestão dos preços do hospital está compatível com as práticas do mercado. Algumas ações comerciais são fundamentais no sentido de manter o relacionamento com eles o mais favorável possível.

É importantíssimo manter as tabulações e análises comentadas neste capítulo em ambiente restrito: divulgar estas informações para todos os médicos e outras pessoas pode ser extremamente danoso no relacionamento com os médicos.

E.3.4.1 Estatística de Cirurgias

Estatística dos Procedimentos - Saúde Suplementar - 2014 Ranking por Procedimento				
Cod TUSS	**Descrição**	**Quantidade de Contas**	**Qde Lançamentos**	**Vlr HM**
30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO DE QUADRIL) - TRATAMENTO CIRÚ	46	157	131.097,02
30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	46	165	104.210,93
30710022	FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METÁLICAS INTRA-ÓSSEAS	42	123	11.369,74
30715024	ARTRODESE DE COLUNA VIA ANTERIOR OU POSTERO LATERAL - TRATAMENTO CIRUR	32	99	59.687,10
30715180	HERNIA DE DISCO - TRATAMENTO CIRURGICO	29	91	31.455,13
30726166	LESÕES INTRÍNSECAS DE JOELHO (LESÕES CONDRAIS, OSTEOCONDRITE DISS	29	84	16.911,08
30729181	HALLUX VALGUS (UM PÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	29	92	25.573,53
30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRATAMENTO CIRURG	28	87	14.194,49
30731216	TRANSPOSIÇÃO DE MAIS DE 1 TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	26	92	17.044,73
30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	24	73	21.140,04
30730031	DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES	20	62	10.137,03
30731119	TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	20	66	9.614,03
30710030	PLACAS	19	55	6.719,15
30726140	LESOES AGUDAS E/OU LUXACOES DE MENISCOS (1 OU AMBOS) - TRATAMENTO CIRU	19	57	12.433,50
30729220	PÉ PLANO/PÉ CAVO/COALISÃO TARSAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	18	69	24.600,76

A figura ilustra uma das análises mais comuns no relacionamento com médicos na saúde suplementar:

- O ranking das cirurgias mais realizadas no hospital e o valor faturado de honorários médicos associada a elas;
- Não se trata de analisar o valor das contas (esta é outra análise), mas sim a receita de honorários médicos, que geralmente é repassada ao médico (integral ou parcial);
- E não se trata do número de cirurgias, mas de lançamentos de procedimentos cirúrgicos, uma vez que uma cirurgia pode gerar vários lançamentos (associados, do médico principal e dos auxiliares, etc.).

Na saúde suplementar não se obriga o médico a realizar procedimentos:

- Se os procedimentos são realizados é porque existe algum interesse por parte deles. Então os procedimentos de maior frequência são os de maior interesse deles;
- Portanto o hospital deve dar foco em manter as condições mais favoráveis possíveis para que a frequência deles se mantenha elevada, ou seja, não devem haver dificuldades na infraestrutura e processos que possam reduzir esta frequência.

Estatística dos Procedimentos - SUS 2014
Ranking por Procedimento

Cod SUS	Descrição	Quantidade de AIHs	Qde Lançamentos	Vlr Faturado no Procedimento
415040035	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	1.230	2.592	887.865,13
408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	396	864	508.808,20
408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	268	583	396.871,24
408040092	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NAO CIMENTADA / HIBRIDA	151	351	274.754,10
408050160	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	85	184	190.573,71
408050179	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	62	139	130.969,35
408050063	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	56	121	107.423,34
408060190	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE	126	274	101.302,72
504020021	PROCESSAMENTO DE TECIDO MUSCULOESQUELETICO (101-200 GR)	43	58	98.425,00
408040076	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (REVISAO / RECONSTRUCAO)	41	100	83.546,51
408030801	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOZE NIVEIS OU MAIS	30	65	78.734,42
401020037	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	112	241	78.094,62
408030305	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NIVEIS, INCLUI INSTRUMENTACAO	26	54	74.087,12
408050497	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO	115	242	71.824,55

No SUS também se tabula da mesma forma, mas temos as particularidades:

- O valor se refere ao procedimento total, e não somente ao honorário médico;
- Na maioria das vezes o médico é remunerado por produção, ou seja, esta receita geralmente é do hospital.

No SUS a frequência dos procedimentos não é determinada pelo valor do repasse, e geralmente é definida pelo interesse do grupo da especialidade, e especialmente nos hospitais universitários pela grade curricular a ser cumprida:

- De qualquer forma, demonstra o interesse do médico na realização de alguns procedimentos, e da mesma forma que na saúde suplementar, para manter a frequência o hospital deve realizar ações para sustenta-la;
- E pode servir de base para trabalhar junto às equipes no sentido de aumentar a frequência as cirurgias de maior rentabilidade – as que se enquadram em mutirões, por exemplo, e podem remunerar em dobro.

Modelo GFACH

E.3.4.2 Ranking de Médicos

Estatística dos Procedimentos - Saúde Suplementar - 2014 Ranking por Médico				
CRM	**Nome**	**Quantidade de Contas**	**Qde Lançamentos**	**Vlr HM**
42444	IDIRHUN HITIJI	127	217	57.707,28
52740	TIRCUH DE INDRIDE CURHITU	119	242	70.261,84
52905	GIURU RUBERTU DUH REIH	111	234	35.236,88
87207	FIBIU JINHUN INGERINI	87	133	65.795,49
62582	INTUNIU CIRRUH RUHHETTI	84	115	31.124,22
222084	RUIH EDUIRDU GIHHIRERI TIRICU	76	116	31.082,99
8979	TIRCU TIRTINH ITITUZZI	73	104	19.139,90
47242	ERIZI YUKIE TIKITI	67	114	42.188,23
44448	HITURU EGUCHI	58	92	26.201,32
67555	TIRCU INTUNIU IRVEH RIBEIRU	54	86	27.795,22
208405	TIRCUH DE CITIRGU REUNHIRDT	54	69	38.553,12
49677	WRIHTETIR GRIGURETTU JUNIUR	51	53	27.130,53
204082	EDUIRDU INGERI TIRIVURTI	43	105	16.013,27
204442	GUIRHERTE GERUHINI GIIIRHI	40	69	23.828,35
82072	TIRCERU TIDEU CIIERU	39	55	31.010,72
84952	HERCIU IRBUQUERQUE DUH HINTUH	37	52	18.311,54
226209	RIFIER BIRBIN HGUHITU	37	72	15.773,41
24480	REGINIRDU GERIRU URIVEIRI	34	69	50.835,72

Outra análise fundamental é a baseada no ranking por médico. Uma vez considerado como um dos clientes hospitalares, o hospital deve prover ações de estreitamento de relacionamento com eles:

- Os médicos que aparecem no topo do ranking, com maior frequência de procedimentos realizados, são os que o hospital deve 'ouvir com maior atenção':
  - Estes estão mais tempo no hospital, conhecem os detalhes dos processos relacionados à assistência dos pacientes, a retaguarda administrativa diretamente relacionada ao atendimento, as regras comerciais favoráveis e desfavoráveis, etc.;
  - Ouvir sua opinião para eventualmente ajustar processos e contratos é uma consultoria gratuita, além de fator motivador para fortalecer a parceria médico/hospital;
- Os que aparecem na base do topo são os que o hospital deve abordar para entender as razões que eventualmente impedem o estreitamento da parceria;
- E, evidentemente, analisar a evolução do ranking por período permite ao hospital identificar eventuais movimentos de afastamento, e realizar ações de correção da tendência.

Modelo GFACH

E.3.4.3 Estatística de Cirurgias por Médico

Estatística dos Procedimentos - Saúde Suplementar - 2014 Associação Médico x Procedimentos					
CRM	**Nome**	**TUSS**	**Descrição**	**Qde**	**Vlr HM**
15480	SEGANALLO CESALO OLAVEASA	30715024	ARTRODESE DE COLUNA VIA ANTERIOR OU POSTERO LATERAL - TRATAMENTO CIRUR	31	31.247,96
80100	SABAO JANSON ANGELANA	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	29	26.190,56
15480	SEGANALLO CESALO OLAVEASA	30715180	HERNIA DE DISCO - TRATAMENTO CIRURGICO	28	15.017,91
95956	SACHAEL MASJUS MASCON	30715024	ARTRODESE DE COLUNA VIA ANTERIOR OU POSTERO LATERAL - TRATAMENTO CIRUR	28	8.358,65
51040	MASCOS LE ANLSALE COSSAJO	30729181	HALLUX VALGUS (UM PÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	27	13.422,22
95956	SACHAEL MASJUS MASCON	30715180	HERNIA DE DISCO - TRATAMENTO CIRURGICO	26	5.198,53
51905	CAULO SOBESJO LOS SEAS	30729181	HALLUX VALGUS (UM PÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	24	3.716,88
80100	SABAO JANSON ANGELANA	30726166	LESÕES INTRÍNSECAS DE JOELHO (LESÕES CONDRAIS, OSTEOCONDRITE DISS	24	8.070,93
111085	LUAS ELUASLO CASSASELA JASACO	30726166	LESÕES INTRÍNSECAS DE JOELHO (LESÕES CONDRAIS, OSTEOCONDRITE DISS	21	2.255,47
59600	WLASJEMAS GSAGOLEJJO JUNAOS	30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO DE QUADRIL) - TRATAMENTO CIRÚ	20	20.125,40
51040	MASCOS LE ANLSALE COSSAJO	30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRATAMENTO CIRURG	19	3.858,36
111085	LUAS ELUASLO CASSASELA JASACO	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	18	9.585,06
51905	CAULO SOBESJO LOS SEAS	30710022	FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METÁLICAS INTRA-ÓSSEAS	17	1.091,29
104081	ELUASLO ANGELA MALAVOLJA	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	17	3.799,23
51905	CAULO SOBESJO LOS SEAS	30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRATAMENTO CIRURG	16	987,31
61581	ANJONAO CASLOS SOSSEJJA	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	16	10.802,65

Não só como complemento da análise do ranking por cirurgia e por médico, a estatística de cirurgias por médico permite uma análise de importância diferenciada em relação às demais:

- Como vimos, as cirurgias representam a maior oportunidade de rentabilidade entre todas as formas de receita hospitalar, e os médicos que mais realizam determinada cirurgia têm maior competência para opinar sobre o que se refere a ela;
- Esta competência é muito útil, por exemplo:
  - Na definição da padronização do OPME associado e dos fornecedores de OPME associados;
  - No refinamento dos kits de cobrança associados;
  - No desenvolvimento de pacotes.

Também é importante identificar o 'pacote de procedimentos' que um determinado médico ou grupo realiza, para definir condições comerciais específicas:

- Ofertar ao médico ou grupo, alguma condição que permita o aumento dos procedimentos de menor frequência;
- Combinar ações comerciais com eles para ofertar condições especiais para operadoras de planos de saúde.

Modelo GF

E.3.4.4 Parceria do Médico com o Hospital

Médico		Ambulatório		Internação		Geral	
CRM	Nome	Nº Itens	Vlr Total Itens	Nº Itens	Vlr Total Itens	Nº Itens	Vlr Total Itens
88246	TUFCERO B.FODFIHUEH	923	22.560	282	4.009	1.205	26.569
24480	FEHINURDO TEFIRO ORIVEIFU	788	47.473	39	27.542	827	75.015
49864	FOBEFTO FFEIFE DU TOTU E URBUQUEFQUE	475	27.470	17	6.520	492	33.990
62840	TUFCOH DE UNDFUDE COFHUTO	434	26.003	129	40.015	563	66.018
88208	FUBIO JUNHON UNHERINI	434	25.686	52	12.274	486	37.959
204082	EDUUFDO UNHERI TURUVORTU	421	23.427	35	4.762	456	28.188
62682	UNTONIO CUFROH FOHHETTI	348	20.069	58	14.965	406	35.034
226026	DUNIERRE TIETI HITÃO	265	15.128	9	1.558	274	16.686
222084	RUIH EDUUFDO TUHHUFERI TIFICO	264	15.857	37	7.528	301	23.385
60449	TUFCO UNTONIO UTBFOHIO	256	15.311	27	9.614	283	24.925
208406	TUFCOH DE CUTUFHO REONHUFDT	253	13.423	60	22.758	313	36.181
90848	UREXUNDFE FOHUCU CFIHTUNTE	183	9.290	0	0	183	9.290
226209	FUFUER BUFBUN HTOHITO	182	9.551	48	10.373	230	19.923
86208	HUIRHEFTE TUFORRU HHUIZZUTTO	108	6.623	0	0	108	6.623
229484	TEDFO UFUUJO TETEFHEN	104	5.234	3	200	107	5.433
62906	TUURO FOBEFTO DOH FEIH	94	5.070	138	27.695	232	32.765
204442	HUIRHEFTE TEROHINI HUIUFHU	94	4.821	48	12.363	142	17.184
208288	IVUN DIUH DU FOCHU	92	5.528	0	0	92	5.528
98422	HENFIQUE TERO DE CUTTOH HUFHER	77	4.782	16	5.747	93	10.529
226200	ORUVO BIFUHHI RETUIF	75	4.679	0	0	75	4.679
40082	FEFNUNDO TUCHUDO TEDFOHU	71	4.466	3	305	74	4.771

Na saúde suplementar, da mesma forma que se avalia se a operadora gera movimento de pacientes no ambulatório, mas não gera internação, o mesmo se faz em relação ao médico:

- Especialmente nos hospitais que têm corpo clinico aberto, o médico que gera movimento de ambulatório e não gera internação não é do interesse do hospital;
- Ele pode estar utilizando o nome e infraestrutura do hospital para captar clientes e direcionar para outro estabelecimento.

É fundamental que esta análise seja feita considerando fatores que podem distorcer totalmente as conclusões:

- Evidentemente, se a especialidade médica é predominantemente clínica, não se espera que o atendimento ambulatorial vá resultar em alto volume de internação;
- Um determinado médico de um determinado grupo, pode gerar elevado volume ambulatorial e nenhuma internação para si próprio, mas para os outros médicos do grupo ou de outras especialidades.

E é importante notar que os médicos que mais atuam no ambulatório geralmente são os de maior trânsito com os demais da instituição, não raro se tornando representantes em comitês, comissões e grupos de trabalho multidisciplinares.

Modelo GFACH

E.3.5 Perfil de Faturamento

Perfil do Faturamento na Saúde Suplementar

Grupo de Faturamento		Operadora A		Operadora B		Operadora C		Operadora D		Total
		Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
Diárias	Valor	1.000	**21,7**	1.200	**26,1**	900	**19,6**	1.500	**32,6**	4.600
	%	**45,5**		**43,3**		**41,3**		**45,5**		**44,0**
Taxas	Valor	200	**28,6**	200	**28,6**	100	**14,3**	200	**28,6**	700
	%	**9,1**		**7,2**		**4,6**		**6,1**		**6,7**
Medicamentos	Valor	100	**17,9**	110	**19,6**	150	**26,8**	200	**35,7**	560
	%	**4,5**		**4,0**		**6,9**		**6,1**		**5,4**
Materiais	Valor	50	**16,1**	60	**19,4**	100	**32,3**	100	**32,3**	310
	%	**2,3**		**2,2**		**4,6**		**3,0**		**3,0**
Gases	Valor	50	**21,7**	50	**21,7**	80	**34,8**	50	**21,7**	230
	%	**2,3**		**1,8**		**3,7**		**1,5**		**2,2**
Honorários	Valor	300	**19,4**	500	**32,3**	250	**16,1**	500	**32,3**	1.550
	%	**13,6**		**18,1**		**11,5**		**15,2**		**14,8**
SADT	Valor	100	**14,3**	200	**28,6**	250	**35,7**	150	**21,4**	700
	%	**4,5**		**7,2**		**11,5**		**4,5**		**6,7**
OPME	Valor	400	**22,2**	450	**25,0**	350	**19,4**	600	**33,3**	1.800
	%	**18,2**		**16,2**		**16,1**		**18,2**		**17,2**
Total		2.200	**21,1**	2.770	**26,5**	2.180	**20,9**	3.300	**31,6**	10.450

A figura ilustra o Mapa de Perfil de Faturamento, que é o 'livro de cabeceira' do gestor comercial. Escolhendo um determinado período o mapa detalha:

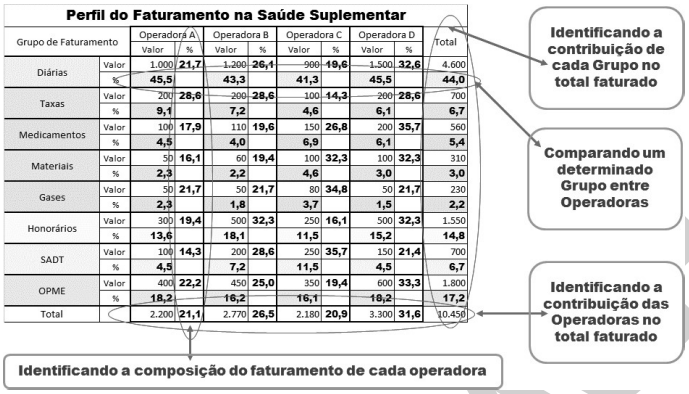
- Por operadora e no geral, permitindo:
  - Permitindo análise entre operadoras;
  - O percentual de participação da operadora no faturamento geral;
- Por grupo de faturamento:
  - Permitindo análise entre grupos;
  - O percentual de contribuição de cada grupo de faturamento, em relação ao geral;
- E de forma simultânea, entre operadoras e grupos.

No caso do SUS não existe a estratificação por operadora – apenas por grupo de faturamento.

Os grupos de faturamento são os mesmos utilizados na apresentação das contas – no caso do SUS as contas não são apresentadas por grupos, mas a codificação SUGTAP permite a mesma estratificação.

Este mapa permite a 'visualização 360º' do perfil comercial do hospital e viabiliza ações comerciais da maior importância para manter o hospital rentável e sustentável.

Modelo GFACH



A figura ilustra, por exemplo:

- A composição do faturamento de uma operadora, e a comparação com a composição com as demais;
- A participação da operadora no faturamento geral;
- A distribuição da receita pelos grupos, e a comparação em cada operadora;
- A comparação da contribuição de cada grupo de faturamento entre operadoras, e no geral.

Pelo exemplo é possível concluir que a ferramenta é fundamental para que o gestor comercial renegocie preços:

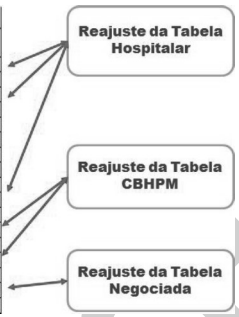
- Ele pode requerer majoração nos grupos onde a operadora está remunerando abaixo da prática de mercado;
- E deve ir preparado para ouvir o pleito de operadoras que tenderão a manter o preço nos grupos em que ela está pagando acima da média de mercado.

É importante ressaltar que as operadoras utilizam esta ferramenta usualmente para guiar suas negociações com os hospitais. Se o hospital não adota a mesma prática vai para a negociação 'no escuro' – como se estivesse 'entrando em uma batalha desarmado'.

Modelo GFACH

Perfil do Faturamento na Saúde Suplementar

Grupo de Faturamento		Operadora A		Operadora B		Operadora C		Operadora D		Total
		Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
Diárias	Valor	1.000	21,7	1.200	26,1	900	19,6	1.500	32,6	4.600
	%	45,5		43,3		41,3		45,5		44,0
Taxas	Valor	200	28,6	200	28,6	100	14,3	200	28,6	700
	%	9,1		7,2		4,6		6,1		6,7
Medicamentos	Valor	100	17,9	110	19,6	150	26,8	200	35,7	560
	%	4,5		4,0		6,9		6,1		5,4
Materiais	Valor	50	16,1	60	19,4	100	32,3	100	32,3	310
	%	2,3		2,2		4,6		3,0		3,0
Gases	Valor	50	21,7	50	21,7	80	34,8	50	21,7	230
	%	2,3		1,8		3,7		1,5		2,2
Honorários	Valor	300	19,4	500	32,3	250	16,1	500	32,3	1.550
	%	13,6		18,1		11,5		15,2		14,8
SADT	Valor	100	14,3	200	28,6	250	35,7	150	21,4	700
	%	4,5		7,2		11,5		4,5		6,7
OPME	Valor	400	22,2	450	25,0	350	19,4	600	33,3	1.800
	%	18,2		16,2		16,1		18,2		17,2
Total		2.200	21,1	2.770	26,5	2.180	20,9	3.300	31,6	10.450



É importante notar que, da forma como o mapa é estruturado, permite associação simples da tabela de preços associada à cada grupo de faturamento.

Desta forma, no processo de renegociação de preços, ao simular o reajuste em uma tabela o gestor comercial consegue simular o cenário pós reajuste, aferindo no resultado final o significado das propostas de reajustes de preços em cada tabela.

Evidentemente, como vimos, será necessário combinar este mapa com as condições específicas de destono da receita praticados no hospital.

Modelo GFACH

F Informações Complementares

F.1 Cursos de Formação no Modelo GFACH

O Modelo GFACH, registrado em Julho de 2015 na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro (FBN), é uma evolução dos títulos anteriormente registrados na FBN:

- Introdução à Auditoria de Contas Hospitalares, em 01/04/2009;
- Modelo GACH – Gestão em Auditoria de Contas Hospitalares, em 17/07/2010.

Seu conteúdo resumido está disponível para consulta livre e gratuita no web site www.gfach.net.br.

O autor ministra cursos pela sua empresa de consultoria e treinamento (Escepti) em turmas abertas, geralmente semestralmente na Cidade de São Paulo, e em turmas fechadas para empresas, nos chamados cursos 'in company', em qualquer cidade brasileira e também certifica interessados através do Programa de Capacitação à Distância no Modelo GFACH. Também ministra a disciplina em cursos de especialização, pós-graduação e MBAs em diversas e renomadas instituições de ensino.

No próprio site www.gfach.net.br consta a lista de boa parte dos milhares de profissionais e acadêmicos certificados ou que cursaram disciplinas ministradas pelo autor no Modelo GFACH.

F.2 Sobre o autor do Modelo

Perfil do autor Enio Jorge Salu, brasileiro, natural da Cidade de São Paulo – SP:

- Formação acadêmica:
  - Graduado em Tecnologia pela UNESP – Universidade do Estado de São Paulo;
  - Pós-Graduado em Administração pela USP – Universidade de São Paulo;
  - Especializações pela FGV – Fundação Getúlio Vargas.

- Histórico profissional:
  - Sócio Diretor da empresa Escepti;
  - Diretor da Furukawa Industrial, Hospital Sírio Libanês e Fundação Zerbini – InCor;
  - Líder de projetos na Austin Engenharia, Grupo O Estado de São Paulo e NTI.

Modelo GFACH

- Histórico Acadêmico:
  - Docente pela FGV (Fundação Getúlio Vargas), CEEN-PUC/GO (Pontifícia Universidade Católica), FIA (Fundação Instituto de Administração FEA/USP), FUNDACE (Fundação para o Desenvolvimento da Administração, Contabilidade e Economia FEA/USP), entre outras;
  - Coordenador de Curso de MBA da Fundação Unimed;
  - Membro do Comitê Científico do CATI-FGV/SP;
  - Autor dos Livros:
    - Administração Hospitalar no Brasil, Editora Manole, 2012 – número ISBN 978-85-204-3436-9;
    - Modelo GCVC – Gestão do Ciclo de Vida dos Contratos, Edição do Autor, 2015 – número ISBN 978-85-917-1-8;
    - Modelo GCPP – Gestão e Controle de Projetos e Processos, Edição do Autor, 2015 – número ISBN 978-85-917645-2-5;
    - Modelo GIPH – Gestão em Informática e Processos Hospitalares, Edição do Autor, 2015 – número ISBN 978-85-917645-4-9;
    - Modelo GPAI – Gestão do Planejamento, Administração e Indicadores, Edição do Autor, 2015 – número ISBN 978-85-917-3-2
    - Modelo GFACH – Gestão em Faturamento, Auditoria de Contas e Comercial Hospitalar, Edição do Autor, 2015 – número ISBN 978-85-917645-5-6.

- Histórico em Outras Atividades Profissionais:
  - Membro efetivo da FBAH (Federação Brasileira de Administradores Hospitalares);
  - Associado da NCMA (National Contract Management Association);
  - Diretor no Conselho de Administração da ASSESPRO-SP.

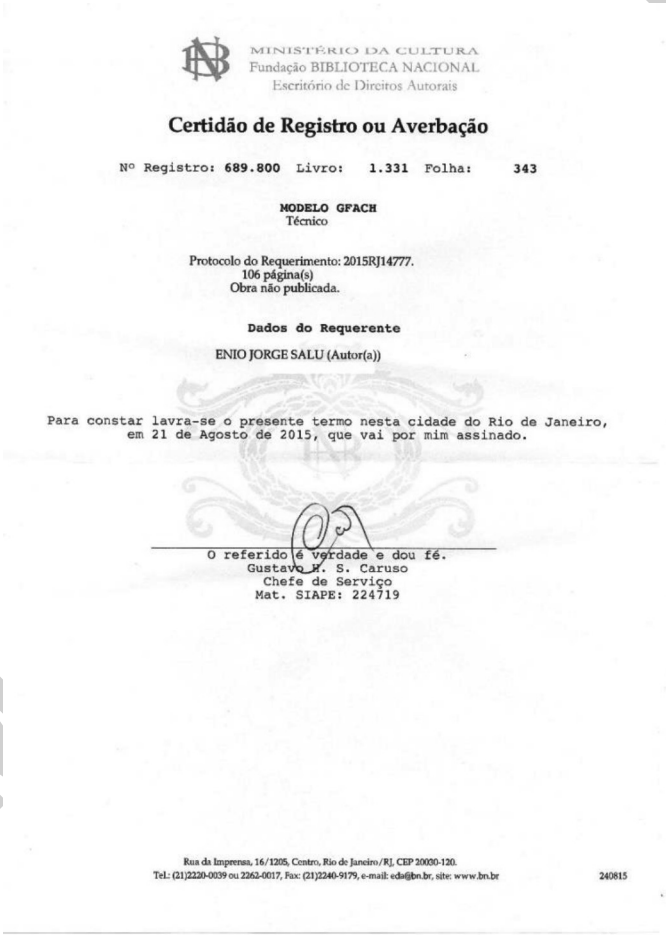
- Especializações Complementares:
  - Administração de Unidades Comerciais – SubwayCo – Miami;
  - Análise de Problemas e Tomada de Decisão – Kepner Treggoe;
  - Inúmeros cursos relacionados à Tecnologia da Informação, especialmente Análise Estruturada de Sistemas, Modelagem de Dados, Linguagens de Programação, Sistemas Gerenciadores de Bancos de Dados e Infraestrutura.

Modelo GFACH

F.3 Histórico de Registros na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro

08/04/2009 – Introdução à Auditoria de Contas Hospitalares
19/07/2010 – Modelo GACH – Gestão em Auditoria de Contas Hospitalares

21/08/2015 – Modelo GFACH – Gestão do Faturamento, Auditoria de Contas e Administração Comercial Hospitalar



MINISTÉRIO DA CULTURA
Fundação BIBLIOTECA NACIONAL
Escritório de Direitos Autorais

Certidão de Registro ou Averbação

Nº Registro: **689.800** Livro: **1.331** Folha: **343**

MODELO GFACH
Técnico

Protocolo do Requerimento: 2015RJ14777.
106 página(s)
Obra não publicada.

Dados do Requerente

ENIO JORGE SALU (Autor(a))

Para constar lavra-se o presente termo nesta cidade do Rio de Janeiro, em 21 de Agosto de 2015, que vai por mim assinado.

O referido é verdade e dou fé.
Gustavo H. S. Caruso
Chefe de Serviço
Mat. SIAPE: 224719

Rua da Imprensa, 16/1205, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20030-120.
Tel.: (21)2220-0039 ou 2262-0017, Fax: (21)2240-9179, e-mail: eda@bn.br, site: www.bn.br 240815