UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
Departamento de Administração
Programa de Pós-Graduação em Administração de Organizações

EDSON VICENTE CARMINATTI JUNIOR
ORIENTADOR: PROF. DR. ANDRÉ LUCIRTON COSTA

Controle da Utilização de Tecnologias de Saúde: Estudo de Caso de um Hospital
Materno Infantil

Ribeirão Preto
2012

Prof. Dr. João Grandino Rodas
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Sigismundo Bialoskorski Neto
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Profa. Dra. Sonia Valle Walter Borges de Oliveira
Chefe do Departamento de Administração

EDSON VICENTE CARMINATTI JUNIOR

Controle da Utilização de Tecnologias de Saúde: Estudo de Caso de um Hospital
Materno Infantil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Organizações da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração de Organizações.

Área de concentração: Administração de Organizações

Orientador: Prof. Dr. André Lucirton Costa

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL
DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE
CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação

Faculdade de Economia Administração e Contabilidade

Universidade de São Paulo

Programa de Pós-Graduação em Administração de Organizações

Carminatti, Edson Vicente Junior.

Controle da Utilização de Tecnologias de Saúde: Estudo de Caso de um Hospital
Materno Infantil, 2012

205 p.

Orientador: Prof. Dr. André Lucirton Costa

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Administração de Organizações da Faculdade de Economia Administração e
Contabilidade da Universidade de São Paulo, 2012.

1. Utilização de Tecnologia 2. Hospital 3. Operadoras de Planos de Saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO

Edson Vicente Carminatti Junior

Controle da Utilização de Tecnologias de Saúde: Estudo de Caso de um Hospital Materno Infantil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Organizações da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração de Organizações.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

À minha família e a minha namorada pelo apoio incondicional e à minha Mãe que hoje
descansa no oriente eterno minha eterna educadora.

AGRADECIMENTOS

Para muitos a Dissertação é um ato de sacrifício e de grande renúncia. É um ato de pura dor. Para mim não foi diferente, foi tudo muito doloroso às custas de muitas horas de sono. Porém a satisfação de missão cumprida é algo realizador, o que motiva a querer sempre mais, buscar sempre algo de novo.

E tudo isso não seria possível sem a participação de diversas pessoas envolvidas na elaboração e concepção deste trabalho. Primeiramente Deus com a sua maestria conduziu os meus pensamentos e dando forças para que eu jamais parecesse de tentar, mesmo nas horas de maior dificuldade e cansaço. Devo a ele muitas reflexões.

Ao meu ilustre e sereníssimo mestre Prof. Dr. André Lucirton Costa. Foi dele que partiu toda a inspiração e motivação para fazer o trabalho. Lembro de quando o prof. André veio convidar-me para fazer mestrado sob sua orientação. Obrigado prof. pela horas dedicadas, e por acreditar até o final de que o trabalho sairia. Agradeço também por sua compreensão. Sei que assustei você com a minha demora, mas no fim tudo deu certo.

Ao Prof. Campello que por diversas vezes teve a paciência e a humildade de conversar e debater comigo os assuntos que afligiam os meus pensamentos. Os primeiros questionamentos, as primeiras impressões foram com você. Fico muito agradecido pelos votos de confiança em mim depositados.

Agradeço ao Prof. Jorge Henrique Caldeira de Oliveira e Maria Eulália, pelas contribuições inestimáveis na minha qualificação. Foram observações muito produtivas que ajudaram a nortear os rumos do trabalho.

Ao Vander Riscifina Junior pelo estímulo dado no início para que eu enveredasse a minha vida para a área acadêmica. Com certeza foi a partir dele que foi possível os meus primeiros passos nas salas de aula. Além disso, teve a compreensão com todo o seu apoio nos meus desafios profissionais que fizeram toda a diferença para o desenvolvimento do trabalho.

Aos meus grandes amigos Eduardo Moreira e Cleberson Coimbra, o Clebão. Os votos de carinho e incentivo, mesmo que inconscientes, fizeram a diferença para que não desistisse jamais.

Ao Prof. Alberto, figura representativa do Inepad. Certamente foram longos anos de experiência, carinho e muito aprendizado que passei no Inepad. Agradeço imensamente pelo apoio e ensinamento de conduta.

Ao Prof. Tabajara Pimenta Jr. o grande mestre das aulas de finanças. Agradeço a todos os professores que de alguma forma contribuíram para que eu saísse melhor após as aulas. Em especial, aos professores Silvio Nakao e família (Sandra e Lumi), ao Godoy e Renata, à Sônia, Prof. Márcio Mattos, ao Prof. Gilberto, Adriana Backx, Flávio Urdan, Claudia e João Passador, Prof. Evandro e todos aqueles que estiverem envolvidos nos meus ensinamentos que certamente levarei para as salas de aula que ministrarei aulas.

Ao departamento de pós-graduação, em especial a Érika e a Vânia que com muita paciência e dedicação me auxiliaram no período que estava fazendo o mestrado. Ao meus amigos e colegas de aulas do mestrado que de uma forma ou de outra sempre estiveram envolvidos.

À minha família, Dri, Bielzinho, Ana, Evandro e Pai. Tenho em vocês a minha fonte de inspiração para caminhar sempre mais alto. E em especial a minha Mãe. Sei que de alguma forma ela sempre esteve guiando os meus passos, e certamente estaria muito orgulhosa por mais uma conquista minha.

E a minha namorada Mariana que não só ajudou-me nas palavras sábias, como nos estudos e confidências. Obrigado pela paciência, e entendimento de meus momentos de imersão para escrever o presente trabalho. Certamente você tem uma parcela significativa nessa minha nova conquista.

"Eu não disse que seria fácil, mas que valeria a pena."

Chiara Lubich

Carminatti, Edson Vicente Junior. **Controle da Utilização de Tecnologias de Saúde: Estudo de Caso de um Hospital Materno Infantil**. 2012. 205 p. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Economia Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

RESUMO

A área da saúde vem sofrendo por diversas transformações nos últimos anos, especialmente em relação aos custos com tecnologia. É indiscutível os avanços que as novas tecnologias trouxeram para o bem estar da vida da população, tanto em termos de assistência médica como melhor da expectativa de vida. Ao mesmo tempo que os avanços tecnológicos acontecem, junto vem o ônus dos gastos, principalmente os privados que não estão sendo suficientes para arcar com as necessidades do setor da área da saúde. Diante disso, é pressuposto básico que haja um melhor controle dos gastos por intermédio de ações restritivas à utilização de tecnologia. As ações são pautadas em alteração da política de remuneração da área da saúde, bem como atuação das auditorias nas liberações dos usos tecnológicos dentro dos hospitais. Após o exposto o presente trabalho tem por objetivo descrever e analisar o processo decisório e os conflitos para utilização de tecnologias utilizadas em procedimentos cirúrgicos em prestadores de serviços para a saúde suplementar.

Palavras-chaves: Tecnologia; Remuneração; Hospital; Operadoras de Planos de Saúde; Relação de Conflito.

Carminatti, Edson Carminatti Junior. **Control of the Use of Health Technologies: Case Study of a Children's Hospital**. 2012. 205 p. Project Qualification (Master's Degree) - College of Economy Administration and Accounting, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

ABSTRACT

The health sector has undergone several changes in recent years, especially in relation to technology costs. It is undisputed that the advances brought new technologies to the well being of people's lives, both in terms of medical care and better life expectancy. While technological advances occur, along comes the burden of spending, especially private ones that are not sufficient to cope with the needs of the healthcare industry. Therefore, the basic assumption is that there is better control of spending through actions restricting use of technology. The actions are based on changes in the remuneration policy of the health and performance of audits in releases of technological uses in hospitals. After the above the present study aims to describe and analyze the decision-making process and conflicts for use of technologies used in surgical procedures for service providers to health supplement.

Key Words: Technology; Compensation, Hospital, Health Plan Operators; Relationship Conflict.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo de Financiamento do SUS	26
Figura 2 - Gasto médio com assistência médica per capita em US\$ (1980-2008).....	34
Figura 3 - Ciclo de Vida das Tecnologias em Saúde.....	43
Figura 4 - Ciclo de Vida das Tecnologia de Saúde	45
Figura 5 - Teoria da Agência.....	52
Figura 6 - Relação Hospital Operadora e Planos de Saúde	65
Figura 7 - Planejamento de Etapas da Pesquisa	68
Figura 8 - Relação Hospital com as Operadoras de plano de saúde.....	72
Figura 9 - Abertura de novo registro de internação.....	122
Figura 10 - Abertura de novo registro de internação.....	123
Figura 11 - Seleção do prontuário	124
Figura 12 - Criação de um novo prontuário	125
Figura 13 - Insere guia de autorização no sistema.....	126
Figura 14 - Início da cobrança serviços extras	130
Figura 15 - Manipulação de Conta	131
Figura 16 - Manipulação de Conta passo 2	132
Figura 17 - Controle de fechamento	133
Figura 18 - Faturamento de Taxas Hospitalares.....	134
Figura 19 - Manipulação de Conta passo 3	135
Figura 20 - Encerramento Conta	136
Figura 21 - Seleção registro.....	142
Figura 22 - Localização da prescrição médica	143
Figura 23 - Início do encerramento da conta de UTI pelo conta corrente.....	145
Figura 24 - Conferência da guia no sistema - aba informação	146
Figura 25 - Conferência da guia no sistema - aba informação continuação.....	146
Figura 26 - Conferência da guia no sistema – aba procedimento.....	147
Figura 27 - Conferência da guia no sistema – aba OPM.....	147
Figura 28 - Conferência da guia no sistema – aba prorrogação	148
Figura 29 - Conferência da guia no sistema – aba CID guia.....	148
Figura 30 - Manutenção Convênio	153
Figura 31 - Manutenção Convênio – alteração do convênio	154

Figura 32 - Manutenção Convênio – alteração do beneficiário.....	154
Figura 33 - Manipulação de Conta procedimento	157
Figura 34 - Faturamento dos Honorários Médicos.....	158
Figura 35 - Taxas Hospitalares.....	158
Figura 36 – Cirurgia procedimento	159
Figura 37 - Cirurgia equipe médica.....	159
Figura 38 - Crítica Conta	160
Figura 39 - Geração Lote.....	161
Figura 40 - Utilização Tecnologia no Hospital	169

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- O processo histórico da organização do setor de saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde.....	21
Tabela 2 - Instrumentos e Técnicas de Pesquisa	58
Tabela 3 - Tabela dos Entrevistados.....	62
Tabela 4 - Convênios Faturados em 2011	64
Tabela 5 - Convênios escolhidos.....	67
Tabela 6 - Equivalência dos contratos com os convênios	70
Tabela 7 - Tabela de Itens Mencionados em Contrato	71
Tabela 8 - Itens incluídos na diária.....	83
Tabela 9 - Itens excluídos na diária	84
Tabela 10 - Itens incluídos na diária de UTI	84
Tabela 11 - Itens excluídos na diária de UTI.....	85
Tabela 12 - Itens incluídos na taxa de sala	85
Tabela 13 - Itens não incluídos na taxa de sala	86
Tabela 14 - Porte Cirúrgico	86
Tabela 15 - Resumo de valores de taxas	87
Tabela 16 - Lista de Materiais e Medicamentos.....	87
Tabela 17 - Tabela comparativa dos manuais de auditoria	100
Tabela 18 - Resumo de itens que acompanham contas hospitalares	101
Tabela 19 - Fracionamento da diária de UTI.....	104
Tabela 20 - Exceção de diárias de véspera.....	105
Tabela 21 - Equivalência de porte anestésico.....	106
Tabela 22 - Parâmetros de cobrança de alguns materiais.....	108
Tabela 23 - Medicamentos de alto custo	111
Tabela 24 - Cobrança de Medicamentos por quantidade	113
Tabela 25 - Kit dos principais procedimentos hospitalares.....	115
Tabela 26 - Data de Faturamento	152
Tabela 27 - Resumo das guias enviadas no padrão TISS.....	156

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIDS - Acquired immune deficiency syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
ANAHP - Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATS - Avaliação Tecnológica em Saúde
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CETAP - Canadian Emerging Technologies Assessment Program
CCOHTA - Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPES - Centro Paulista de Economia da Saúde
DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos
DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública
FDA - Food and Drug Administration
FENASEG - Federação Nacional das Seguradoras
FGV – Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GEATS - Gerência de Avaliação de Tecnologia em Saúde
HC-RP – Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensão
IAPS – Incentivo de Assistência à População Indígena
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB - Normas Operacionais Básicas
OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico
PEC - Programas de Extensão de Cobertura
PIB - Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PSF - Programa de Saúde Familiar

SADT - Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SINDHRIO - Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casa de Saúde do Rio de Janeiro

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

UPA - Unidades de Pronto-Atendimento

USP – Universidade de São Paulo

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Objetivos.....	17
2. REGULAÇÃO E TECNOLOGIA EM SAÚDE NO BRASIL	18
2.1. Financiamento e Remuneração no Sistema de Saúde Brasileiro	25
2.1.1 <i>Gastos Área Saúde</i>	27
2.1.2 <i>Saúde Suplementar – Remuneração dos Serviços na Saúde</i>	33
2.1.2.1 <i>Definição da Remuneração na Saúde Suplementar</i>	35
2.1.2.2 <i>As formas de Remuneração na Saúde Suplementar</i>	36
2.2 Tecnologia na Saúde	42
2.2.1 <i>Avaliação Tecnológica em Saúde - ATS.....</i>	46
2.2.2 <i>Utilização de Serviços na Saúde</i>	49
2.3 Teoria da Agência na Saúde	51
3. METODOLOGIA.....	55
3.1 Tipologia de Pesquisa	56
3.2 Instrumentos e Técnicas de Pesquisa.....	57
3.3 A Escolha do Caso	59
3.3.1 <i>As Operadoras de Planos de Saúde</i>	63
3.3.2 <i>A escolha dos Planos de Saúde</i>	66
3.4 Planejamento da Pesquisa e do Relatório Final.....	68
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	69
4.1 Análise Contratual entre Hospital e Operadora.....	70
4.1.1 <i>Rotinas Operacionais nos Contratos de Prestação de Serviços</i>	72
4.1.2 <i>Política de Preços dos Contratos</i>	80
4.1.3 <i>Formas de Pagamento dos Contratos</i>	91

4.1.4	<i>Mediações de Conflitos dos Contratos</i>	95
4.1.5	<i>Análise Crítica dos Contratos</i>	96
4.2	A Auditoria e seu funcionamento	98
4.2.1	<i>Manual de Auditoria da Operadora 01</i>	100
4.2.2	<i>Manual de Auditoria da Operadora 02</i>	116
4.2.3	<i>Análise Crítica dos Manuais</i>	118
4.3	Descrição e Análise das Entrevistas	119
4.3.1	<i>Entrevista Recepção</i>	119
4.3.2	<i>Entrevista Conta Corrente - 4º Andar</i>	127
4.3.3	<i>Entrevista Conta Corrente - 3º Andar</i>	139
4.3.4	<i>Entrevista Auditoria</i>	149
4.3.5	<i>Entrevista Faturamento</i>	151
4.3.6	<i>Entrevista Pagamento Médico</i>	162
4.3.7	<i>Análise Crítica das Entrevistas</i>	163
4.4	O Processo de Utilização da Tecnologia	168
4.4.1	<i>Análise Crítica da Utilização Tecnologia</i>	181
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	186
	ANEXOS	194

1. INTRODUÇÃO

O setor da saúde vem sofrendo nos últimos anos um crescente aumento dos custos, pautado, dentre outros motivos, pela utilização de tecnologias, sejam elas, drogas, materiais ou procedimentos, sem precedente, no qual há recursos finitos disponíveis para aplicações. A consequência dos aumentos ocorridos repercute na saúde das pessoas, ou melhor ao acesso a novas tecnologias que pode impactar em uma melhor qualidade de vida.

Carlsson P, Jonsson E, Werko L (2000) mencionam que a incorporação de tecnologia traz um aumento nos custos, mas nem sempre trazem benefício aos beneficiários. É um fenômeno de reestruturação das práticas médicas e sociais a partir das inovações tecnológicas.

Por esta razão é necessário que se avalie de forma mais eficiente a real necessidade de incorporação de tecnologia e sua utilização, uma vez que suas implicações poderão ser desastrosas, tanto em termos financeiros como operacionais.

Ao contrário do que se observa em outras áreas, na área da saúde ocorre acúmulo de tecnologias, ou seja, tecnologias mais avançadas não substituem as mais antigas, aumentando assim os gastos sem que se faça uma análise mais apurada da eficácia ou da qualidade em si.

Uma maneira de sistematizar controles dos gastos na saúde, é alterar o sistema de remuneração adotado no setor atualmente. A política de remuneração predominando no Brasil atualmente e no Hospital, foco da pesquisa, é o pagamento por procedimento. Tal política, incentiva que prestadores de serviços produzam cada vez mais de modo a acumularem mais ganhos.

As ações da auditora como mecanismos de controle dos gastos são também de suma importância. Com auxílio de regras pactuados nos contratos entre pagador e prestador de serviços ajudará a sistematizar melhor os usos. A adoção de manuais de auditora no qual estabelecem protocolos para cobrança e consequente pagamento, podem também servir como ferramenta de auxílio ao uso tecnológico. Todos esses fatores porém, não são suficientes para inibir a utilização de tecnologias, uma vez que o impulso inicial está com o paciente e o regulador é o médico.

O paciente possui interesse em utilizar a tecnologia, uma vez constatado algum problema de saúde. E o médico está motivado a atender o paciente, buscando sua melhora bem como, tem interesse financeiro tendo como base a remuneração por procedimento, no qual ganhará mais se produzir mais. Além dos honorários, o médico poderá ganhar ainda comissões pelo uso determinados produtos provindos de fornecedores da área da saúde.

Diante dessas perspectivas de mercado e no anseio de controlar a utilização de tecnologias na área da saúde, o problema de pesquisa consiste em:

Como é o processo de utilização tecnologia em procedimentos cirúrgicos, de materiais e medicamentos em Hospital Privado Materno Infantil?

Com o problema de pesquisa pretende-se verificar como ocorre a decisão nas Operadoras de planos de saúde quanto a utilização de tecnologia em procedimentos cirúrgicos, materiais e medicamentos em Hospitais privados, avaliando a relação de conflito existente entre Hospital e Operadora. Para o Hospital o uso da tecnologia, material e medicamento implicará em geração de receitas e para a Operadora culminará em um aumento de seus custos, impactando portando no sinistro geral.

1.1 Objetivos

Com base na discussão sobre o uso da tecnologia dentro dos hospitais, este trabalho tem como objetivo descrever e analisar o processo decisório e os conflitos para utilização de tecnologias utilizadas em procedimentos cirúrgicos em prestadores de serviços para a saúde suplementar.

Como objetivos específicos da pesquisa, tem-se:

- Avaliar o processo de utilização de tecnologia em procedimentos, especialmente com utilização de produtos de alto custo;
- Avaliar os critérios estabelecidos nas operadoras de plano de saúde para autorização e pagamento de procedimentos e utilização de materiais e medicamentos;
- Descrever e avaliar as políticas de remuneração dos serviços hospitalares;
- Verificar a existência de conflitos entre o Hospital e a operadora de plano de saúde na utilização de tecnologia.

Os capítulos da pesquisa estão segmentados de forma permitir que haja uma melhor compreensão dos objetivos traçados. O capítulo dois falará sobre a regulação e tecnologia em saúde no Brasil, avaliando o sistema de financiamento do sistema de saúde brasileiro. Repassará sobre os gastos que ocorrem na saúde, bem como a estrutura de remuneração no

setor de saúde suplementar privado. Ainda no capítulo dois, buscou-se as definições de tecnologia para entender melhor o que prevê o termo. Por fim, o capítulo termina revisando os modelos de utilização de serviços na área da saúde destacando os principais motivadores e faz uma revisão da teoria da agência.

No capítulo três é destacado a metodologia que será empregada para se chegar nos objetivos traçados da pesquisa. O estudo de caso é o instrumento de pesquisa utilizada, com auxílio de entrevistas, observação, análise de conteúdo e documental.

No capítulo quatro é a apresentação dos resultados e análises da pesquisa, sendo segmentando em análise dos contratos do Hospital e Operadora, análise do manual de auditoria, descrição e análise das entrevistas o que permitiu o desenho do fluxo do processo de utilização de tecnologia.

2. REGULAÇÃO E TECNOLOGIA EM SAÚDE NO BRASIL

O Brasil possui dimensões territoriais de 8,5 milhões de quilômetros quadrados (47% da área territorial da América do Sul), com uma população estimada em 190 milhões de pessoas, sendo quinto país mais populoso do mundo, segundo Censo Demográfico publicado em 2010 pelo do IBGE. A partir da grandeza territorial e populacional, ao se falar em saúde é algo particularmente complexo.

O sistema de saúde brasileiro passou por diversas transformações ao longo da existência, sendo moldado de acordo com a situação econômica e política nacional. O sistema é formado por diferentes instituições públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos históricos. Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko (2011) elaboraram um quadro que resume a evolução do sistema de saúde no Brasil na história, que vai desde do Colonialismo até os dias atuais.

Sistema de saúde		Principais desafios de saúde
Colonialismo português (1500-1822)	Século XVI: - Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda - Organização sanitária incipiente	Doenças pestilenciais e assistência à saúde para a população

Império (1822–89)	<ul style="list-style-type: none"> - Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária; - Administração da saúde centrada nos municípios; - Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850) 	Doenças pestilenciais e prioridade da vigilância sanitária (portos e comércio)
República Velha (1889-1930)	<ul style="list-style-type: none"> - Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897) - Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907) - Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923) - Incipiente assistência à saúde pela previdência social - Dicotomia entre saúde pública e previdência social 	Doenças pestilenciais (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa (p. ex., tuberculose, sífilis, endemias rurais)
Ditadura Vargas (1930-45)	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública - Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio - Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose - Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38) 	Predominância de endemias rurais (p. ex., doença de Chagas, esquistossomose, ancilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais
Instabilidade democrática (1945–64)	<ul style="list-style-type: none"> - Criação do Ministério da Saúde (1953) - Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960) - Expansão da assistência hospitalar - Surgimento de empresas de saúde 	Emergência de doenças modernas (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)
Ditadura militar (1964–85)	<ul style="list-style-type: none"> - Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966) - Capitalização da medicina pela previdência social 	<ul style="list-style-type: none"> - Predominância da morbidade moderna (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito) - Persistência de endemias rurais com urbanização - Doenças infecciosas e parasitárias predominando nas regiões Nordeste, Norte e

	<ul style="list-style-type: none"> - Crise do sistema de saúde - Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes - Crise na previdência social - Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977) - Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado - INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura 	Centro-Oeste
Transição democrática (1985–88)	<ul style="list-style-type: none"> - INAMPS continua a financiar estados e municípios - Expansão das AIS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde / SUDS (1987) - Contenção das políticas privatizantes - Novos canais de participação popular 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização - Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres - Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS - Epidemia de dengue
Democracia (1988-2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Criação do SUS - Descentralização do sistema de saúde 9ª Conferência Nacional de Saúde - Extinção do INAMPS (1993) - Criação do Programa de Saúde da Família (1994) - Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996) - Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS - Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998) - 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde - Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização) - Regulamentação dos planos de saúde privados - Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999) - Criada a Agência Nacional de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito) - Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres - Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na prevalência de dengue e aumento na incidência de leishmaniose visceral e malária - Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI - Mortalidade infantil de 20,7 por 1.000 nascidos vivos (2006) - Redução na prevalência de hanseníase e doenças preveníveis pela imunização

	<p>Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criada a lei dos medicamentos genéricos - Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS - Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000) - Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) - Expansão e consolidação do PHC - Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (2003) - Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006) - Política Nacional de Atenção Básica (2006) - Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) - 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente; 2006) - Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações >100.000 (2008) - Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008) 	<p>- Expectativa de vida sobe para 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres; 2008)</p>
--	---	--

Tabela 1- O processo histórico da organização do setor de saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde

Fonte: Adaptado de Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011

No início do século o sistema de saúde brasileiro seguia um modelo que tinha como objetivo o combate às doenças de massa, era centralizador, agindo sob administração do Ministério da Saúde por intermédio de campanhas de vacinação e de endemias. Tinha-se um estilo repressivo de intervenção individual e coletivo. Porém toda a população tinha assistência sem nenhuma distinção. Mas com a expansão econômica e formação de centros

urbanos e conseqüentemente de uma massa de trabalhadores, o sistema de saúde segue um modelo mais previdenciário em consonância inclusive com o regime político instaurado no período com o governo populista e ditatorial de Getúlio Vargas.

Surge então a assistência à saúde privada no Brasil como uma extensão do direito da seguridade social prevista para trabalhadores urbanos tendo em vista o risco que corria no trabalho. O financiamento do modelo de assistência era por intermédio de percentuais que incidiam nas contribuições do empregado e da empresa. O modelo do sistema de saúde era fragmentado e desigual. É desse modo que há a expansão da assistência à saúde através das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) e Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs).

Segundo o Ministério da Saúde (2002) os IAPs se fundem formando o denominado Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, marcando a atuação do poder público na assistência médico-hospitalar no Brasil. Posteriormente o INPS se desdobra e dá origem ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Este último por sua vez tinha a função de conceber assistência a seus associados, justificando assim, os investimentos realizados na construção de hospitais e rede de unidades de atendimento ambulatorial. Entretanto, os investimentos eram proporcionais aos recursos arrecadados, bem como o número de beneficiários, sendo que a assistência não era universal, só contemplava trabalhadores formais.

O modelo instituído segundo os padrões do INAMPS estava comprometido. A lógica econômica e conseqüentemente de sustentabilidade financeira estava ameaçada, pois comprava-se serviços na área privada sem a exigência de eficiência. Contratos foram expandidos, juntamente com convênios e credenciamentos para justificar o aumento da demanda pelos serviços à saúde. Os recursos começaram a ficar escassos, uma vez que a arrecadação não servia somente para a assistência à saúde, mas também à aposentadoria (MEDICI, 1992). O fato fica ainda mais comprometido com a recessão econômica que o país passou na década de 80.

Nesse lógica em que o setor público financia a área privada, seja por intermédio de contratação de serviços ou de subsídios no imposto de renda, prestadores de serviço privados se estabeleceram. Assim, a necessidade por mudanças fica evidente, no qual é impulsionada pelas diferentes setores da sociedade, indo desde a base populacional, até a classe médio e sindicatos.

Os fundamentos do Sistema Único de Saúde – SUS foi delineado na 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986, no qual provocou a participação e discussão da sociedade como um todo da reforma sanitária que o Brasil necessitaria. O estabelecimento do SUS só veio

com a Assembléia Nacional Constituinte (1987-88), apesar de uma forte oposição do setor privado, no qual foi promulgada a lei que estabelecia a instituição que tem por objetivo a extensão da saúde à todo cidadão. Haveria uma coordenação, integração e transferência de recursos entre instituições de saúde federal, estadual e municipal (ZUCCHI; FERRAZ, 2010). Paralelo a isso, as empresas privadas se reorganizaram para atender à uma nova demanda de pacientes, com apoio do governo com os subsídios.

O SUS só foi se estabelecer no governo do Fernando Collor de Mello, mesmo não tendo atenção do então presidente. O estabelecimento ocorreu com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) que estabelecia as atribuições e a organização do SUS.

Vasconcelos e Pasche (2006) mencionam os princípios doutrinários do SUS:

- Universalidade: garante o direito à saúde e ao acesso aos serviços oferecidos pelos sistema sem distinção de sexo, raça, renda, profissão, ou seja, a todo cidadão brasileiro;
- Equidade: garante a igualdade ao atendimento, sem privilégio ou preconceito, é propiciar tratamento desigual para os desiguais assegurando atendimento a quem mais precisa;
- Integralidade: visa atender a todas as necessidade do indivíduo, sem restrição ou discriminação;

Atualmente o sistema de saúde brasileiro é formada por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços, financiada sobretudo com recursos privados. O sistema de saúde brasileiro segmenta em três subsetores, estando eles interconectados. As pessoas podem utilizar todos os três, tudo dependerá da capacidade de pagamento (PAIM; TRAVASSO; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011):

- Subsetor público: são financiados e munido pelo Estado, em que inclui-se os níveis federal, estadual, municipal e militar;
- Subsertor privado: o financiamento ocorre de diversas maneiras, sendo público ou privado. Tudo dependerá dos fins, que pode ser lucrativos ou não.
- Subsetor saúde suplementar: são os planos de saúde ou de apólices de seguros, com subsídios fiscais.

No modelo do SUS houve uma descentralização dos serviços, no qual há ênfase nos municípios, havendo necessidade de articulações de ações entre os gestores municipais, estaduais e federais. Além disso, ocorreu a hierarquização que consiste em uma sistematização articulada de maneira a estabelecer fluxos entre os serviços e o níveis de

complexidade, regulando o acesso aos serviços mais especializados. E a participação popular, em que preconiza democracia participativa no qual a população participa dos processos decisórios e diretrizes do SUS por intermédio dos Conselhos da Saúde (ZUCCHI; FERRAZ, 2010).

Com a descentralização surgiu o Programa de Saúde Familiar – PSF. Junto vieram outras iniciativas como: programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, controle do tabagismo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, dentre outras.

O setor privado paralelo ao que vinha acontecendo com o a área pública ganhava espaço com ajuda das políticas de saúde adotadas, com a promoção das privatizações por intermédio de credenciamento e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, ou incentivos às operadoras de planos de saúde e seguradoras. O setor privado ainda se relaciona com o SUS como alternativa de oferecimento de serviços que atendam às pessoas que não conseguem atendimento adequado na rede pública. O financiamento parte é pública (pagamento pelo SUS), parte vem da área privada, especialmente com empresas (públicas e privadas) que oferecem planos de saúde ou seguro aos seus colaboradores (PAIM; TRAVASSO; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011).

Favarett e Oliveira (1990) menciona que por um lado o desenvolvimento da área privada tem sua utilidade para o sistema público de saúde, por outro o fragiliza pois acaba drenando parte da demanda que iria usufruir dos serviços na área pública. Ao invés do sistema ser universal, cria-se uma lacuna, no qual o setor público ficará apto e especializado a atender setores sociais de menor poder aquisitivo. Grupos mais privilegiados economicamente serão incentivados e viabilizados a terem acesso ao setor privado. A referência desses grupos privilegiados não será mais o setor público e sim o privado, tornando o sistema acomodado de tal forma que a demanda não atendida no Estado será automaticamente absorvida pelo privado.

Para se ter idéia de proporção, em 2008 26% da população brasileira tinha assistência médica e/ou odontológica por intermédio de planos de saúde. Em 2009 o setor gerou R\$ 63 bilhões de rendimentos. O mercado de planos de saúde e seguros está concentrada na região Sudeste, com 61% das empresas de saúde e 65% dos contratos, segundo Dados e Indicadores do Setor publicado pela ANS (2010).

Afim de se organizar e regulamentar o setor privado das empresas de saúde que comercializam planos de saúde ou seguros, foi criada a Agência Nacional de Saúde

Suplementar – ANS em 2000. A Lei 9.656/98 veio sedimentar ainda mais o setor, no qual prevê que a cobertura dos planos de saúde devem seguir a partir de 1998 um rol de procedimentos pré-determinado pela ANS e vedou a limitação do uso de serviços ou procedimentos de saúde específicos.

José Gomes Temporão (INTERFARMA, 2011) menciona que o setor privado está crescendo e se fortalecendo a custa do setor público. Isso ocorre devido a renúncia fiscal e os subsídios que o governa acaba concedendo tanto para as pessoas como para as organizações. As famílias podem deduzir as despesas com a saúde no imposto de renda, já as empresas do setor possuem subsídios para o funcionamento. Além da questão financeira, Temporão menciona que o SUS quando foi concebido há 20 anos tinha-se uma concepção. O conceito era de que o haveria uma sistema de saúde universal para toda a sociedade. Entretanto, atualmente não é isso que está ocorrendo no meio social. As pessoas estão cada vez mais migrando para o setor privado, enxergando como alternativa e solução para seus anseios na saúde já que o setor público não consegue atendê-los. Há um paradigma social no qual até mesmo o funcionalismo público está migrando para planos privados subsidiados pelo estado. Sendo assim, é Temporão menciona que precisa-se repensar nas relações entre público e privado para não ocorrer distorções e conseqüências piores para os próximos anos.

2.1. Financiamento e Remuneração no Sistema de Saúde Brasileiro

O financiamento do SUS ocorre por intermédio de impostos, contribuições sociais, sejam federal, estadual ou municipal, desembolso direto ou com gastos de empregadores com saúde. A responsabilidade é comum para os três níveis do governo. A maior parte da arrecadação e conseqüentemente do repasse é via governo federal, criou-se o chamado Fundos Nacional da Saúde que transfere recursos aos fundos estaduais e municipais ou diretamente à unidade de atendimento. Além dos fundos, as unidades prestadores de saúde recebem um aporte de recursos a partir dos orçamentos, nacional, estadual e municipal. E a partir de 2001 recursos transferidos do Ministério da Saúde a estados e municípios ficou segmentado em: Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, assistência de Média e assistência Alta Complexidade hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A figura 01 demonstra o fluxo de financiamento que ocorre atualmente no SUS.

Figura 1 - Fluxo de Financiamento do SUS

Fonte: Ministério da Saúde, 2002

O problema é que os recursos levantados não são suficientes para arcar com todo o sistema público de saúde. Eis uma crise instalada, em que a arrecadação não é suficiente para os gastos da saúde, ou melhor, os recursos destinados à saúde não são suficiente.

O deputado federal e presidente da Frente Parlamentar da Saúde, Darcísio Paulo Perondi (INTERFARMA, 2011) menciona que a área da saúde está carente de recursos, necessitando de mais investimentos públicos para viabilizar a assistência médica-hospitalar aos cidadãos, a exemplo do que se faz em outros países. Enfatiza ainda que a área da saúde “faz milagre” na gestão dos recursos, no qual o gestor é eficiente o suficiente para racionalizar os gastos que possui.

Mesmo quando foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira - CPMF em 1997 não foi suficiente para suprir as necessidades da área da saúde. A razão para isso é de que a arrecadação da CPMF não fora utilizada integralmente na saúde como originalmente era o seu objetivo (em torno de 40%). Parte dos recursos levantados foram utilizados para pagamento de juros da dívida pública (HICKMANN, 2007). Em 2007 a CPMF é extinta e os recursos antes arrecadados e destinados à saúde não foram repostos. A compensação veio por intermédio do aumento dos gastos estaduais e municipais com a saúde.

Os gastos públicos na saúde vem crescendo sua participação no Produto Interno Bruto – PIB. Em 2007 gastava-se em torno de 8,4% do PIB, enquanto que em 2010 o gasto foi de 41%, de acordo com relatório Contas Nacionais do IBGE (2010). Em comparação com outros países a proporção é baixa, como demonstrado pela Organisation For Economic Co-Operation

and Development – OECD em seu banco de dados estatísticos de 2009: Reino Unido (82%), Itália (77,2%), Espanha (71,8%), EUA (45,5%), México (46,9%).

Apesar da proporcionalidade ter aumentado, a participação dos gastos públicos nas despesas gerais com saúde vem caindo ano a ano, como mostra a pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD realizada pelo IBGE (2009). Para cada R\$ 100 que o brasileiro gasta com saúde, apenas R\$ 38 são provenientes da área público, o restante provém da iniciativa privada.

Em entrevista o atual secretário estadual de saúde do Estado de São Paulo, Giovanni Guido Cerri (INTERFARMA, 2011) menciona que para haver garantia de recursos para o setor da saúde é preciso executar duas estratégias essencialmente. Uma seria a regulamentação da Emenda Constitucional 29 de 2000 objetivando criar mecanismos mais eficientes de maneira a cobrar das operadoras de planos de saúde pelos atendimentos realizados em hospitais públicos a seus clientes. A outra forma é racionalizar o fluxo de atendimento entre as unidades do SUS.

2.1.1 Gastos Área Saúde

Embora haja falta de recursos na área da saúde, conforme verificado no item financiamento do SUS, está ocorrendo uma progressão sem precedências nos gastos na saúde, especialmente no emprego de tecnologias, o que em diversas oportunidades acaba inviabilizado o emprego do equipamento, medicamento ou a aplicação de determinado procedimento.

Uma pesquisa realizada em países da O.C.D.E. (Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico), mostra que em vinte anos, participação de despesas em saúde no Produto Interno Bruto, dobrou ou quase dobrou. (Labourdete apud Zucchi, 2000)

No trabalho de Carrol (2004) mostra que a Blue Cross and Blue Shield Association estimou que, entre 2000 e 2005, os custos com diagnóstico por imagem nos EUA passarão de US\$ 75 milhões para US\$ 100 bilhões ao ano.

O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos – DIEESE (2004) publicou um comparativo inflacionário na cidade de São Paulo. A conclusão é de que enquanto a variação da inflação geral medida entre janeiro de 1997 e abril de 2004 foi de

72,63%, a da saúde foi de 154,28%. A contribuição no cálculo da inflação geral da área da saúde foi de 14,32%.

Na atual circunstância econômica que o país passa, em que há necessidade de racionalização dos gastos públicos, pois o orçamento necessita de cortes, é de suma importância que haja tal consciência na área da saúde, de maneira a otimizar as aplicações dos recursos. É atingir uma melhor eficiência da aplicabilidade do capital de modo a conseguir um melhor retorno, tanto em termos de abrangência (maior número de pessoas sendo contempladas ou assistidas), como em resolutividade.

Em sua coluna em Colunas e Opiniões do portal Hospital em Geral Adriano Londres (2011), diretor da Associação Nacional dos Hospitais Privados – ANAHP -, reitera que é necessário pensar na estrutura de gastos na saúde. As operadoras de planos de saúde não querem mais pagar as contas em decorrência do alto sinistro, em que consultas e exames já representam 60% dos custos. Hospitais não querem mais serem glosados uma vez que atrasam o fluxo de caixa da instituição. Há uma desordem generalizada no quesito de incorporação de tecnologia, passando pelo médico que precisa ter uma melhor efetivação de seu trabalho, bem como de hospitais, clínicas e laboratórios na questão de custo-efetividade. Precisa-se ter como objetivo uma maior racionalização dos gastos na saúde.

Fica assim, evidente a partir da coluna de Adriano Londres a necessidade de haver uma melhor racionalização dos gastos na área da saúde, especialmente no que tange a incorporação de tecnologia, objeto da presente pesquisa, para que assim, hospitais, planos médicos e odontológicos, médicos e demais prestadores de serviços tenham viabilidade econômica e financeira, de maneira a prestarem serviços condizentes à população em geral.

Carrol (2004) menciona que o aumento dos gastos na saúde não está relacionado somente com o aumento da utilização dos serviços, do envelhecimento da população, do enrijecimento da regulamentação, a fraudes, mas incorporação de novas tecnologias.

Dessa forma, tais fatores exigirá maiores investimentos, no que implicará em uma atuação mais eficiente do Estado, bem como, os órgãos reguladores, de maneira que haja uma melhor racionalização dos gastos e não torne o atendimento à saúde ao brasileiro ainda mais caótico.

Pode-se destacar que duas razões distintas implicam em um maior gasto na saúde, em si tratando de tecnologia. Uma é o melhoramento do diagnósticos, no qual exames radiológicos e de análises laboratoriais exigem cada vez mais investimentos. Antigamente um simples raio-x, por exemplo, atendia às necessidade médicas e do paciente. Porém com o próprio avanço tecnológico os padrões e limitações diminuíram fazendo com que empresas do setor

necessitassem se adequar às novas exigências de mercado, tanto médico como sob o ponto de visto do paciente.

A segunda razão é a difusão da tecnologia. A medida que o progresso tecnológico ocorre, novas tecnologias são incorporadas. Na medida que novos métodos de diagnósticos, tratamentos e prevenções evoluem, mais médicos e pacientes vêem a necessidade de se utilizá-los. Com isso, infla-se os gastos na área da saúde.

Em uma entrevista do Dr. Gonzalo Vecina Neto para a Revista de Administração em Saúde menciona que precisa haver uma maior conscientização quanto a novas tecnologias devidos aos efeitos causados nos custos tanto das operadoras como dos usuários. O produtor de tecnologia está com interesse de vender as novas tecnologias, em que há a necessidade de uma maior intervenção do Estado.

Está ocorrendo um conflito de interesses, no qual os produtores de tecnologias visam aumentar e garantir suas rentabilidades, de maneira a forçar as vendas de novas tecnologias, tanto para o meio público como para o privado, sem ao menos uma comprovação da eficácia da tecnologia. É necessário, uma maior regulamentação e sistematização por parte do Estado por intermédio de suas agências reguladores para que se racionalize a incorporação de novas tecnologias de maneira diminuir o jogo de interesses do vendedor.

Clarice Alegre Petramale em sua palestra para a Associação Brasileira de Hospitais Universitários de Ensino – ABRAHUE (2009) menciona um estudo de caso que questiona a real necessidade de internação de uma paciente de 72 anos com sinais de mal estar há uma semana. Espera-se que a mulher seja internada, ou seja, sem ao menos haver uma investigação mais apurado sobre o caso, o médico solicita sua internação para depois averiguar a causa dos sintomas apresentados pela mulher ao invés de fazer uma atendimento ambulatorial (tecnologia alternativa de menor custo) com o objetivo de diagnosticar as reais causas com um tratamento monitorado. A internação poderia ser evitada diante dessa situação ao contrário do que normalmente ocorre devido ao modismo de internação por qualquer razão ou motivo.

A incorporação de tecnologia virou uma indústria de dinheiro, no qual o vendedor no seu anseio de garantir o retorno, imprime e incentiva o uso de determinados procedimentos, como é o caso acima citado pela Clarice, para que um prestador de serviço pague a conta, e ao mesmo tempo, o paciente tenha o benefício do procedimento sem ao menos ser realizado uma análise mais depurada do caso para verificar a real necessidade de sua aplicação.

Em contrapartida ao analisar o progresso tecnológico do ponto de vista do paciente, há o incremento de novos processos, técnicas, produtos, equipamentos, visando a melhora da condição da saúde das pessoas. A área médica desfruta de tal evolução, implementando

processos menos evasivos, propiciando assim maior segurança à saúde humana. Isso é para atender uma aspiração cada vez mais latente da população em geral de aumentar a expectativa de vida com uma melhor qualidade. (ANTUNES, 2002)

Houve uma evolução tecnológica indiscutível nos últimos 50 anos na área na saúde:

- a) Centros de Tratamento Intensivo: ventiladores pulmonares, balão de contrapulsção aórtica, monitores multiparamétricos etc;
- b) Cirurgias Cardíacas: aparelhos de anestesia, de circulação extra-corpórea, focos prismáticos, bisturis de argônio, implantação de próteses, cateteres cada vez mais evoluídos etc;
- c) Diagnósticos por imagem: ultra-sonografia, tomografia computadorizada, cintilografia, ressonância magnética nuclear, dentre outros;
- d) Exames laboratoriais: bioquímica, hematologia etc;
- e) E processos cirúrgicos cada vez menos invasivos utilizando por exemplo vídeos: histeroscopia, laparoscopia e outros.

Ou seja, a cada dia há alguma novidade na área da saúde visando a melhora do tratamento, ou simplesmente o tratamento que antes não era viável, tornando os problemas visíveis para o parecer médico.

Novas drogas que trazem a cura da doença, antes não possível. Exemplo disso, tem-se a evolução das drogas que fazem parte do coquetel para a AIDS, doença esta que culminava no falecimento do paciente. Atualmente as novas drogas propiciam um quadro de perspectiva em que dependendo do caso, o paciente consegue viver normalmente. Ou o caso dos medicamentos contra o câncer. Antes, não havia muito o que ser feito, com o desenvolvimento de novas drogas, pacientes hoje conseguem a cura propiciando um horizonte de vida às pessoas no qual não existia perspectiva de sobrevivência.

Sem contar os novos procedimentos cirúrgicos, especialmente na área neurológica e cardíaca que não só prolonga a vida das pessoas, como também pode ser a solução para o problema que assola o paciente.

A evolução da tecnologia é notórias por diversos exemplos apresentados e constatados, a questão maior é até quanto a população em geral está disposta a arcar com os novos procedimentos que justifiquem a tal ponto o investimento empregado.

Do ponto de vista do vendedor da tecnologia é interesse que haja um investimento para que consiga justificar o investimento empregado, e na sua grande maioria das vezes, consegue receber aquilo que se cobra. Por outro lado, tem-se hospitais, operadoras e o próprio paciente.

Para os Hospitais, é uma questão de recebimento e equilíbrio. Uma vez com a nova tecnologia, precisa-se ter segurança que de alguma forma receberá, ou melhor, que o investimento empregado se justifique em atendimentos ou até mesmo na qualidade da atenção médica. Pode ser dessa forma que se abra um precedente no qual a oferta determina a demanda na saúde.

Dependendo do caso pode ocorrer a criação de serviços em situações que não haveria necessidade, tornando um ciclo vicioso. Um determinado procedimento de diagnóstico pode ser feito diversas vezes sem que haja necessidade de ocorrer. A ocorrência pode ser fruto do próprio anseio do paciente que possui a expectativa de ter sua situação de saúde monitorada adequadamente, mas que por outro lado gera um ônus desnecessário. Para o médico ou o prestador de serviço há um sucateamento da tecnologia uma vez que há muita oferta levando o preço para baixo, fazendo com que o prestador realize diversos exames como maneira de compensação.

Tal situação não é interessante para ninguém. Para o paciente não há melhora no atendimento à saúde, para o Hospital ou qualquer outro prestador é necessário justificar o investimento realizado, e para a Operadora (ou pagador) terá que arcar com os custos que muitas vezes é desnecessário ocorrer, ocasionando insolvência financeira da empresa em muitos casos. Vira-se uma indústria dentro da área da saúde que desvirtua a efetividade da medicina, no qual o principal interesse passa a ser o financeiro e não mais a saúde do paciente.

Se o Hospital ou determinado prestador de serviço toma a decisão de adquirir determinada tecnologia, precisa-se primeiramente avaliar a real necessidade de sua compra, tende em vista o público que atende. Se for o caso, pode-se estudar um tipo de compartilhamento da tecnologia entre os prestadores de serviços, no qual a compra pode ocorrer em conjunto e que dois ou mais prestadores usufruam da tecnologia de modo a garantir a sua utilização, sem onerar o caixa de nenhuma empresa.

Para a operadora, a utilização de novas tecnologias pode ser um aumento no sinistro de sua carteira, o que compromete a saúde financeira da empresa.

Para o paciente, um incremento de tecnologia pode gerar um certo desconforto quanto ao atendimento. Não é somente uma questão de avaliação do seu poder aquisitivo, mas também no seu conforto e qualidade de vida.

O corpo médico hoje não faz uma análise de custo-benefício do que será melhor para o paciente, do ponto de vista clínico e financeiro em termos de viabilidade. A escolha virá de acordo com o que possuir disponível. Uma entrevista do Krung Jan ao Jornal da Associação

de Hospitais de Minas Gerais (1997), menciona que o sistema de saúde não incentiva médicos, pacientes a pensar em custos. Os médicos prescrevem qualquer procedimento sem levar em conta o custo que terá para o Hospital ou para a Operadora.

No estudo de Zucchi (2000) a alternativa encontrada em alguns países para equalizar os gastos com a saúde e as tecnologias caras é restringir o acesso da população. São diretrizes adotadas por questão econômicas no qual por exemplo, hemodiálise é restringido em pessoas com idades avançadas ou portadoras de alguma doença degenerativa. Determinados tratamentos, como transplantes ou diálises, como são muitos caros ainda, poucas pessoas são beneficiadas, não dando condições de vida melhor à população em geral.

Abre-se assim um precedente na saúde de conduta ética, versos a escassez de recursos. O intuito é maximizar a utilização dos recursos na área da saúde disponível ao maior número de pessoas possível. Por isso, é circunstancial a racionalização da utilização dos recursos na saúde.

Do ponto de vista Macroeconômico tem-se algumas questões relevantes quanto aos seus impactos e efeitos. Por exemplo, os gastos da saúde em nível nacional, ou o investimento em determinados setores em detrimento da área da saúde. Constrói-se hospitais ou escolas? Ou ainda, beneficiamento de um programa, como a Copa do Mundo de 2012 ou no promoção à saúde do idoso? Há uma discussão na área pública de que investe-se mais nos pacientes internados ou em paciente que requerem atendimentos ambulatoriais?

Um efeito pouco medido por órgão público é quanto aos efeitos das políticas regulatórias, inovações tecnológicas, competitividade tecnológica, transferência tecnológica e empregabilidade.

Sob o aspecto da Microeconomia, tem-se: custos, preços, níveis de cobrança e pagamento associados a tecnologias individuais. Ou ainda, a comparação entre recursos versus resultado, como custo-efetividade, custo utilidade e custo-benefício.

O impacto na empregabilidade de novas tecnologias não se restringe apenas a questões econômicas, mas seus efeitos acabam migrando para questões sociais e éticos. Testes genéticos, tratamentos de infertilidade, transplante de órgãos, por exemplo, colocam autoridades e padrões sociais em discussão. A questão é, qual paciente terá preferência, ou como selecionar os critérios que definirão a fila de um determinado procedimento. Recursos disponíveis para todos não há, a seleção ocorrerá de uma forma ou de outra.

Equalizar recursos dando equidade de tratamento para programas de maneira igualitária é algo questionável, tendo em vista que tecnologias caras podem não ter a mesma eficiência e resolutividade do que outra, mas em contrapartida oferece maiores ganhos financeiros.

Outro fator, é quanto a tecnologias experimentais, no qual a ética de informar pacientes que serão envolvidos em investigações tecnológicas. Tais investigações que surtirão efeitos somente no futuro e não no caso experimental muitas vezes. E que um dos objetivos é o retorno financeiro na tecnologia desenvolvida.

Questões de saúde não é algo simplesmente de mercado. Tanto os gastos como os custos tendem a aumentaram de tal forma que não acompanhará o aumento dos preços, tornando inviável a prática de determinadas tecnologias. Pode-se chegar ao ponto dos investimentos incrementais na saúde não justificarem a melhora propiciada à saúde das pessoas. É necessário portanto uma revisão para que haja uma racionalização dos gastos de maneira a não ter prejuízos na efetividade e resolutividade dos casos.

Em seu estudo Zucchi 2000 menciona há uma grande chance de ocorrer nos próximos anos uma análise maior do custo benefício gerado pela adoção da tecnologia de maneira a não sangrar a instituição que estiver fazendo o investimento. Só precisa-se haver uma sistematização do processo de modo a garantir que as pessoas não seja privadas de atendimento.

A racionalização dos gastos da área da saúde possui alguns entraves. A começar pela decisão médica, pois hora está como prestador de serviço visando a solução do problema, hora está como vendedor de serviço no qual tem o seu percentual de ganho. Outra questão, é estabelecer qual o melhor tratamento para determinada patologia, no qual fica refém do maciço marketing que a indústria da área realiza. E por fim tem-se o paciente que quer ser atendido da melhor maneira possível, com a tecnologia mais avançada que possuir no mercado, afim de ver a solução do seu problema.

2.1.2 Saúde Suplementar – Remuneração dos Serviços na Saúde

Os gastos com a saúde no mundo é um aspecto crescente e preocupante, pois dificilmente maiores recursos na área configurarão em uma melhora percebida ao paciente, como pode ser notado no Figura 2, a exemplo de países como Estados Unidos, Noruega, Suíça, Canadá, Holanda, Alemanha, França, Dinamarca dentre outros.

Figura 2 - Gasto médio com assistência médica per capita em US\$ (1980-2008)

Fonte: The Commonwealth Fund (2010)

Os Estados Unidos é o país que está em primeiro lugar em gastos per capita com assistência médica segundo dados da The Commonwealth Fund (2010). Apesar das altas somas de recursos gastos na saúde, está com umas das expectativas de vidas mais baixa entre os 31 países mais ricos do mundo que compõem a Organização para o Desenvolvimento e Cooperação Econômica (OECD, 2010).

Um estudo do Institute of Medicine (2001) mostra que havia uma preocupação há pelo menos dez anos atrás, em instituir uma estratégia que modificasse tal sistema de gastos, pois tanto médicos como paciente estavam insatisfeitos com a qualidade a atenção à saúde havia atingido. Erros eram frequentes de modo que não se notava os benefícios almejados. Tanto que, evidencia-se cada vez mais as necessidades de atenção que a população norte-americana precisava em cuidados com a saúde, amparados pelas melhores práticas e conhecimentos científicos.

Outro estudo de Schuster, McGlynn e Brook (1998) demonstram a diferença entre o que poderia ser oferecido à população norte-americana versus a qualidade da atenção à saúde encontrada efetivamente.

Dessa forma, gastos maiores em saúde não são garantia de melhores cuidados à saúde, ou seja, de nada adianta os gastos com a saúde aumentarem progressivamente se não consegue ganhos na atenção à saúde, a exemplo do que ocorre nos Estados Unidos.

Um dos meios que acabam influenciando negativamente as organizações e profissionais envolvidos com o cuidado à saúde é a política de pagamento. É de suma importância que se haja uma adequação de tais políticas em prol da melhoria da saúde em detrimento dos altos custos envolvidos que oferecem barreiras para tal objetivo. A estruturação de remuneração pode funcionar como um impeditivo a melhora à saúde mesmo tendo profissionais e organizações motivados para isso (GENE-BADIA, 2007).

A política de remuneração na saúde deve ser adequada a prática do procedimento, concedendo oportunidade aos fornecedores a participarem dos benefícios da melhora da qualidade à saúde, bem como orientar as escolhas dos pacientes a partir do reconhecimento da melhora dos cuidados à saúde. Ou seja, deve conter incentivos financeiros atrelados a melhores práticas de maneira contemplar resultados mais eficazes. Os atores envolvidos na prestação de serviço na área da saúde se sentirão mais motivados a praticarem e buscarem melhoras no atendimento desde que haja compensação financeira para isso (INSTITUTE OF MEDICINE, 2007).

De acordo com o Robinson (2001) não existe nenhum método eficaz capaz de conceder incentivos financeiros a médicos, hospitais e demais instituições envolvidas na prestação de serviço na saúde atreladas à melhora na qualidade dos serviços. Assim, é relevante o debate acerca do tema das políticas de pagamento aos prestadores de modo a inferir as limitações existentes dos atuais padrões, bem como modelos a serem implementados, e ao mesmo tempo garantir a satisfação financeira dos prestadores.

2.1.2.1 Definição da Remuneração na Saúde Suplementar

Urquiza (2010) em seu editorial faz a menção de que antigamente a remuneração médica era denominada de “honorário”, que deriva do latim significando reconhecimento. A prática da época preconizava de que o paciente que precificava os honorários médicos a partir do seu reconhecimento, agradecimento e capacidade econômica.

Cherghiglia (2002) menciona que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) preconiza dois sistemas principais de remuneração: a remuneração por resultado que prevê ganhos a partir da qualidade e quantidade dos serviços prestados, bem como os resultados obtidos sejam eles individuais ou coletivos; e a outra forma é a remuneração por tempo configurando como sendo o ganho decorrente do tempo que o prestador de serviço fica a

disposição do empregador, não existindo uma relação direta entre remuneração e volume de atendimento e/ou produtos produzido.

Outra forma de classificação da remuneração, segundo Andreazzi (2003) é em função do tempo que o ocorre o pagamento: pagamento antecipado, no qual são valorizados os serviços antes mesmo da prestação do serviço efetivamente ocorrer, independente do volume de produção, sendo baseado em diversos critérios. É a forma de assalariamento que se busca focar a atenção a saúde de modo a compartilhar os riscos entre prestador e pagador envolvidos na operação; outra maneira ainda segundo o mesmo autor é o pagamento após a realização dos serviços, ou seja, pós-pagamento. É o modelo de remuneração por procedimento ou o fee for service.

2.1.2.2 As formas de Remuneração na Saúde Suplementar

As formas mais frequentes encontradas de remuneração médica são: pagamento por procedimento ou fee for service, capitação e salário. A remuneração por pacote e por desempenho vem ganhando força nos últimos tempos.

A. Pagamento por Procedimento ou Fee For Service

É a política de pagamento por procedimento individual, item a item, sendo configurado como pós-pagamento, modelo este mais tradicional para remunerar médicos e serviços hospitalares. O modelo preconiza de que o médico dirija toda a sua atenção ao paciente oferecendo-lhe todos os recursos disponíveis de tratamento e diagnóstico uma vez que o pagamento será feito posterior ao atendimento (JEGERS, 2002). Entretanto, o médico fica estimulado pelo ganhos auferidos, a realizar o processo de atenção à saúde em completo não se importando com os gastos, com a causa ou origem do problema do paciente (MEDICI, 1995).

As vantagens do deste processo de pagamento são a alta produtividade já que quanto mais produzir, mais o médico receberá; satisfação dos médicos, favorecendo a boa relação entre médico e paciente; e a simplicidade no cálculo para pagamento (TOBAR; ROSENFELD; REALE, 1998). Porém com a remuneração por procedimento, fica implícito a

superprodução dos serviços, pois a valorização ficará atrelada diretamente a quantidade de serviços prestados. Caso os valores dos serviços comecem a ser tolhidos, provocará por parte dos médicos uma pressão para ajuste da remuneração com a justificativa da quantidade de atendimento ocorrido (MEDICI, 1995).

Por outro lado as desvantagens são: incentivo a prestação de serviço desnecessário em demasia; incentivo a superfaturamento; favorecer a distribuição e formação de médicos em especialidades mais rentáveis; inibir as práticas de prevenção a saúde, pois o diagnóstica retira produção; estímulo de realizar procedimentos que podem ser desnecessários; e aumentar a incidência de consultas, procedimentos e solicitações de exames, perdendo a qualidade da análise e até mesmo a duração (TOBAR; ROSENFELD; REALE, 1998).

O conceito de pagamento em hospitais é similar ao que ocorre com médicos, sendo item a item, baseado em uma tabela previamente acordada entre o hospital e as fontes pagadoras dos serviços. A tabela compreende valores das diárias, procedimentos realizados pela enfermagem e/ou médico, taxas pela utilização de equipamentos ou sala cirúrgica, gasoterapia, materiais, medicamentos e exames. São todos itens que fazem parte da prestação de serviço do hospital enquanto o paciente permanece internado, não havendo controle e nem interesse de controle por parte da instituição uma vez que quanto mais itens cobrados, mais receita poderá auferir.

Gosden (2001) destaca que no modelo de pagamento por procedimento não se privilegia o desempenho, qualidade ou eficiência do prestador, não utiliza metodologia baseada em evidência, ficando difícil de medir os resultados provindos da prestação do serviço.

Devlin e Sarma (2008) mencionam no trabalho deles que a política de pagamento por procedimento gera uma demanda maior de procedimento por parte dos médicos que muitas vezes poderiam ser evitados, e pior os profissionais envolvidos na prestação de serviço não acabam dando a devida atenção a qualidade do atendimento. Há estudos ainda que falam em indução de demanda pelo médico para seu beneficiamento na remuneração (CARLSEN; GRYTTE, 2000).

O estudo de Sorensen e Grytten (1999) evidenciam que médicos pagos pelo regime de fee for service aumentam em média a produtividade dos serviços entre 20 a 40% se comparados com médicos assalariados. Hickson, Altemeir e Perrin (1987) demonstram que na amostra de pediatras estudados, aumenta-se o número de consultas em 22% dos médicos pagos pelo regime de fee for service se comparando com os assalariados.

Além disso, o modelo de pagamento por procedimento favorece a utilização de tecnologia mais avançadas, agregando valor ao serviço prestado pelos profissionais. A

questão fica ainda mais delicada quando envolve operadoras de planos de saúde, que farão o pagamento da prestação de serviço diretamente ao hospital ou médico. O paciente nesse caso, não estará preocupado e não saberá o valor dos serviços pagos, podendo haver conluio entre hospital, médico e fornecedores de materiais de maneira a realizarem superfaturamentos em prol de rentabilidade atrativa aos respectivos ganhos financeiros. A política de pagamento por procedimento é um indutor de fraude. Assim, o mecanismo de pagamento requer instrumentos de controle, fiscalização e avaliação por parte das operadoras de planos de saúde com o objetivo de coibir as ações fraudulentas ou abusos dos prestadores de serviços (MEDICI, 1995).

Dessa forma, a remuneração por procedimento induz a produção em excesso ou desnecessária, já que a renda do prestador de serviço está associada a produtividade, podendo comprometer a qualidade dos serviços prestados. Com isso a maior vítima do processo acaba sendo o paciente, ansioso por cuidados médicos (GOMES, 2010).

B. Pagamento por Capitação

O objetivo do pagamento por capitação é direcionar o foco para a atenção à saúde populacional, por intermédio do compartilhamento dos riscos com os prestadores de serviço. A remuneração é prospectiva (ESCRIVÃO JR.; KOYAMA, F., 2007).

O modelo é mais utilizado em instituições norte-americanas denominadas Health Management Organizations (HMO's) que possuem médicos generalistas que receberão a preços fixos pelos serviços prestados, a partir da quantidade de pessoas, considerando ainda o tempo disponível. O valor fixo independe da quantidade de serviços prestados, tendo o pagador uma previsão das despesas (ESCRIVÃO JR.; KOYAMA, F., 2007).

Há um interesse por parte do prestador de serviço que faça o gerenciamento do uso dos serviços de modo a diminuir ou até mesmo eliminar exames e procedimentos desnecessários, incentivando a prevenção da saúde e consequentemente diminuindo a utilização dos serviços (JEGERS, 2002).

É comum nessa política de pagamento ter-se a subutilização dos serviços da saúde, como consultas, exames, procedimentos e internações, bem como a seletividade de pacientes que oferecem menor risco (menor custo), desfavorecendo os pacientes de maior risco (ROBINSON, 2001). O prestador de serviço opta por procedimentos que requerem menos recursos como forma de maximizar os ganhos, ficando o paciente sem a devida atenção

(BALZAN, 2000). O objetivo para redução de gastos a todo custo é uma forma de reter as sobras financeiras decorrentes da não utilização em um determinado período (TOBAR; ROSENFELD; REALE, 1998).

C. Remuneração por Salário

É também uma forma de remuneração prospectiva, no qual o funcionário receberá seus rendimentos em contrapartida aos serviços prestados ao seu empregador. O valor do rendimento deverá estar contemplado as horas trabalhadas pelo funcionário e benefícios (férias, décimo terceiro salário etc), não importando a quantidade dos serviços prestados. A adoção de salários é comum em funcionários que prestam serviços em determinadas alas hospitalares, como ambulatório, unidade de terapia intensiva ou de diagnósticos por exemplo.

A desvantagem da remuneração assalariada é de que o prestador não se compromete com a produtividade. Por outro lado, há a compensação na qualidade pois os atendimentos são mais demorados, havendo inclusive maior interesse médico em ações preventivas. A percepção de salários baixos é convertida em jornadas de trabalhos menores, impactando assim em um peso maior relativo nos custos fixos da instituição contratante (TOBAR; ROSENFELD; REALE, 1998).

Gomes (2010) cita que a remuneração salarial privilegia menores riscos ao médico devido a conotação de estabilidade imposta, tendo poucos procedimentos desnecessários ou até mesmo exagerados.

Gawande (2009) relata um caso de sucesso para o sistema assalariado nos Estados Unidos. Os serviços da Mayo Clinic são de alta qualidade e custo baixo, no qual o foco dos serviços de saúde é o paciente.

D. Remuneração por Pacote

O modelo de pagamento via pacote visa o pagamento de valores fixos de procedimentos com baixa variabilidade de protocolos clínicos, transferindo o risco adicional de custos ao prestador de serviço, ou seja, determina-se um valor fixo para padrões de procedimentos ou atendimentos e se na execução o prestador tenha custos adicionais devido a desvios arcará com o prejuízo. É uma maneira de compartilhar e envolver mais o prestador no gerenciamento

dos custos. A crítica do modelo fica a cargo do foco, no qual é a redução dos custos e não no valor percebido pelo paciente (OKAZAKI, 2006).

O modelo de pacote está configurando em uma importante ferramenta de pressão das fontes pagadoras em reduzir custos sob o pretexto de descredenciamento caso não ocorra e até mesmo de compartilhamento de risco com um certa grau de previsibilidade (OKAZAKI, 2006).

A operadora terá uma ideia melhor dos gastos que terá a partir da adoção do pacote por se ter valores fixos. Por outro lado, o hospital terá que se envolver mais nas questões gerenciais, controlando os custos e a utilização de produtos ou procedimentos de modo a garantir seu retorno financeiro. Além de se ter um mecanismo de diminuição de conflitos entre cobrança e pagamento.

O autor Robinson (2001) destaca que todo sistema de remuneração retrospectiva estimula os gastos incondicionalmente e o sistema de remuneração prospectiva privilegia subtratamentos e seleção de risco.

E. Remuneração por Desempenho ou Performace

Em primeiro lugar se faz necessário definir o conceito de qualidade relativizando-o. Escrivão (2007) entende que qualidade está atrelada a critérios previamente definidos, com a satisfação dos beneficiários dos serviços de saúde, bem como a excelência e valor, não havendo consenso na literatura a respeito da definição e mensuração de indicadores de qualidade.

O modelo proposto por Abicalaffé (2010) preconiza a remuneração por performace a partir da qualidade dos serviços prestados aos pacientes, segmentando em quatro domínios: estrutura relacionada aos recursos humanos disponíveis tecnologia e registros eletrônicos; eficiência técnica relacionado a utilização de protocolos clínicos, e parametrização de processos e custos; efetividade do cuidado atrelado a indicadores de resultado e de práticas preventivas a saúde; e satisfação do paciente quanto ao atendimento realizado.

Outro modelo proposto por Gomes (2010) tem por fundamento: foco no paciente; envolvimento do corpo clínica na concepção da política; participação não obrigatória; e indicadores com fundamento acadêmico. A política deve ainda ser transparente quanto a sua estrutura e forma de remuneração.

Importante ressaltar que para adoção do programa o prestador deverá ter estrutura tecnológica capaz de auferir os parâmetros estabelecidos não indo contra a moral e ética médica quanto ao sigilo dos pacientes.

Para Greene e Nash (2009) os prestadores recebem um pagamento mínimo para a assistência ao paciente, mas que se atingido os parâmetros estabelecidos receberão uma compensação. A compensação poderá vir ainda por meio de ranqueamento dos prestadores, destacando os melhores em suas práticas, de modo que o paciente possa escolher no momento em que for utilizar. É uma forma de privilegiar o prestador não somente em questões financeiras, mas também no reconhecimento da qualidade.

A política de remuneração por desempenho permite que se melhore a qualidade do atendimento da saúde ao paciente, bem como diminui o espaço dos protocolos ditos ideias daqueles que são efetivamente praticados no dia a dia das instituições. A utilidade transcende ainda para que os prestadores gastem recursos de maneira mais equilibrada com a melhora dos resultados para os pacientes. O foco passa a ser a qualidade e não tão mais a quantidade (GLICKMAN; PETERSON, 2009).

Nos Estados Unidos um pouco das 252 Health Maintenance Organizations (HMOs), que atendem um pouco mais de 80% dos beneficiários utilizam a política de remuneração por performance destinados tanto a médicos como para hospitais (ROSENTHAL et al, 2006). Em outro estudo que utiliza a remuneração por performance no estado da Califórnia com oito planos de saúde, constatou-se que os indicadores de qualidade melhoraram 3% anualmente, e foi distribuído 2% de bônus para pagamento de médicos entre 2003 e 2007. Entretanto o estudo evidencia que não houve aumento na satisfação dos pacientes (CHRISTIANSON; LEATHERMAN; SUTHERLAND, 2008; ROBINSON et al, 2009).

Na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), dezenove países possuem o programa de remuneração por desempenho, sendo que no total são trinta e um países que a compõem, sendo países de alta renda. Os demais países possuem programas de benefícios no qual bonificam os médicos que conseguem atingir melhoras a partir de protocolos definidos (OECD, 2009).

Estudo realizado em países da África e Ásia mostram também a utilização da remuneração por desempenho, no qual as bonificações financeiras ocorrem como forma de privilegiar a qualidade na atenção a saúde (USAID, 2010). Outro estudo da National Health Service (NHS), demonstram que no sistema público inglês, 25% da remuneração dos médicos provem da melhora na qualidade a atenção médica, baseada em indicadores organizacionais e de satisfação do paciente (MEDDINGS; McMAHON, 2008).

Apesar do crescimento da utilização da política de remuneração por desempenho, os autores Mullen, Frank e Rosenthal (2009) em sua pesquisa relatam que não evidências claras de melhoria da qualidade nos serviços a partir do modelo implantado, requerendo que sejam feitas novas pesquisas a cerca do assunto para aprofundamento, pois mesmo não encontrando pontos positivos de melhoria da qualidade, também não se encontrou pontos negativos que desabonem o método.

Por outro lado Greene e Nash (2009) e Van Herck (2010) em suas revisões a cerca do tema identificaram que há um espaço potencial para a melhora da qualidade, desde que sejam bem parametrizados os indicadores entre prestador e pagador. Além da qualidade concluíram que a relação médico paciente é beneficiada, e uma diminuição dos gastos na saúde.

Na área da saúde precisa-se encontrar um ponto de equilíbrio de maneira a esfacelar a dicotomia da razão entre a melhora dos cuidados com a saúde e a eficiência financeira. Caso haja o beneficiamento focado na qualidade, provavelmente os prestadores e pagadores terão dificuldade financeira de atendimento. Ao mesmo tempo em que se focar nas restrições orçamentárias comprometerá a qualidade dos serviços prestados (IOM, 2007).

É importante que se encontre alternativas para remuneração médica para que consiga atender aos anseios de ganhos dos prestadores e ao mesmo tempo consiga o equilíbrio financeiro dos pagadores tendo seus gastos controlados e paciente satisfeitos com os serviços prestados.

2.2 Tecnologia na Saúde

De acordo com o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra – NHS tecnologia em saúde é a intervenção usada para promoção, prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças, incluindo medicamentos, equipamentos, procedimentos e protocolos médicos. Para o Laboratório de Sistemas de Saúde da COPPE-UFRJ tecnologia é toda a forma de conhecimento utilizada para sanar ou atenuar os problemas de saúde (LUGARINHO, 2004).

Em momentos atuais o termo tecnologia, vem sendo muito utilizado ou associado, de forma equivocada, a produto ou equipamento. A tecnologia compreende um conjunto de conhecimentos para utilização e produção de produtos, bem como visa organizar as relações humanas (MERHY, 2002).

Assim, subentende-se que tecnologia na área da saúde como sendo, todo equipamento, medicamento, procedimentos, modos de intervenção utilizados na prevenção, diagnóstico,

tratamento ou reabilitação das condições da saúde. São as formas de conhecimento que podem ser aplicadas para solução ou redução dos problemas de saúde de indivíduos ou populações.

No setor de saúde a tecnologia em saúde segundo Merhy (2002) pode ser agrupada em três categorias: tecnologia dura representada pelo material existente, como equipamentos, mobiliário permanente ou de consumo; tecnologia leve-dura são os denominados saberes estruturados configurada pelas disciplinas atuantes na área da saúde, como clínica médica, epidemiológica etc; e a tecnologia leve expressa do encontro do indivíduo com a necessidade de ações de saúde por intermédio do processo de produção da comunicação, das relações e vínculos. Acredita-se que não dê para realizar uma distinção clara e objetiva, estando as três categorias relacionadas.

Marsden (1991) menciona que não há um limite previamente definido entre tecnologia e ciência, pois a ciência não menciona o que deveria ser feito e sim o que pode ser feito, sendo incapaz de lidar com questões e valores. Para Nietzsche (2000) ciência e tecnologia transcendem ao conceito de coisas, saberes ou coisas, sendo valores que possuem significado em sua dimensão ética e política.

CONASS (2007) menciona que as tecnologias possuem um ciclo de vida e de difusão (as etapas estão na Figura 3). Entretanto as etapas não são necessariamente obrigatórias, podendo haver sobreposição.

Figura 3 - Ciclo de Vida das Tecnologias em Saúde
Fonte: Adaptado CONASS, 2007

Zucchi e Ferraz (2010) mencionam que a tecnologia possui estágios de difusão e maturidade:

- a) Futura: é uma tecnologia ainda em estágio conceitual, no qual ainda está em nível de estudos preliminares;
- b) Experimental: é o estágio no qual a tecnologia encontra-se em fase de testes laboratoriais, utilizando modelos ou em alguns casos determinados animais;
- c) Investigacional: avaliação clínica inicial, em que submete teste em seres humanos;
- d) Estabelecida: assume que a tecnologia pode ser difundida para uso geral;
- e) Abandonada, em que comprova-se que a tecnologia em questão foi ultrapassada por um outra ou que não tem efetividade ou pior, que é de alguma forma danosa à saúde humana.

Para Gelijns e Rosenberg (1994), não há uma obediência cronológica entre as etapas de evolução de uma tecnologia. Para diferentes finalidades, uma mesma tecnologia pode estar em testes clínicos e para outra em um estágio mais investigacional. Tecnologias consideradas obsoletas podem retornar ao uso para um propósito inteiramente diferente para qual foi concebida inicialmente. Além disso, as tecnologia sofrem mudanças e aprimoramentos após sua aceitação inicial.

As tecnologias na saúde podem ainda ser segmentadas de acordo com o propósito no qual foi criada ou designada, a citar:

- a) Prevenção: é a imunização, e programas de controles de infecção hospitalar;
- b) Método de Screening: é um método de rastreamento, reconhecimento, varredura no qual são expedidos confirmações de contaminação ou não de determinada área por intermédio de técnicas que visam a economia de investimento e tempo.
- c) Diagnose: é o conhecimento de doenças pela observação de sintomas. São exemplos: eletrocardiograma, radiografia para detectar fratura;
- d) Tratamento, como exemplo, tem-se a cirurgia de revascularização miocárdica, quimioterapia para tratamento de câncer; e
- e) Reabilitação: aparelhos auditivos.

Importante salientar que nem todas as tecnologias preenchem apenas um tipo de tecnologia, podendo estar em uma ou mais categoria, por exemplo, há combinação de medicamentos com equipamento, como é o caso de Stents com drogas, bombas infláveis de medicamentos ou órgãos que têm a combinação de tecidos naturais com artificiais (GOODMAN, 1998).

As tecnologia configuram uma curva de ciclo de vida que contempla desde a sua incorporação até a sua utilização em larga escala, conforme Figura 4. O eixo vertical é a intensidade do uso da tecnologia, e o horizontal traz o tempo. Algumas tecnologias, atingem o ponto de maturação muito rapidamente, e conseqüentemente entram na obsolescência. A explicação para isso podem ser inúmeras, desde o lançamento de um outra tecnologia mais avançada e eficiente até a criação de uma vacina quando é o caso de droga, por exemplo.

Figura 4 - Ciclo de Vida das Tecnologia de Saúde
Fonte: International Network of Agencies for Health Technology INAHTA

O ciclo de vida da tecnologia outrora era reservado ao médico, hoje sofre interferências do paciente que almeja algo novo e pela indústria fabricante da tecnologia ou de insumos (CHAIX-COUTURIER; DURAND-ZALESKI; JOLLY; DURIEUX, 2000 apud US Congress/OTA, 1994).

A regulação do ciclo de vida da tecnologia é condicionado ao governo por intermédio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entretanto, já há interferência do judiciário que obriga às seguradoras, planos de saúde ou prestadores de serviço a darem acesso à tecnologia, geralmente de alto custo, mesmo não estando no Rol de Procedimentos sob responsabilidade da ANS ou na tabela de procedimentos financiados pelo SUS de responsabilidade do SAS/MS (SILVA, 2003).

2.2.1 Avaliação Tecnológica em Saúde - ATS

A Agência Nacional em Saúde Suplementar – ANS em seu Informe nº 07 de Avaliação de Tecnologia em Saúde – ATS (2008) define como sendo um processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde e as consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias. Avalia-se alguns aspectos, tais como: segurança, acurácia, eficácia, efetividade, custos, custo-efetividade e equidade. Há ainda análises dos impactos éticos, culturais e ambientais. E seus objetivos consistem em dispor informação para tomada de decisão nas políticas e práticas em saúde.

Para Banta e Luce (1993) ATS é uma síntese do conhecimento produzido a partir de uma análise, no qual mede as implicações e consequências da utilização da tecnologia estudada servindo como respaldo técnico para a decisão de difusão e incorporação.

ATS pode ser utilizada também como mecanismo de regulação, como elaboração de instrumentos de avaliação e de melhorias na qualidade dos serviços na saúde, segundo Krauss, Escosteguy, Machado (1996).

A ANS em 2005, juntamente com iniciativas do Ministério da Saúde no sentido de incorporação de tecnologia criaram a Gerência de Avaliação de Tecnologia em Saúde (GEATS), visando ser o instrumento de divulgação das pesquisas realizada pela ANS por intermédio de seus Informes.

O Informe possui uma estrutura no qual se faz um levantamento da melhor evidência disponível, identificando e avaliando criticamente o impacto clínico (eficácia/efetividade e segurança), a relevância epidemiológica e as implicações da tecnologia em questão. A segmentação estrutura consiste basicamente em:

- a) Situação clínica: no qual avalia-se o caso clínico em questão que foi estudado;
- b) Descrição da Tecnologia: funcionamento da nova tecnologia em questão;
- c) Metodologia: a maneira no qual se chegará na tecnologia;
- d) Resultados alcançados/esperados: análises das evidências disponíveis em revisões sistemáticas ou em testes experimentais já alcançados;
- e) Considerações finais.

Segundo Battista e Hodge (1999) o papel da ATS “é o de facilitar a introdução e o uso apropriados das novas tecnologias em saúde”. Trata-se de uma contribuição para a regulação da difusão da tecnologia, fazendo a interface entre a tomada de decisão e a pesquisa científica.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - CADTH (2011) define ATS como sendo a avaliação de tecnologia, que inclui procedimentos, equipamentos e drogas, no

qual aborda questões interdisciplinares como: segurança, custos, efetividade, eficácia, ética e qualidade de vida.

Department of Health do National Health Service in England (NHS, 2011) traz outra visão de ATS como sendo usado para acesso aos custos, e, efetividade e difundir os impactos dos procedimentos utilizados para promoção, prevenção e tratamento da doença, com melhora na reabilitação.

De acordo com CONASS (2007), os objetivos da ATS consistem em:

- Assegurar que não causem malefício à saúde, de modo que sejam seguras;
- Garantir que tragam benefícios para a saúde, no propósito para qual foram desenvolvidas, justificando os investimentos realizados;
- Assegurar que as tecnologias sejam utilizadas de maneira apropriadas;
- Promover a divulgação de informações de modo a auxiliar diferentes atores no processo de incorporação de tecnologia afim de promover o desenvolvimento de regulamentações e alterações e/ou formulações na legislação, além de informar as alternativas tecnológicas existentes.

As ATS podem ser segmentadas em basicamente dois tipos: regulatória e consultiva (HAILEY, 2003):

- Regulatório: alguns governos estabelecem determinados programas para certas tecnologias em saúde. O objetivo é assegurar a segurança do produto, equipamento ou processo em questão, bem como sua qualidade e em alguns casos o enunciados dos rótulos dos fabricantes quando necessário. É o caso por exemplo, da Anvisa/Ministério da Saúde no Brasil, ou da Health Canada ou do FDA (Food and Drug Administration) nos EUA.
- Consultiva: é uma análise mais abrangente de como a tecnologia interferirá as organizações de saúde como um todo. Fará uma avaliação de seus impactos econômicos gerais, e de como repercutirá na qualidade da saúde humana.

ATS é um fenômeno no qual a área privada está crescendo muito realizando investimentos maciços devido aos ganhos envolvidos, especialmente os fabricantes de drogas. O desenvolvimento da ATS dependerá do objetivo pelo qual atenderá, podendo diferenciar se for de origem privada ou público pois os interesses envolvidos são diferentes.

Alinhada ao processo de descentralização, há algumas desvantagens atreladas: falta de coordenação, duplicidade de esforço ou alocação ineficiente de recursos.

Goodman (1998) elenca dez passos básicos para se conduzir uma ATS:

1. Identificar os tópicos para avaliação
2. Especificar o problema de avaliação
3. Determinar o locus de avaliação
4. Buscar evidência
5. Coletar dados primários novos
6. Interpretar evidência
7. Sintetizar / consolidar a evidência
8. Formular achados e recomendações
9. Disseminar achados e recomendações
10. Monitorar o impacto

Avaliação tecnológica em saúde pode envolver diversos aspectos como atributos e propriedades (CONASS, 2007):

- a) Propriedades técnicas: é o desempenho, e se está de acordo com as especificações de design, composição, manufatura, tolerância, confiabilidade, facilidade de utilização, manutenção etc;
- b) Segurança: está relacionado à tolerância ao risco, que é a chance de um evento ocorrer e de sua gravidade, associada ao uso da tecnologia;
- c) Eficácia e efetividade: estão atrelados à melhora da saúde do paciente. Eficácia é a capacidade de fazer aquilo que é preciso, o que é certo para se alcançar determinado objetivo. É escolher os melhores meios para a melhor solução. No caso do uso da tecnologia seria a utilização de tecnologia para um mal específico, no qual se apuraria o resultado ideal. Eficiência é a capacidade de conseguir maior produtividade, melhor desempenho, utilizando a menor quantidade de recursos possíveis. Exemplo são os casos de atendimento em um hospital comunitário para diferentes tipos de pacientes. Eficiência envolve a forma de como determinada atividade é feita, enquanto a eficácia se refere ao resultado. Algumas tecnologia podem ter eficácia, mas sem eficiência, ou sejam, atendem ao propósito do paciente ou do mal para qual foi criada, mas é inviável financeiramente devido aos altos custos envolvidos na sua fabricação ou aplicação.

A existência da ATS está justamente na lacuna deixada pela divulgação da tecnologia, que não ser uniforme e equânime. O ideal seria que pesquisas de qualidade fossem facilmente difundidas e incorporadas às áreas de interesse na tomadas de decisões. Entretanto, não é o que ocorre na prática, porque surge diferentes resultados de diferentes fontes, sendo necessário a síntese.

É preciso que haja uma melhor sistematização na incorporação de novas tecnologias impulsionando assim reorganização dos sistema de saúde como todo. A incorporação de tecnologia desorganizada e descentralizada eleva os gastos com saúde por envolver diversos agentes, atrelados a múltiplos recursos e escolhas (TRINDADE, 2008).

2.2.2 Utilização de Serviços na Saúde

O conceito de utilização de serviços na área saúde pode ser segmentado de duas formas. O contato direto que são as consultas médicas ou internações realizadas nas instalações hospitalares ou o indireto, que são a realização de exames de diagnósticos e de prevenção.

O processo de uso é resultante da interação do paciente que está à procura de cuidados médicos e o médico que conduz os serviços propriamente ditos. Os pacientes geralmente são os responsáveis pelo primeiro contato, uma vez que parte dele a iniciativa para o uso dos serviços, e aos médicos o trabalho subsequentes, que definirão o tipo e intensidade dos recursos que serão utilizados para resolver o problema do paciente (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Travasso e Martins (2004) traçam fatores determinantes para a utilização dos serviços, em que a influência de cada um está associada ao tipo de serviço (hospitalar, ambulatorial ou de clínica) e se são de cunho preventivo, curativo ou de reabilitação. Os fatores estão relacionados:

- a) A atenção a saúde, podendo ser morbidade, gravidade ou caráter emergencial
- b) Aos pacientes em si, devido à idade, gênero, região demográfica, renda, nível educacional, religião, e psíquicas;
- c) Aos profissionais médicos devido à idade, sexo, tempo de graduação e experiência na área, especialidade médica e forma de pagamento;

- d) Aos prestadores devido a recursos estruturais disponíveis, especialidade atendida, nível de complexidade, disponibilidade de oferta de serviços, modo de remuneração e acesso ao local;
- e) E à política, considerando o tipo de sistema de saúde, financiamento, distribuição de recursos, legislação e regulamentação do setor.

As tentativas de desenvolvimento de modelos teóricos para explicar o uso de serviços na saúde remontam as décadas de 50 e 60, podendo se destacar o modelo de crenças em saúde (ROSENSTOCK, 1990), o modelo de Dutton (DUTTON, 1986) e o modelo de Evans & Stoddart (EVANS; STODDART, 1994).

O modelo de crenças em saúde foi desenhado nos anos 50 com o intuito de explicar a falta de adesão em detecção de doenças e programas de prevenção. Mais tarde, evoluiu sendo utilizado em análise do comportamento do paciente diante a doenças e/ou sintomas. Busca-se explicações de como é o comportamento do paciente perante a sua saúde, bem como a utilização dos serviços da área, parametrizada nas crenças, intenções e percepções de risco. As pessoas só utilizarão os serviços de saúde se tiverem a percepção de que o uso lhe trará algum benefício, seja no trabalho, no convívio familiar ou nas relações sociais, ou se acreditarem na gravidade da doença que trará conseqüentemente conseqüências ao seu estado de saúde (morte, dor ou incapacidade) ou se estarão suscetíveis a um determinado problema, ou seja, na a percepção individual considerando o risco de se ter efetivamente a doença (ROSENSTOCK, 1990).

Segundo o autor, há três componentes influenciando a ação: disposição à ação, vantagens e desvantagens da escolha e os estímulos internos e externos a adotá-la. O paciente estando prestes a usar os serviços na saúde faz uma análise inconsciente avaliando os ganhos advindos, bem como seus benefícios, e ao mesmo tempo pondera os fatores contrários como risco ou probabilidade de dar errado, o inconveniente causado e custos envolvidos. A ação só tomará corpo uma vez que os benefícios notados serão superiores aos malefícios causados.

Dutton (1986) preconiza que a utilização dos serviços na saúde é fruto da interação entre pacientes, prestadores de serviço (hospitais, laboratórios, clínicas, médicos etc) e o sistema de saúde. No modelo o autor faz a distinção do uso do serviço controlado pelo médico e o que são controlados predominantemente pelos pacientes. Os controlados pelos médicos, como as consultas subsequentes ao primeiro atendimento e os tratamentos prescritos, como seções de fisioterapia, dependerá das características destes profissionais bem como da necessidade de saúde que o paciente se encontra. Já os que são controlados pelos pacientes, como a primeira

consulta e exames preventivos, dependerão das barreiras impostas pelo sistema de atendimento (como acesso ou oferta de serviços) e das características de cada indivíduo. O autor destaca ainda que as razões determinantes para a primeira consulta e os atendimentos subsequentes são distintas, porém a necessidade de saúde faz com que, independentemente do controle seja exercido pelo médico ou paciente, é um fator determinante para a utilização dos serviços.

O modelo proposto por Evans e Stoddart (1994) também denominado de Modelo de Produção da Saúde tenta explicar, sobretudo a relação existente entre o uso do serviço e a saúde. É uma tentativa de explicar a relação causal entre doença e utilização do serviço, no qual somente a doença é responsável pelo uso dos serviços pelo paciente e não uma questão de saúde. O modelo descreve os fatores que determinam o uso dos serviços da saúde, como sendo diferentes ao da saúde. A doença está intimamente relacionada à utilização do serviço, bem como a evolução de prosperidade e o bem estar da sociedade, fatores estes determinante para a saúde, ou seja, o uso do serviço de saúde impacta diretamente na doença, mas indiretamente na saúde. Entretanto tal modelo não fora testado empiricamente para sua validação, necessitando de maior especificação e detalhamento. Seu objetivo inicial foi para dimensionar a complexidade que envolve o processo de saúde, doenças e o uso dos serviços, tendo como principal qualidade sua solidez teórica (EVANS; STODDART, 1994).

2.3 Teoria da Agência na Saúde

A teoria da agência trata do relacionamento entre agentes nas trocas econômicas, no qual o principal (papel central) tem poder sobre o comportamento do agente (papel secundário), a seu favor, sendo que as decisões do agente repercutirão diretamente no principal (JENSEN; MECKLING, 1976). Dessa maneira, os interesses do principal não poderão ser maximizados uma vez que principal e agente possuem uma predisposição contrária ao risco e objetivos divergentes (WRIGHT, 1996).

Na pesquisa, tem-se que o principal seja justamente as Operadoras de planos de saúde uma vez que é fonte pagadora, exercendo assim poder econômicos sob seus prestadores de serviços que no caso é o Hospital, que atua como agente.

Figura 5 - Teoria da Agência
Fonte: Jensen e Meckling (1976)

De acordo com Wiseman e Gomez-Mejia (1998) o principal é considerado neutro quanto ao risco, realizando escolhas a partir de vários participantes. Enquanto que o agente é contrário ao risco, objetivando preservar seus bens, pois está ligado a um único principal (WILLIANSO, 1963). Assim, a teoria da agência o objetivo central é verificar as maneiras de minimizar os custos atrelados na relação de agência.

Para a Operadora o risco é neutro por possuir alguns hospitais credenciados que prestam serviços hospitalares a seus beneficiários, podendo seguir a razão dos preços menores para direcionar os atendimentos aos seus beneficiários. O Hospital ao contrário, poderá ter algumas operadoras como sendo sua fonte de receita, mas concentrada em uma ou outra. Eis o conflito de se minimizar os custos pelo lado da Operadora e maximizar a receita sob a ótica do Hospital.

Caso o agente haja segundo seus interesses em detrimento aos interesses do principal, configura-se um problema de agência, um conflito de interesses, no qual poderá ser realinhado retomando a convergência de interesses a partir do estabelecimento de contratos entre as partes (HATCH, 1997).

A relação de conflito entre Operadora (principal) e Hospital (agente) está pautada justamente na divergência de interesses existente, pois enquanto que para a Operadora os gastos com a saúde são um custo, impactando diretamente no seu resultado e desempenho, para o Hospital é uma receita, que por vezes seja primordial para assegurar sua sobrevivência financeira. O alinhamento ocorre por intermédio do estabelecimento das regras de pagamento que existirá entre as partes, bem como os valores previamente estabelecidos. O objeto da relação é o contrato assinado entre as partes, mediado pela atuação das auditorias (Operadora e Hospital).

Os principais só terão conhecimento se os agentes estão agindo de acordo com interesses próprios se possuírem disponibilidade de informações dos agentes. As informações podem ser adquiridas indiretamente, via resultados produzidos pelos agentes, sendo que tal resultado não depende única e exclusivamente dos agentes, e nesse caso assumirão parte do risco envolvido. Ou as informações podem ser obtidas diretamente por através do monitoramento direto das ações dos agentes (EISENHARDT, 1985).

O monitoramento indireto das Operadoras nos Hospitais é o acompanhamento dos valores pagos ao Hospital em questão, verificando por exemplo, se o valor médio das internações produzidas no Hospital está subindo sem justificativa. A justificativa do aumento poderá vir pautado no aumento da complexidade das internações realizadas, mas que na análise sazonal a Operadora terá condições de notar se as oscilações procedem ou se são ações do Hospital que estão impactando no aumento.

O risco da ação é compartilhado com a Operadora, pois o Hospital está sujeito a ações que vão além de seu controle, que são as atuações do corpo clínico. Os médicos são os responsáveis pela operacionalização da prestação de serviço, podendo por exemplo, utilizar materiais ou prescreverem determinados medicamentos que impactam em custos maiores para a Operadora, que em contrapartida não estão acordados contratualmente, ficando o Hospital com o prejuízo devido a recuso do pagamento da Operadora.

Já o monitoramento direto ocorrerá via ação direta da auditoria da Operadora dentro do Hospital, averiguando se há abusos na cobrança dos itens hospitalares. A cobrança poderá ocorrer sob a ótica de valores abusivos ou na quantidade de itens cobrados, não sendo condizentes com as práticas de mercado.

Clegg, Hardy e Nordy (1996) mencionam que o principal precisa adotar mecanismos que inibem ou reduzam a atuação dos agentes, a fim de garantir seus interesses. Porém, para instituir os mecanismos, o principal e agente terão custos, que são denominados custos de agência. Os custos de agência são os decorrentes do monitoramento e da relação de dependência que o principal possui do agente. É preciso dessa forma, encontrar um ponto de equilíbrio entre as partes para minimizar os custos de agência.

Uma forma de controle de ação do Hospital é a adoção de dispositivos ou metodologias de remuneração dos serviços hospitalares, via pacotes por exemplo, pela Operadora. A Operadora remunera de maneira fixa o Hospital independente da quantidade e itens utilizados em um determinado procedimento. Assim, é uma forma de travar a ação do Hospital para auferir receita.

Além de instituir mecanismo de remuneração para o Hospital, a Operadora poderá também adotar processos e rotinas para a utilização dos serviços hospitalares por intermédio da atuação da auditoria. A auditoria servirá também como regulador das relações entre Hospital e Operadora.

Os custos incorridos pela Operadora é justamente a criação da área atuarial que monitorará os gastos do Hospital de maneira macro, estudando as razões do aumento, e os custos estruturais com a área de auditoria. O dimensionamento das áreas e consequentemente dos custos dependerá do equilíbrio da relação entre Operadora e Hospital que mantenham o máximo de transparência e alinhamento das políticas de atuações.

Há ainda duas fontes principais de problemas de agência identificados por Arrow (1985), o risco moral e a seleção adversa. O risco moral é quando o agente esconde ações do principal, ou são muito onerosas para o principal conseguir observar. A seleção adversa está relacionada ao agente esconder informações do principal, ou seja, de possuírem informações que são de desconhecimento do principal ou ainda que o custos envolvendo a obtenção delas é alto para o principal.

A resolução do impasse pode ocorrer por intermédio do monitoramento e observação do principal do desempenho do agente. Ou ainda pela penalização que é a punição do agente por parte do principal a partir da identificação de comportamentos não desejados (CLEGG; HARDY; NORD, 1996).

O risco moral pode ocorrer quando o Hospital por maneira deliberada resolve cobrar da Operadora, medicamentos de marca de laboratórios que possuem valores mais onerosos, não praticando a cobrança de medicamentos genéricos. O problema ainda consiste que ao realizar a cobrança da marca, o Hospital faz a compra e aplicação do genérico, sendo inviável para a Operadora conseguir monitorar devidos a custos envolvidos. Dependendo do medicamento a auditoria da Operadora poderá requisitar comprovação, ainda mais se for medicamento controlado. Caso contrário ficará difícil o monitoramento por parte da Operadora.

Nesse caso, a relação deve ser de transparência de modo que a Operadora e Hospital tenham equilíbrio em seu relacionamento para não prejudicar a sustentabilidade financeira das partes, ou seja, não é interessante para o Hospital que a Operadora venha a ter dificuldades financeiras por representar um risco de não pagamento, ou para a Operadora que o Hospital venha comprometer a qualidade do atendimento ao seu beneficiário devido à dificuldade financeira.

O risco da seleção adversa consiste no conhecimento do Hospital, por exemplo, de que um determinado paciente poderia estar internado em uma ala clínica hospitalar, porém por

excesso de preciosismo do médico, o paciente é mantido na unidade de terapia intensiva (UTI) que é mais dispendiosa para a Operadora. Outro exemplo seria o Hospital conhecer fornecedores de órtese, prótese e materiais especiais mais em conta, mas a organização opta em permanecer com o atual fornecedor por ter interesse em faturar mais, já que sua receita deriva de um percentual sobre o valor da nota fiscal do fornecedor.

O impasse tanto do risco moral, como o de seleção adversa muito das vezes é resolvido via intermediação da auditoria da Operadora com o Hospital, e quando não há consenso adota-se a Câmara Técnica especializada. Além disso, há cláusulas contratuais que prevê penalizações para ações não desejadas adotadas pelo Hospital, como por exemplo, implicando no não pagamento de toda a conta devido a um desalinhamento de apenas um item, ou até o caso mais extremo de descredenciamento do Hospital, ficando a instituição impedida de atender qualquer beneficiário da Operadora.

3. METODOLOGIA

A metodologia trata-se da maneira de como será desenvolvido o trabalho, são os processos pelos quais serão percorridos para a realização da pesquisa (GIL, 1987). O capítulo é segmentado em tipo de pesquisa, instrumentos e técnicas de pesquisa, escolha do caso, planejamento da pesquisa e o relatório final.

Considerando o objetivo do trabalho como sendo descrever e analisar o processo decisório e os conflitos para utilização de tecnologias utilizadas em procedimentos cirúrgicos em prestadores de serviços para a saúde suplementar, e tendo como objetivos específicos:

- Avaliar o processo de utilização de tecnologia em procedimentos, especialmente com utilização de produtos de alto custo;
- Avaliar os critérios estabelecidos nas operadoras de plano de saúde para autorização e pagamento de procedimentos e utilização de materiais e medicamentos;
- Descrever e avaliar as políticas de remuneração dos serviços hospitalares;
- Verificar a existência de conflitos entre o Hospital e a operadora de plano de saúde na utilização de tecnologia.

O método da pesquisa fundamentou-se assim no estudo de caso. A razão de utilizar o estudo de caso é por não ter encontrado na literatura acadêmica estudos consistentes a respeito do assunto. O tema do trabalho é relativamente recente para haver estudos mais aprofundados,

tendo em vista as novas regulações adotadas no setor de saúde complementar com o advento da ANS – Agência Nacional da Saúde Complementar, obrigando tanto operadoras como hospitais a adotarem novas posturas na prestação de serviço.

Os planos de saúde sofreram fortes mudanças após a regulamentação de 1998 com o advento da lei nº 9.656/98. Com os planos de saúde regulamentados, tendo como base o rol de procedimentos instituído pela ANS, fez com que se alterasse profundamente a relação hospital e operadora, no qual ainda estão em período de adaptação.

Sendo assim, o pesquisador optou como método do trabalho o estudo de caso de maneira a realizar um estudo mais profundo, detalhado e sistematizado da organização para atingir os objetivos traçados na pesquisa.

3.1 Tipologia de Pesquisa

De acordo com o problema de pesquisa a pesquisa é exploratória e descritiva, na qual se propõem a analisar de como é o processo de utilização tecnologia em procedimentos cirúrgicos, de materiais e medicamentos em Hospital Privado Materno Infantil à partir das liberações das Operadoras de planos de saúde. Para tanto utilizou-se dados primários e secundários e de pesquisa qualitativa.

Os dados primários serão gerados a partir de entrevistas aplicadas pelo pesquisador, com o método desenvolvido pelo próprio autor. Os dados secundários por sua vez são as produções disponíveis em documentos, artigos, dissertações, teses, livros e portais de internet que discutem o tema abordado da presente pesquisa.

A pesquisa qualitativa consiste na compreensão de determinadas características e significados a partir do contexto (RICHARDSON, 1999). Moreira (2002) menciona que a pesquisa qualitativa tem auxílio em palavras, oral ou escrita, de imagens, sons, símbolos, dentre outras.

Como método específico utilizou-se o estudo de caso como maneira de averiguar as relações que há entre os personagens, Hospital, Operadoras e o Corpo Clínico, tendo o Hospital como foco principal da análise para a utilização de tecnologia.

O estudo de caso é um estudo profundo e exaustivo para um ou poucos objetivos, permitindo um amplo e detalhado conhecimento sobre o caso em pesquisa (GIL, 1987). Yin (2005) menciona que o estudo de caso possui uma relação íntima com as pesquisas históricas, sendo que o seu diferencial é de que possui a capacidade de lidar com uma ampla variedade

de evidências e ao mesmo tempo completa estudos históricos. É uma investigação contemporânea dentro do seu contexto real.

Por esta razão que o estudo de caso foi escolhido para se entender a relação de conflitos existentes interorganizacionais.

3.2 Instrumentos e Técnicas de Pesquisa

A pesquisa foi fundamentada em três instrumentos de coletas de dados: análise documental, observação e entrevistas.

Análise de documento tem por objetivo valorizar resultados e evidências de outros trabalhos feitos relacionados ao tema em questão, servindo principalmente para se atingir os objetivos específicos. Pretende-se analisar documentos, processos e sites de específicos de cada Operadora para averiguar as particularidades que possuem no mecanismo de liberação para utilização de tecnologia dentro da instituição hospitalar analisada. Além da análise documental, a entrevista também terá um papel fundamental no entendimento dos processos.

Nas entrevistas foram escolhidas pessoas líderes em seus respectivos setores que possuíam vivência o suficiente para relatar as rotinas adotadas pelas Operadoras para liberação para o uso da tecnologia no Hospital.

A análise documental também foi utilizada para se verificar o fluxo de utilização de tecnologia, avaliando quais documentos e formulários utilizados e transferências de informações necessárias no processo. Fez parte da análise documental os contratos e manuais de auditoria das Operadoras. Utilizou-se também documentos e formulários consistindo em guias de requisição e de autorização das Operadoras, bem como os relatórios médicos e/ou da enfermagem e as contas hospitalares faturadas. A transferência de informação trata-se da comunicação dos colaboradores do Hospital com os da Operadora afim do melhor andamento do processo.

Observação direta também fará parte do trabalho, com o intuito de reparar em comportamentos ou condições ambientais relevantes para o estudo, sendo um complemento ao estudo das pesquisas históricas. Serão observações assistemáticas também denominadas informais ou espontâneas sem haver uma técnica de pesquisa específica.

Objetivo Geral	Instrumento de Pesquisa	Técnica de Análise
Descrever e analisar o processo decisório e os conflitos para utilização de tecnologias utilizadas em procedimentos cirúrgicos em prestadores de serviços para a saúde suplementar	Entrevistas Dados Secundários Documentos	Análise de Conteúdo Análise Documental
Objetivo Específico	Instrumento de Pesquisa	Técnica de Análise
Avaliar o processo de utilização de tecnologia em procedimentos, especialmente com utilização de produtos de alto custo	Entrevistas Documentos	Análise de Conteúdo Análise Documental
Avaliar os critérios estabelecidos nas operadoras de plano de saúde para autorização e pagamento de procedimentos e utilização de materiais e medicamentos	Entrevistas Documentos Relatórios Financeiros	Análise de Conteúdo Análise Documental
Descrever e avaliar as políticas de remuneração dos serviços hospitalares	Entrevistas Dados Secundários	Análise de Conteúdo Análise Documental
Verificar a existência de conflitos entre o Hospital e a operadora de plano de saúde na utilização de tecnologia	Dados secundário Entrevistas	Análise documental Análise de Conteúdo

Tabela 2 - Instrumentos e Técnicas de Pesquisa

Fonte: Elaborador pelo Autor

Os procedimentos metodológicos, especialmente o de observação e de entrevista caracterizam o método fenomenológico na pesquisa segundo Moreira (2002). Além disso, tem-se que considerar a interpretação dos resultados do pesquisador no momento, pois é parte intrínseca da pesquisa.

Verificar a existência de conflitos entre o Hospital e a operadora de plano de saúde na utilização de tecnologia.

3.3 A Escolha do Caso

A escolha do Hospital Materno Infantil¹ deveu-se pelo fato de ser referência tecnológica na área infantil, sendo reconhecida e conceituada pelos profissionais da área da saúde. Para tanto, realizou investimentos tecnológicos na ordem de três milhões de reais nos últimos três anos. Suas instalações estão adequadas a atender a mais alta complexidade em procedimentos cirúrgicos e de internações na sua Unidade de Terapia Intensiva – UTI Neonatal e Pediátrica. Os paciente infantis possuem a disposição além da estrutura hospitalar, profissionais capazes de realizarem atendimento de qualidade, visando o seu bem estar.

Por estas razões as operadoras de planos de saúde da cidade de Ribeirão Preto e região recorrem aos seus serviços, concentrando todos os procedimentos de cesáreas e partos de Ribeirão Preto na instituição.

Sendo assim, o Hospital na visão do pesquisador seria um bom estudo de caso para atingir os objetivos traçados na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu por intermédio de papel, pesquisa bibliográfica, documentos e arquivos digitalizados, além das pessoas envolvidas no processo e a própria organização hospitalar em si.

No primeiro momento para esta pesquisa foi feito uma revisão bibliográfica a respeito do tema da pesquisa, levantando as principais questões pesquisadas por diferentes autores e áreas que serviram como base os pontos da entrevista e análise documental. Em seguida, foi feito coleta de dados em campo, tanto em termos primários como secundários.

Procurou-se avaliar as influências que as Operadoras possuem no processo de utilização de tecnologia dentro do Hospital, assim como averiguar os conflitos de interesses existentes entre as partes por se tratar de pagador e recebedor respectivamente.

Para haver uma maior confiabilidade no método de pesquisa do estudo de caso, elaborou-se um protocolo de pesquisa (YIN, 2005). O protocolo apresentará uma visão geral da pesquisa, os instrumentos e procedimentos que serão utilizados no desenvolvimento da pesquisa.

¹ Por questões éticas, o pesquisador elaborou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Hospital que foi devidamente aprovado e assinado pelo seu responsável legal. Porém, para preservação da identidade do Hospital e dos pacientes ali atendidos, o termo permanecerá em posse do pesquisador e não será publicado do trabalho. Caso seja necessário, o termo estará à disposição para comprovação da autorização.

A visão geral da pesquisa trata-se da apresentação dos temas relacionados à pesquisa, título e o objetivo da pesquisa. Na presente pesquisa o objetivo, como mencionado anteriormente, é verificar o uso de tecnologia em procedimentos, de materiais e medicamentos dentro de um Hospital em específico.

O estudo de caso focará em um Hospital especializado em atendimento infantil e maternidade e sua relação com Operadoras de planos e saúde credenciadas. As Operadoras tratam-se das que possuem maior representatividade no seu faturamento hospitalar conforme será mais bem detalhado nos capítulos seguintes da presente pesquisa.

Já os procedimentos adotados pelo pesquisador consistiram em análise documental, observações, entrevistas, além do levantamento bibliográfico realizado acerca do tema e demais informações e dados disponíveis de fontes secundárias.

A análise de documentos tem como principal propósito de colaborar e valorizar as principais evidências oriundas de outras fontes, sendo utilizado em conjunto com outros instrumentos adicionais. Os documentos analisados foram os contratos de prestação de serviço que as Operadoras possuem com o Hospital, bem como, guias autorização e prorrogação de internação, notas de salas (relatório do centro cirúrgico daquilo que foi utilizado no procedimento), relatório médico e da enfermagem, manual da auditoria, contas faturadas, relatório de recursos, prontuário do paciente, dentro outros necessários para boa execução da pesquisa. As cópias digitalizadas dos principais documentos estão no anexo do trabalho.

Com os contratos de prestação de serviço buscou-se identificar as relações estabelecidas entre Hospital e Operadora e seus conflitos. A seleção dos contratos está mais bem detalhada nos capítulos seguintes.

Com as guias de autorização e prorrogação de internação tentou-se o entendimento do uso da tecnologia e de como é documentado as relações das partes, ou seja, quais evidências são exigidas e controladas pelas Operadoras para o pagamento ao Hospital. Assim ocorre também para as notas de sala, relatório médico e da enfermagem e prontuário do paciente.

Os manuais de auditoria foram analisados para verificar o fluxo do uso da tecnologia no Hospital e entender a sistemática da Operadora controlar. Foram avaliados dois manuais conforme disponibilizado pelas respectivas Operadoras que juntas representaram 75% aproximadamente do faturamento do Hospital em 2011.

As contas faturadas checkou-se aproximadamente dez contas de cada convênio selecionado no faturamento nos meses janeiro a junho de 2012. O objetivo era verificar a

natureza das contas faturadas no Hospital, ou seja, para se ter uma ideia de quais procedimentos mais frequentes são faturados no Hospital.

A análise dos prontuários pegou-se alguns casos nos momentos que ocorreram as entrevistas para evidenciar o processo dos setores envolvidos no fluxo da utilização da tecnologia.

As entrevistas foram semi-estruturadas para serem aplicadas aos entrevistados, no qual seguiram um roteiro pré-definido para orientaram nas respostas de maneira atender às expectativas dos objetivos traçados da pesquisa. O roteiro das entrevistas encontra-se no anexo do trabalho. Elas foram aplicadas aos líderes e/ou responsáveis das áreas envolvidas no processo de utilização de tecnologia, a mencionar: recepção, conta corrente, auditoria hospitalar, faturamento e pagamento médico.

Além de servir como metodologia para verificar o fluxo de utilização de tecnologia serviu para um melhor entendimento por parte do pesquisador do funcionamento das áreas envolvidas no processo, bem como documentos requisitados pelas Operadoras.

A entrevista, segundo Fontana e Frey (2000), pode ser utilizada para se ter um conhecimento da perspectiva de um indivíduo ou de um grupo ou até mesmo para análise acadêmica podendo ser usada com o propósito de medida. É um conjunto de técnicas de interpretação que procuram traduzir, decodificar, descrever.

Denzin e Lincoln (1994) menciona que por intermédio da entrevista o pesquisador consegue captar maiores detalhes de aspectos subjetivos, devido à proximidade entre as partes, pesquisador e entrevistado.

Na recepção a entrevista foi direcionada à supervisora, cargo que está um pouco mais de um ano, porém que está no hospital já faz quase vinte anos. A recepção é local no qual o paciente dá entrada para sua internação, tanto os casos eletivos como os emergenciais ou de urgência.

No conta corrente a entrevista foi direcionada a duas auxiliares administrativas que estão no hospital e na função um pouco mais de quinze anos. Foi necessário a escolha de duas auxiliares por atuarem em alas hospitalares distintas, embora com função similares. A auxiliar administrativa 1 trabalha no quarto andar do Hospital, no qual fica internado pacientes que passaram por procedimentos ginecológicos simples ou obstétricos e plásticas para fins estéticos. Ressalta-se que os procedimentos de plásticas para fins estéticos não são cobertos pelas Operadoras por não estarem no rol de procedimentos emitido pela ANS – Agência Nacional da Saúde Suplementar.

A auxiliar administrativa 2 por sua vez, fica instalada no terceiro andar, onde ocorre a internação da parte remanescente do quarto andar e as crianças da pediatria, além de ficar responsável por todas as internações do segundo andar que é a ala da Unidade de Terapia Intensiva – UTI Neonatal e Pediátrica.

Da auditoria hospitalar foi entrevista a enfermeira auditora, que possui um pouco mais de dois anos de hospital e na função. A profissional possui formação em enfermagem, especializada em auditoria, sendo responsável pela área de auditoria do hospital. Todo caso que requer atenção e avaliação de um médico, a auditora recorre ao Diretor Técnico do Hospital que no caso é um médico com especialização em obstetrícia e ginecologia.

No faturamento foi entrevistada uma faturista com experiência em mais de vinte anos na função e com um pouco mais de doze anos de Hospital. E por fim, no pagamento médico foi entrevista uma analista do contas médicas que trabalha há dez anos no Hospital, mas na função três anos.

No Tabela 3 tem-se o resumo dos entrevistados.

ÁREA HOSPITAL	ENTREVISTADO
Recepção	Supervisora da Recepção
Conta Corrente	Auxiliar Administrativo 1: 4º Andar - Ginecologia e Obstetrícia / Plástica
Conta Corrente	Auxiliar Administrativo 2: 3º Andar - Ginecologia e Obstetrícia / UTI Neonatal e Pediátrica
Auditoria	Enfermeira Auditora
Faturamento	Faturista - líder do faturamento
Pagamento Médico	Analista do Contas Médicas - líder do setor

Tabela 3 - Tabela dos Entrevistados

Fonte: Elaborador pelo Autor

Os pontos principais levantados com os entrevistados consistiram em uma visão geral da organização hospitalar e da área no qual atuam. Foi solicitado a cada um deles a descreverem a rotina do setor e de como visualizam o processo como um todo para a internação.

No momento das entrevistas, foi praticada a observação direta, ou seja, de uma observação assistemática, não dispondo de técnicas ou instrumentos de pesquisa, além de não ser controlada ou planejada ou possuir quesitos observacionais previamente elaborados.

É uma observação participante, na medida em que o pesquisador (observador) se envolve com o objeto da pesquisa, passando a fazer parte dela (MOREIRA, 2002). A observação participante é caracterizada como sendo “uma estratégia de campo que combina ao mesmo tempo a participação ativa com os sujeitos, a observação intensiva em ambientes naturais, entrevistas abertas informais e análise documental” (MOREIRA, 2002).

A observação direta consistiu em acompanhar dos profissionais cada qual em suas as rotinas da área procurando entender o processo de utilização da tecnologia no Hospital, de maneira que cada setor contribuía para tal.

As entrevistas ocorreram entre os meses de janeiro a junho de 2012 no Hospital, cada qual nos respectivos setores que os profissionais trabalham. Foram previamente agendadas com os entrevistados para não atrapalhar a rotina do setor e ter-se um melhor aproveitamento do encontro. A duração foi variada, indo de acordo com a compreensão do pesquisador e andamento do setor.

O roteiro foi enviado antecipadamente e após sua compreensão pelo entrevistado o pesquisador discutiu os principais pontos relevantes que atendam ao tema da pesquisa. Após efetuada a entrevista, foi feito um relatório abordando os principais pontos discutidos. Os relatórios foram submetidos à aprovação dos entrevistados depois de finalizado para dar confiabilidade e autenticidade à pesquisa.

3.3.1 As Operadoras de Planos de Saúde

A escolha de algumas operadoras a partir das operadoras de planos de saúde credenciadas no Hospital foi necessária para a parte de análise documental dos contratos, tendo em vista na numerosa quantidade que possui.

Em uma primeira etapa para o delineamento do universo de operadoras buscou-se nos registros do faturamento do Hospital todos os planos médicos que tiveram faturamento no ano de 2011. Poderia ter operadoras credenciadas no Hospital, ou seja, com contratos de prestação de serviço ativos, mas sem faturamento e consequentemente não teriam utilizado tecnologia nas dependências do Hospital naquele ano, fugindo assim dos objetivos do presente trabalho.

Por uma questão de sigilo e confiabilidade de informação, os planos de saúde foram identificados com a nomenclatura “convênio²”, diferenciados pela numeração. Após identificação, ranqueou os convênios seguindo a respectiva representatividade percentual no ano de 2011 que cada um obteve no faturamento global do Hospital. Além da identificação e

² No mercado de saúde suplementar utiliza-se o termo “convênio” para os planos de saúde comercializados pela Operadora de planos de saúde. Convênio ou plano de saúde é o produto vendido pela Operadora de plano de saúde. Uma Operadora pode ter diversos convênios, ou produtos.

representatividade no faturamento do Hospital, classificou os convênios a partir da Operadora do qual faz parte, com quantidade de beneficiários tendo como base a informação no cadastro da ANS – Agência Nacional da Saúde Suplementar em maio de 2012 e o faturamento segundo dados da ANS de 2011 (Tabela 4).

CONVÊNIO	QUANT BENEF	FATURAMENTO	% FAT
Convênio 01	121.423	R\$ 221.745.082	27,64%
Convênio 02	107.137	R\$ 165.601.379	21,14%
Convênio 03	235.796	R\$ 169.858.351	15,34%
Convênio 04	235.796	R\$ 169.858.351	8,78%
Convênio 05	-	R\$ -	7,59%
Convênio 06	3.262.569	R\$ 7.528.651.786	4,44%
Convênio 07	-	R\$ -	3,43%
Convênio 08	757.196	R\$ 2.343.261.827	1,76%
Convênio 09	-	R\$ -	1,71%
Convênio 10	233.748	R\$ 1.484.958.451	1,35%
Convênio 11	121.423	R\$ 221.745.082	1,08%
Convênio 12	27.550	R\$ -	1,01%
Convênio 13	2.980.396	R\$ 6.808.881.232	0,98%
Convênio 14	51.663	R\$ 201.741.066	0,91%
Convênio 15	6.294	R\$ 9.117.313	0,57%
Convênio 16	91.492	R\$ 256.686.271	0,54%
Convênio 17	2.980.396	R\$ 6.808.881.232	0,45%

CONVÊNIO	QUANT BENEF	FATURAMENTO	% FAT
Convênio 18	137.785	R\$ 352.100.062	0,21%
Convênio 19	37.434	R\$ 19.360.746	0,21%
Convênio 20	86.227	R\$ 438.430.486	0,16%
Convênio 21	156.343	R\$ 512.235.997	0,16%
Convênio 22	355.190	R\$ 843.200.682	0,12%
Convênio 23	99.991	R\$ 623.324.760	0,11%
Convênio 24	8.303	R\$ 12.319.818	0,09%
Convênio 25	73.939	R\$ 383.862.319	0,04%
Convênio 26	168.770	R\$ 381.379.488	0,04%
Convênio 27	2.980.396	R\$ 6.808.881.232	0,04%
Convênio 28	52.883	R\$ 159.451.595	0,03%
Convênio 29	84.519	R\$ 275.625.405	0,03%
Convênio 30	16.385	R\$ -	0,02%
Convênio 31	18.650	R\$ 334.549.818	0,01%
Convênio 32	2.980.396	R\$ 6.808.881.232	0,00%
Convênio 33	17.854	R\$ 98.333.670	0,00%
Convênio 34	10.471	R\$ 28.620.469	0,00%

Tabela 4 - Convênios Faturados em 2011

Fonte: elaborado pelo autor

Os convênios 5, 7 e 9 não constam quantidade de beneficiários e faturamento por se tratarem de convênios que não pertencem a nenhuma Operadora de plano de saúde. Foram atendimentos realizados no âmbito particular pelo Hospital, ou seja, o beneficiário sem plano de saúde procurou o Hospital para atendimento ou nos casos em que o beneficiário possui plano de saúde, mas a Operadora em questão não é credenciada no Hospital, vindo até suas instalações por intermédio de outra empresa que subcontrata o Hospital Materno Infantil para atendimento.

O convênio 12 nos registros da ANS não foi encontrado o valor do faturamento correspondente à Operadora.

Há convênios na tabela que pertencem à mesma Operadora e por esta razão possuem quantidade de beneficiários e faturamento iguais do ponto de vista da Operadora perante a ANS. Mas por serem produtos diferentes comercializados pela Operadora, são faturados separadamente pelo Hospital de modo que a participação percentual no faturamento do Hospital seja diferente. O faturamento é separado por terem regras de precificação dos

serviços hospitalares diferentes nas tabelas de diárias, taxas, medicamentos e materiais diferentes. É o caso dos convênios 1, 3, 4, 11, 13, 17, 27 e 32.

Para ilustrar a relação do hospital, operadora e plano de saúde foi criada a Figura 6.

Figura 6 - Relação Hospital Operadora e Planos de Saúde

Fonte: elaborada pelo autor

De acordo com a Figura 6, a operadora de plano de saúde possui três produtos que comercializa para o mercado, o plano de saúde (1), o plano de saúde (2) e o plano de saúde (3). O futuro pretendente a beneficiário da operadora terá a sua disposição três planos (convênios médicos) no qual terão condições de atendimentos e preços diferentes, mas a cobertura de procedimentos serão os mesmo. A cobertura de procedimento não muda devido a lei nº 9.656/98 que regulamenta os planos de saúde, que prevê que todo e qualquer convênio comercializado terá que contemplar os procedimentos previstos no rol de procedimentos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. A diferença portanto dos planos (1), (2) e (3) ficará ao acesso a determinados prestadores, o modo do acesso e acomodação em possíveis internações.

Seguindo a figura, os planos de saúde (1) e (2) são atendidos pelo hospital (1) que por sua vez possui apenas um contrato com a operadora ao invés de dois contratos (um para cada plano). O contrato (1) estabelece assim a relação (valores, processos, documentos etc) da operadora e hospital (1) para os planos (1) e (2) apenas. A operadora possui também o plano de saúde (3), que por sua vez é atendido pelo hospital (2) que terá um contrato (2) com a operadora. O plano de saúde (3) não possui relação alguma com o hospital (1) e consequentemente não constará no contrato (1) da operadora. O não atendimento do hospital (1) do plano de saúde (3) pode ser por questões de estratégias de mercado.

A escolha das variáveis quantidade de beneficiários e faturamento da Operadora teve como objetivo justamente caracterizar o convênio do qual pertence, e identificar àquele que está administrado por uma mesma Operadora, pois assim a Operadora possuirá o mesmo contrato de prestação de serviço com o Hospital, mas com práticas de valores para efeito de faturamento diferentes.

O ranqueamento dos convênios a partir da participação no faturamento do Hospital foi para dimensionar a representatividade que possuem nas receitas hospitalares, para ter uma noção do movimento de atendimento realizado na instituição hospitalar.

3.3.2 A escolha dos Planos de Saúde

A escolha de alguns planos de saúde (convênios) foi devido à quantidade de convênios que o Hospital teve relacionamento no ano de 2011. Buscou-se somente os planos de saúde mais representativos no faturamento do Hospital, pressupondo que foram os que mais utilizaram tecnologia no Hospital, para assim não se perder o foco da pesquisa.

A escolha dos planos de saúde foi intencional, ou também denominada de não probabilística ou de intenção racional, conforme Barro e Lehfed (1986).

Neste caso o pesquisador dirigiu-se para o departamento comercial do Hospital de forma intencional e selecionou os contratos das Operadoras de plano de saúde do qual os convênios pertenciam. O objetivo era verificar o processo de utilização de tecnologia, os parâmetros para faturamento, documentos exigidos e diretrizes para pagamento que as Operadoras exigiam do Hospital.

A seleção dos planos de saúde (Tabela 5) seguiu a representatividade dos convênios no faturamento do Hospital e da quantidade de internações realizadas em 2011 por cada convênio, por assim o pesquisador entender que dessa forma, ter-se-ia a representatividade do movimento de internações que tais convênios teriam nas instalações da instituição e consequentemente mapearia a maior parte do processo na utilização da tecnologia.

CONVÊNIO	QUANT BENEF	FATURAMENTO	INTERNAÇÕES	% FAT
Convênio 01	121.423	R\$ 221.745.082	2.464	27,64%
Convênio 02	107.137	R\$ 165.601.379	2.861	21,14%
Convênio 03	235.796	R\$ 169.858.351	1.997	15,34%
Convênio 04	235.796	R\$ 169.858.351	1.131	8,78%
Convênio 05	-	R\$ -	870	7,59%
Convênio 06	3.262.569	R\$ 7.528.651.786	187	4,44%
Convênio 07	-	R\$ -	281	3,43%
Convênio 08	757.196	R\$ 2.343.261.827	133	1,76%
Convênio 09	-	R\$ -	42	1,71%
Convênio 10	233.748	R\$ 1.484.958.451	66	1,35%
Convênio 11	121.423	R\$ 221.745.082	130	1,08%
Convênio 12	27.550	R\$ -	76	1,01%
Convênio 13	2.980.396	R\$ 6.808.881.232	49	0,98%
Convênio 14	51.663	R\$ 201.741.066	29	0,91%

Tabela 5 - Convênios escolhidos

Fonte: elaborado pelo autor

No total do faturamento de 2011 do Hospital os convênios escolhidos teve uma representatividade de 97,16%, considerado como valor ideal pelo pesquisador, pois a partir do convênio 14 os valores faturados e consequentemente o movimento de internações dentro do Hospital seriam pequenos, pouco agregando na representação no movimento de internação.

Como forma de validação se os convênios escolhidos seriam uma boa representação do movimento de internação, acrescentou-se na tabela a quantidade de internações que cada convênio teve no ano de 2011, segundo as estatísticas do próprio Hospital. A quantidade de internações dos 14 convênios listados foi de 10.316, sendo o total de internações do Hospital de 10.584. Assim, a representatividade no número de atendimentos foi de 97,47% dos atendimentos realizados no regime de internação.

Dessa forma, confirma-se que os convênios escolhidos foi adequada para estudar os processo de utilização de tecnologia nas dependências do Hospital.

A partir dos convênios selecionados analisou-se um total de nove contratos. A quantidade é inferior da quantidade de convênios devido aos convênios 1 e 11, 3 e 4, pertencerem a duas Operadoras respectivas, e os convênios 5, 7 e 9 serem atendimentos particulares ou de repasse de outra empresa não estando sob administração de uma determinada Operadora em específico e consequentemente não possuem contrato com o Hospital.

3.4 Planejamento da Pesquisa e do Relatório Final

A pesquisa está estruturada em etapas, compreendendo desde a definição do tema até a apresentação do relatório final, após aplicação das entrevistas. A estrutura da pesquisa está ilustrada na Figura 7.

Figura 7 - Planejamento de Etapas da Pesquisa
Fonte: elaborado pelo autor

Assim, com a definição do problema que é verificar como é o processo de utilização de tecnologia em procedimentos cirúrgicos, de materiais e medicamentos em Hospital Privado Materno Infantil, objetivando descrever e analisar o processo decisório e os conflitos existentes entre hospital e operadora, o método utilizado foi o estudo de caso por intermédio de entrevistas, observações, análises de documentos e demais dados secundários disponíveis.

Os resultados encontrados estão apresentados e analisados no próximo capítulo. Com o estudo de caso conseguiu-se aprofundar nas investigações de como é o processo de utilização e liberação das tecnologias.

As entrevistas e observações permitiram o mapeamento dos processos internos no hospital necessário para atender as exigências da operadora, que culminará na liberação e pagamento ao hospital.

As análises documentais serviram para analisar e entender o fluxo dos processos, bem como a relação hospital e operadora. E os dados secundários foram importantes para compreensão da dinâmica do sistema da saúde.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise dos resultados iniciou com a análise dos contratos entre Operadoras e Hospitais de maneira a verificar como estão fundamentadas as regras e valores de prestação de serviço entre as partes. Foi a forma encontrada de se averiguar em termos documentais do que é exigido pela Operadora para fundamentar o uso da tecnologia dentro das instalações hospitalares, bem como, é a sua valorização.

. Em seguida, analisaram-se os manuais de auditoria disponíveis, de modo a entender o funcionamento e finalidade da auditoria, tanto da Operadora como do Hospital, já que é a área reguladora do uso de tecnologia.

Após foi o tópico das entrevistas no qual teve como objetivo entender, analisar e discutir os processos dentro do Hospital envolvendo a utilização da tecnologia e por conseguinte o seu pagamento. Foi o aprofundamento das rotinas que permitiu ao pesquisador melhor avaliar os processos e entender a lógica das Operadoras e Hospital.

Encerrou-se o capítulo da apresentação dos resultados com o resumo do processo de utilização de tecnologia, indo desde o paciente, passando pelo médico, operadora e terminando no Hospital. Foi uma forma de ser verificar de forma macro o processo, para enxergar todas as implicações envolvendo o uso de tecnologia.

O foco do estudo de caso do trabalho é um hospital, para tanto, segundo a definição do Ministério da Saúde o assim definiu:

“ O hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em

saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a eles vinculados tecnicamente.”

O Hospital foco do estudo de caso é um hospital materno infantil, que atende na sua maior parte mulheres gestante, e crianças de até doze anos que requerem cuidados pediátricos ou de unidade intensiva (Unidade de Terapia Intensiva – UTI). É referência de prestação de serviços a crianças na cidade de Ribeirão Preto e região.

4.1 Análise Contratual entre Hospital e Operadora

Os contratos analisados foram dos convênios selecionados a partir Tabela 5 - Convênios escolhidos. Havia determinados convênios que não possuíam contrato com o Hospital por serem repassadora de demanda para o Hospital ou no caso de atendimentos realizados diretamente pelo Hospital ao paciente em regime particular. Há contratos também que estão contemplando mais de um convênio, pertencente a uma Operadora, conforme detalhado no capítulo de metodologia. No total foram nove contratos³ analisados. Na Tabela 6 tem-se a numeração dos contratos analisados com o respectivo convênio.

CONVÊNIO	CONTRATO	CONVÊNIO	CONTRATO
Convênio 01	Contrato 01	Convênio 08	Contrato 08
Convênio 02	Contrato 02	Convênio 09	sem contrato
Convênio 03	Contrato 03	Convênio 10	Contrato 10
Convênio 04	Contrato 03	Convênio 11	Contrato 01
Convênio 05	sem contrato	Convênio 12	Contrato 12
Convênio 06	Contrato 06	Convênio 13	Contrato 13
Convênio 07	sem contrato	Convênio 14	Contrato 14

Tabela 6 - Equivalência dos contratos com os convênios

Fonte: elaborado pelo autor

As análises dos contratados consistiram em análise de conteúdo associado à observação dos processos pelo pesquisador. Os itens que constam em cada contrato estão apontados na

³ Os contratos não foram digitalizados no trabalho por uma questão de sigilo acordado com o Hospital, no qual o pesquisador se comprometeu a não revelar nenhuma cláusula separadamente de uma Operadora em específico.

Tabela 7. Na coluna tem-se numeração dos contratos correspondendo aos convênios listados na Tabela 6.

Itens	01	02	03	06	08	10	12	13	14
Identificação e caracterização jurídica das partes	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Objeto do contrato	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Menção das Especialidades atendidas pelo Hospital	X	X						X	X
Orientação quanto a Identificação dos Beneficiários	X	X	X			X	X		X
Listagem dos documentos exigidos	X	X							
Autorização das Guias de Solicitação de Internação	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientação quanto as OPMEs	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Autorização das Prorrogações	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cobertura das Diárias	X	X							
Padrão de Acomodação	X	X	X	X				X	
Anexo de tabelas dos valores de taxas, diárias e gases	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Margem de comercialização de material e medicamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Margem de comercialização de OPMEs	X	X	X				X	X	X
Valores de CH para Honorário Médico e SADT	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Valores de pacotes	X	X							
Estabelecimento de Câmara Técnica	X	X	X	X	X	X			
Forma de Pagamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prazo para faturamento e envio de documentação	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Exportação de arquivos em XML	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Tabela 7 - Tabela de Itens Mencionados em Contrato

Fonte: elaborado pelo autor

O contrato entre Hospital e Operadora é um instrumento normativo que estabelece a relação das partes determinando os limites de atuação, serviços prestados e valores a serem pagos ou recebidos a ponto de estabelecer um equilíbrio de forças. É uma tentativa de normatizar os conflitos de interesses existentes, no qual de um lado tem-se o Hospital que possui como principal fonte de suas receitas, os custos das Operadoras.

O objeto central do contrato entre as partes é a prestação pelo Hospital de serviços médicos hospitalares aos usuários da Operadora em questão que estão em regime de internação e/ou ambulatorial para casos programados (procedimentos eletivos) ou de emergência e urgência, para as especialidades e serviços disponibilizados pela estrutura hospitalar.

Na Figura 8 tem-se uma demonstração da relação do Hospital para com as Operadoras e consequentemente com os convênios.

Figura 8 - Relação Hospital com as Operadoras de plano de saúde
Fonte: elaborado pelo autor

4.1.1 Rotinas Operacionais nos Contratos de Prestação de Serviços

No contrato, constarão as especialidades atendidas pelo Hospital e de concordância da Operadora. É o preceito mais essencial para se compor os contratos, tendo em vista a estrutura

hospitalar disponível à Operadora. A Operadora encaminhará somente os procedimentos e procedimentos condizentes com a especialidade listada.

As especialidades médicas credenciadas no Hospital, foco da análise, no qual os contratos analisados contemplam: Alergologia, Anestesiologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Cirurgia de Mão, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Clínica Médica, Cirurgia Pediátrica e Pediatria, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Coloproctologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva, Fisiatria, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia, Mastologia, Neurologia, Nutrição Parenteral e Enteral, Medicina Intensiva, Nefrologia, Oftalmologia, Cancerologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia e Urologia.

Todas as especialidades relacionadas à criança apenas. O atendimento ao adulto se restringe à mulher, desde que não seja procedimento de alta complexidade que requer estrutura de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O atendimento a mulher normalmente está relacionado a ginecologia e obstetrícia e procedimentos simples como o de plástica ou de mastologia.

Além das especialidades oferecidas pelo Hospital, há ainda o oferecimento de serviços próprios ou terceirizados, como: Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT), para paciente internados de Anatomia Patológica e Citopatologia, Fisioterapia, Hematologia e Hemoterapia, Medicina Nuclear, Patologia Clínica, Radiologia (Métodos Diagnósticos por Imagens), Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia e Densitometria Óssea. Todos esses relacionados a criança.

Ainda no objeto do contrato, a Operadora menciona se serão permitidos consultas e exames na estrutura hospital sob o regime ambulatorial, tendo em vista que normalmente são feitos em clínicas, laboratórios e consultórios médicos. A razão para que haja tais restrições está atrelado aos controles dos custos, pois na estrutura hospital será um tanto dispendioso em relação aos locais especializados na prestação dos serviços, além de causar congestionamento no atendimento devido ao alto volume de pacientes circulando na estrutura hospitalar.

O intuito é condicionar o Hospital a prestar serviços somente para casos de internados e/ou pacientes que procuram atendimentos emergenciais e urgentes no ambulatório para que não haja sobrecarga de funções. Não é interesse do Hospital manter esses atendimentos devido a falta de expertise e a necessidade de um investimento alto em equipamentos, materiais, medicamentos e pessoal qualificado para o desempenho das funções. Como o custo estrutural hospitalar é relativamente alto, preocupa-se em otimizar os ganhos com serviços agregadores de valores ao contrário do que ocorre em exames e consultas eletivas.

Pelo contrato tem-se a compreensão dos serviços pactuados entre as partes, no qual vai desde um simples atendimento ambulatorial até uma internação clínica ou cirúrgica seguindo os padrões de especialidades que a estrutura hospitalar oferece.

Faz parte do rol de serviços ainda: assistência médica de urgência e emergência com disponibilidade de médicos plantonistas; fornecimento de alimentação adequado aos padrões exigidos de qualidade ao paciente internado, obedecendo às recomendações prescritas pela equipe médica, assim como o desjejum do acompanhante nos casos previstos legalmente ou acordados; serviço de enfermagem no qual se compromete com o número proporcional de enfermeiras, técnicas e auxiliares em enfermeiras de acordo com os padrões do Cofen – Conselho Federal de Enfermagem; manuseio e aplicação de medicações aos pacientes necessários ao paciente; oferecimentos de exames e subsidiários (sejam próprios ou de terceiros) para diagnóstico ou terapia dos pacientes internados ou para os que receberam atendimento ambulatorial de urgência ou emergência; serviços de terapia intensiva em UTI neonatal, pediátrica ou de adulto.

Os serviços listados deverão estar condizentes com o rol de cobertura regulamentado pelo setor de saúde completar, assim como cobertos pelos convênios dos pacientes em suas respectivas Operadoras.

Todo medicamento ou material a ser utilizado pelo paciente enquanto estiver internado será fornecido pelo Hospital, não permitindo que haja uso de medicamento ou material próprio do paciente. Em determinadas condições e previstos em contrato, pode ser que a Operadora se reserve no direito de fornecimento direto de medicamento ou material com o consentimento e aprovação do médico que faz o acompanhamento do paciente.

Órtese, prótese e materiais especiais – OPMEs respeitarão o mesmo preceito dos medicamentos e materiais descritos anteriormente, salvo alguma cláusula contratual prevendo que a Operadora compre diretamente do fornecedor e forneça ao Hospital.

No caso da Operadora reservar no direito de fornecimento direto ao Hospital, não submetendo ao departamento de compras do Hospital é devido ao poder de compra que possui com os fornecedores garantindo preços, condições e qualidade. Entretanto, a rotina só trará benefícios de redução de custos à Operadora quando tiver uma estrutura operacional capacitada e especializada que garanta o fornecimento no momento adequado dos produtos e ao mesmo tempo consiga sistematizar as compras.

O contrato traz também a informação de exclusividade das partes, ou seja, o Hospital não ficará restrito a somente uma única Operadora, de mesmo modo a Operadora não restringirá suas internações em um único Hospital.

Em casos em que Hospital e Operadora fizerem parte do mesmo grupo econômico, se priorizará o intercâmbio do paciente entre Operadora e Hospital para que garanta os retornos financeiros esperados para o grupo como um todo. Entretanto, nem mesmo neste caso se terá a exclusão tanto pela parte da Operadora como do Hospital devido à exigência da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A ANS condiciona que as Operadoras tenham uma rede prestadora capitalizada para garantir o pleno fluxo de atendimento hospitalar dos beneficiários, pois o prestador indo à falência comprometerá o atendimento e consequentemente a saúde do usuário de plano de saúde.

Por outro lado, recomenda-se que o Hospital não credencie somente uma Operadora para não ficar dependente economicamente dela, tendo que se sujeitar a condições e preços que vão além de sua capacidade financeira. Além do mais, a Operadora poderá vir à falência deixando sem receita o Hospital e comprometendo o pagamento de toda a estrutura que lhe dá suporte como equipe médica, funcionários e prestadores.

Há condições em determinados casos que a Operadora exige contratualmente o destino de um número mínimo de leitos que deverão ficar disponíveis ou uma ala em especial. Em contrapartida, o Hospital por essa exigência cobrará um diferencial contratual para fazer jus à cláusula.

O negócio de destinação de números de leitos ou uma ala hospitalar só viabilizará se houver compensação financeira para as partes, ou seja, para o Hospital seja um garantidor de receita, e para a Operadora uma forma de travar seus custos hospitalares.

No estudo de caso da pesquisa, há um consentimento de duas Operadoras destinando todo o seu fluxo de usuários que farão o procedimento de cesárea ou parto para o Hospital. Entretanto, não há obrigatoriedade contratual. A Operadora acaba controlando o fluxo por intermédio das autorizações expedidas na guia de interação, autorizando no Hospital em estudo. Além disso, em parceria com o Hospital, a Operadora instituiu plantões de ginecologia e obstetrícia como forma de controlar e monitorar melhor os procedimentos de cesáreas e partos.

Para o atendimento seja efetuado pelo Hospital, no contrato constará a rotina exigida para ocorrer à internação do paciente. Do Hospital será exigido no momento do pagamento das contas as respectivas Guias de Autorização de Internação expedida pela Operadora (ANEXO A - Guia de Solicitação (autorização) Internação frente). É uma maneira da Operadora ter conhecimento das requisições e internações ocorridas no Hospital, podendo ela

direcionar o atendimento para onde convier em termos de custos e melhor eficiência e eficácia do atendimento de acordo com a especialidade do Hospital.

Além da Guia de Autorização são praxe as instruções quanto à identificação do paciente, como o Cartão de Identificação (cartão expedido pela Operadora) e documento de identificação com foto para evitar que pessoa a ser atendida que não possui direito ao convênio se passe por outro usuário coberto pelo plano de saúde.

No Cartão de Identificação ou na Guia de Autorização constará o padrão de acomodação no qual o beneficiário tem direito. Em casos de comprovada urgência, se o Hospital não tiver acomodações para atender o paciente, o prestador internará em padrão superior até que o leito condizente com o de direito seja desocupado, sem ter ônus extra para a Operadora ou paciente.

Frisa-se que independentemente do direito ou não ao convênio, qualquer pessoa que por ventura necessitar de atendimento de urgência ou emergência será atendido pelo Hospital, no qual por força de lei e ética médica, prestará os primeiros socorros até o ponto em que se identificar que o risco à vida do paciente está controlado.

Uma vez identificado que o paciente não possui convênio ou o convênio não possui contrato com o Hospital, haverá duas alternativas. Uma é o paciente fazer o acerto com o Hospital seguindo as tabelas praticadas, até o momento da sua alta. A outra é o Hospital solicitar a remoção do paciente para a rede pública averiguando a disponibilidade de leitos.

Por uma deliberalidade da Operadora, seja por custo ou necessidade de atendimento especializado, a Operadora poderá remover o beneficiário para outro prestador que melhor lhe atenda arcando com os gastos de remoção. Para a remoção seja efetivada, é necessário que se tenha autorização médica.

A Operadora não sendo credenciada pelo Hospital pode negociar o caso em particular para que não ocorra piora no quadro do paciente. Em sendo credenciada, mas o beneficiário apresente restrições, a instrução é de que o Hospital comunique a Operadora aguardando as instruções.

Serão contemplados e explicitados em contrato os padrões de acomodação que a Operadora possui em seus convênios de maneira que o prestador atenderá em sua hotelaria hospitalar. Os padrões de acomodação dos convênios serão:

- a) Padrão Suíte: são quartos com banheiro privativo, ante sala, acomodação para acompanhante, telefone, ar condicionado e televisão;
- b) Padrão Apartamento: quarto com um leito, acomodação para acompanhante e banheiro semi-privativo ou totalmente privativo;

- c) Padrão Coletivo: quarto com no máximo dois leitos, banheiro comum (exceto para os casos previstos em lei) e sem acompanhante;
- d) Padrão Enfermaria: quarto coletivo com três ou mais leitos, banheiro comum (exceto para os casos previstos em lei) e sem acompanhante;
- e) Berçário: quarto com berços comuns para os recém-nascidos com a mãe ainda internada;
- f) Berçário patológico: quarto para atendimento a recém-nascidos que requerem cuidados especiais, podendo a mãe estar internada ou não;
- g) Quarto de Isolamento: quarto especial devido à condição do paciente que a pedido médico ou da comissão de controle de infecção hospitalar deverá ficar isolado;
- h) Hospital-Dia: acomodação com máxima permanência do paciente internado em doze horas;
- i) Unidade de Terapia Intensiva (UTI): acomodação coletiva para pacientes que requerem tratamento intensivo sob supervisão médica vinte e quatro horas por dia;
- j) Unidade de Terapia Semi-Intensiva (UTSI): acomodação coletiva para pacientes que requerem tratamento intensivo, mas que não tenha necessariamente supervisão médica vinte e quatro horas por dia.

O valor das diárias para os padrões de acomodação pode variar de Hospital para Hospital. Caso o Hospital tenha certificações, selos de qualidade, comprovado padrão de hotelaria, serviços de copa ou marca reconhecida pelo mercado poderá exigir valores diferenciados de diárias das Operadoras credenciadas, tendo em vista que oferece padrões acima da média de mercado. Fato este que não ocorre para o estudo de caso estudado. Os valores cobrados de hotelaria do Hospital são condizentes aos praticados no mercado local.

Outra forma estabelecida é franquear, podendo constar em cláusula contratual, a visita de uma assistente social da Operadora que terá como objetivo auferir o nível de satisfação do paciente quanto aos serviços prestados pelo Hospital e consequentemente auxiliar no enquadramento dos valores cobrados nas diárias e taxas hospitalares. Além do nível de satisfação a assistente poderá verificar se há alguma outra necessidade por parte do paciente ou acompanhante para uma melhor recuperação do internado.

Tanto Hospital como Operadora podem em comum acordo, e de preferência formalizado em acordo escrito e assinado, adotarem mecanismos de aferição de indicadores que meçam melhor os níveis de satisfação do beneficiário atendido pela estrutura hospitalar. O objetivo será o compromisso do Hospital em empregar melhora constante na qualidade dos serviços

hospitalares e ao mesmo tempo ter o compromisso da Operadora que será beneficiado com valores de diárias e taxas superiores ou até mesmo uma bonificação. O resultado do trabalho é benefício gerado diretamente para o paciente.

Será de responsabilidade do Hospital a identificação dos usuários com as devidas restrições e qualificações (por exemplo, o direito de acomodação que possui), e a Operadora deixará um canal de atendimento ao prestador de modo que possa elucidar possíveis dúvidas que ocorrer no processo de internação.

Caberá ao Hospital garantir o melhor atendimento qualitativo aos usuários de planos de saúde das Operadoras credenciadas. Havendo qualquer dano praticado pelos sócios, colaboradores, médicos ou contratados pelo Hospital para execução dos serviços aos usuários serão de responsabilidade do Hospital perante a legislação do Código Civil, eximindo a Operadora de qualquer responsabilidade do ato.

Apesar de constar em cláusulas contratuais a isenção da Operadora, os tribunais e o reclamante acionará a Operadora em conjunto com o Hospital e até mesmo o médico responsável.

É usual que conste em contrato a não possibilidade de transferência para terceiros a prestação de serviço acordado com o Hospital, sem o prévio consentimento e autorização da Operadora para evitar que a eficiência e eficácia dos serviços sejam comprometidas. A exceção cabe para os serviços que não estão correlacionados à atividade fim hospitalar, os denominados serviços auxiliares, desempenhados por terceiros devidamente qualificado, como por exemplo: serviços de Hemoterapia e Hematologia, Medicina Nuclear, Patologia Clínica, Radiologia (Métodos Diagnósticos por Imagens), Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Densitometria Óssea, Fisioterapia dentre outros.

O tempo de resposta para as solicitações das Guias de Solicitação de Internação também fará parte do contrato. Ocorrendo descumprimento do prazo existirá o entendimento por parte do Hospital que o procedimento está autorizado.

A validade da Guia de Autorização virá expressa, podendo ser prorrogada quantas vezes necessário, desde que, tenha-se o preenchimento da justificativa médica. O Hospital terá a responsabilidade de monitorar os vencimentos das guias e de suas prorrogações, para o encaminhamento das requisições em tempo hábil à Operadora.

Dependendo do caso, a Operadora além da exigência da justificativa médica, poderá exigir que o pedido passe para sua auditoria. O objetivo é para que se faça uma análise prévia

do pedido, avaliando a real necessidade em questão e assim controlar o sinistro e ao mesmo tempo garantir a saúde do paciente.

Nos casos de urgência e emergência prioriza-se pelo atendimento, tendo o comprometimento do Hospital que no momento imediatamente posterior ao atendimento seja encaminhada a guia de solicitação. Entretanto, o Hospital por intermédio do médico que realizou atendimento terá que prestar esclarecimento de modo que fique evidenciado o caso de urgência ou emergência. A comprovação ficará no prontuário do paciente à disposição da Auditoria da Operadora para verificação.

Deverá além da comprovação da emergência e urgência, o Hospital atentar-se posteriormente para as condições cadastrais do beneficiário com a sua equipe administrativa de internação, garantindo assim a integridade estabelecida contratualmente entre a Operadora e o beneficiário. No momento imediatamente posterior ao atendimento, o Hospital deverá orientar o paciente ou familiar a providenciarem a guia de autorização com a Operadora, ou fazê-lo por si mesmo.

As Operadoras quando fazem as autorizações das internações eletivas exigem que o atendimento seja feito por seu médico credenciado, pois já possui acordo dos valores dos honorários médicos facilitando posteriormente o pagamento e consequentemente possíveis abusos de cobrança. Caso o atendimento não seja feito pelo médico credenciado ou a Operadora não possua médicos credenciados na região, o Hospital disponibilizará médicos plantonistas que farão o atendimento, e posteriormente receberão via Hospital seus honorários seguindo os padrões acordados no contrato do Hospital.

A fim de manter a transparência na relação entre as partes o Hospital deverá franquear a entrada do médico e enfermeira auditores da Operadora aos pacientes internados nas diferentes unidades de internação, disponibilizando material e informações para o pleno funcionamento do trabalho de auditoria. Geralmente acorda-se com a equipe do faturamento ou auditoria do prestador a periodicidade das visitas da auditoria da Operadora, reservando em caráter especial visitas não programadas para casos que requerem uma atenção maior devido aos altos custos envolvendo a conta.

Mesmo com o compromisso de manter uma relação de transparência nas contas hospitalares, a Operadora estabelece em cláusulas contratuais para manter o seu direito ao livre acesso ao prontuário do paciente, indo de acordo com os preceitos éticos que regulamentam a área médica.

4.1.2 Política de Preços dos Contratos

Será em contrato que se determinará os preços para cada item cobrado pelo Hospital da Operadora, no qual a auditoria confrontará os valores cobrados versus os que estão em vigor. Geralmente os valores veem em formato de anexos ou aditivos para facilitar a operacionalização dos reajustes anuais. O reajuste pode ocorrer anualmente, tudo dependerá do que está estabelecido em contrato ou negociado entre as partes.

Na cláusula de preços, o contrato contemplará os valores praticados para CH (Coeficiente de Honorário) dos honorários médicos, fisioterapeutas e dos SADTs (Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia).

Honorários médicos é uma taxa que remunera o profissional médico que realizou um procedimento de acordo com a especialização que atua. Exemplo, os honorários do cirurgião não são iguais ao do médico auxiliar por desempenharem papéis diferentes na cirurgia. O procedimento realizado pode ser desde um procedimento cirúrgico até exame de diagnóstico ou de tratamento.

Salienta-se que a taxa de honorários estão referenciando apenas os honorários médicos relacionados ao procedimento em si, e não contempla as demais remunerações relacionadas ao procedimento.

O valor assim, dos honorários é definido a partir de tabelas de associações de classe, sendo a mais comum no Estado de São Paulo a Associação Brasileira Médica (AMB). Todos os contratos analisados preveem também a tabela AMB. E no contrato, estabelece qual tabela seguirá, bem como sua versão. Exemplo: AMB-92 compreende a tabela AMB editada em 1992.

Os valores podem vir em moeda corrente, fator que dificulta na cobrança pois, para cada reajuste dos honorários o sistema do Hospital terá que recalcular todos os procedimentos listados na tabela AMB ou qualquer outra, ficando muito suscetível a erros operacionais ou de sistema. O mais utilizado e de fácil gerenciamento é a precificação via indexação, como ocorre nas Operadoras analisadas.

E a na tabela AMB 92 o indexador é justamente o CH. Assim, ao invés de constar o valor do honorário médico do procedimento em moeda corrente, a tabela traz em quantidade de CHs. Por exemplo, se um determinado procedimento é cem CHs, e sendo o valor do CH R\$ 0,28 (vinte e oito centavos), o médico receberá para realizá-lo o valor de R\$ 28,00 (vinte e oito reais).

Para casos em que o procedimento não constar na tabela praticada ou referenciada, utiliza-se uma tabela complementar, também denominada de tabela particular do prestador, no qual possui o consentimento da Operadora.

As tabelas complementares são também utilizadas quando a quantidade de CHs ou o valor previsto para o procedimento não é condizente com a prática médica local ou até mesmo com o padrão de qualidade do serviço prestado. Em sendo assim, utiliza-se a tabela complementar para contemplar uma precificação mais justa com a realidade.

O valor de CH pode conter especificação contratual de reajuste diferente dos demais itens do contrato hospitalar. A razão é de que como a Operadora pode ter médicos credenciados diretamente e consequentemente com negociação dos valores de CH praticados, não poderá alterar os valores de CH em um determinado Hospital, correndo o risco de estar em conflito com outros prestadores hospitalares e os médicos credenciados.

A implicação será a de que o médico percebendo que há diferenciação nos valores dos honorários solicitará ao convênio que seus procedimentos ocorram somente no Hospital que tiver maior valor de CH, ou seja, haverá viés nas solicitações, ficando a Operadora sujeita a uma solicitação para um determinado Hospital deturpada.

Dessa forma, para manter uma sintonia com toda a rede prestadora de serviço, a Operadora negocia separadamente o reajuste e valor do CH, sujeitando o Hospital a cobrar quando for o caso, os valores determinados a todos os médicos credenciados.

Até mesmo porque o CH é referente aos honorários médicos e não de competência do hospital realizar a cobrança. Quando ocorre a cobrança de honorários pelo Hospital será para arcar com os plantonistas da UTI ou do atendimento de urgência e emergência e no regime ambulatorial que serão repassados. O Hospital só reterá os valores dos honorários quando tiver plantonistas com remuneração por plantão, seja em regime trabalhista empregatício ou de pessoa jurídica e não por produção. É o caso dos plantonistas de UTI.

Assim como os valores de CH são previstos em contrato, as diárias e taxas também o são. A diferença é de que de acordo com o padrão do prestador e do que foi negociado com a Operadora terá uma tabela com os valores discriminados item a item.

Diárias é a permanência do paciente por um período indivisível de até vinte quatro horas no Hospital. A definição do horário de início e fim para contagem da diária é prevista em contrato. Por exemplo: há acordos no qual prevê que independentemente do horário de entrada da internação o primeiro dia é computado integralmente. Ao mesmo tempo em que independentemente do horário da saída, o dia da alta não é considerado na diária, exceto para os casos de óbito.

Para as diárias de UTI ao contrário do que ocorre nas diárias cirúrgicas ou clínicas elas são fracionadas normalmente em um quarto do valor integral, sendo a unidade mínima correspondente de zero a seis horas de internação e assim por diante. O fracionamento é necessário para estar condizente com a realidade da cobrança tendo em vista do alto custo.

Os itens incluídos em diária estão discriminados na Tabela 8.

ITENS INCLUIDOS NO VALOR DIÁRIA
Todos os procedimentos referentes ao registro e internação do paciente;
Acomodação do paciente e acompanhante (quando tiver contemplado no padrão de acomodação do convênio) e todos os itens de hotelaria para o quarto, como roupa de cama, banho, sabonete e papel higiênico;
Acomodação do paciente e acompanhante (quando tiver contemplado no padrão de acomodação do convênio) e todos os itens de hotelaria para o quarto, como roupa de cama, banho, sabonete e papel higiênico;
Serviços de arrumação, limpeza, higienização e desinfecção do quarto;
Dieta prescrita ao paciente e supervisionada pela nutricionista, como café da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche noturno. Inclui-se adoçantes de indicação médica, leite e suplementos para pacientes pediátricos. Exclui-se a dieta enteral industrializada, parenteral e leites especiais (que requerem prescrição médica) que serão cobradas a parte;
Café da manhã do acompanhante (quando houver cobertura);
Procedimentos de enfermagem necessários ao atendimento das prescrições e recomendações médicas: <ul style="list-style-type: none"> • Preparo e administração de medicamentos por todas as vias; • Preparo, instalação e manutenção de venóclise; • Controle de sinais vitais; • Controle de diurese e de secreções; • Curativos; • Sondagens vesical e gástrica; • Cuidados com estomas e troca de bolsas e coletores; • Aspiração de secreções;

<ul style="list-style-type: none"> • Nebulizações; • Ordenha mamária; • Mudanças de decúbito; • Locomoção interna do paciente; • Enteroclistmas, lavagens gástricas, tricotomias; • Cuidados e higiene pessoal do paciente; • Preparo de corpo em caso de óbito, exceto materiais envolvidos; • Orientações ao paciente (inclusive nutricional) no momento da alta; • Instalação e supervisão dos equipamentos utilizados para atendimento da prescrição médica (bombas de infusão, oxímetros, etc);
<p>Uso de equipamentos habituais como aspiradores (inclusive frascos e mangueiras), nebulizadores (inclusive máscaras e traquéias), bombas de infusão, incubadoras, berços aquecidos, tendas de oxigênio e fototerapia.</p>

Tabela 8 - Itens incluídos na diária

Fonte: elaborado pelo autor

Não estarão contemplados nas diárias, devendo ser faturados separadamente quando utilizados (Tabela 9).

ITENS EXCLUÍDOS NO VALOR DIÁRIA
Alimentação do acompanhante (exceto café da manhã). Tais itens são cobrados diretamente do paciente;
Serviços extras de copa e lanchonete, sendo cobrados diretamente do paciente;
Telefones interurbanos e internacionais, sendo cobrados diretamente do paciente;
Uso de aparelhos como televisão e geladeira, sendo cobrados diretamente do paciente;
Fraldas descartáveis e absorventes higiênicos, sendo cobrados diretamente do paciente;
Gases medicinais;
Materiais descartáveis e medicamentos;

Sangue e derivados;
Leites especiais prescritos por pediatra (enfalac, pré nan, alfarré e pregestimil);
Dietas enterais (inclusive frascos descartáveis e equipos).

Tabela 9 - Itens excluídos na diária

Fonte: elaborado pelo autor

Como a estrutura da UTI é um tanto diferente da diária clínica, especifica-se os itens incluídos na diária de UTI (Tabela 10).

ITENS INCLUIDOS NO VALOR DIÁRIA UTI
Todos os itens inclusos na diária mencionada anteriormente;
Monitorização cardíaca (exceto eletrodos descartáveis e pasta);
Uso de equipamentos habituais em UTI como: oxímetros, capnógrafos, ventiladores mecânicos, desfibriladores, bombas de infusão, aspiradores (inclusive frascos e mangueiras), nebulizadores (inclusive máscaras e traquéias) e monitores de pressão arterial (inclusive transdutores
Preparo e utilização de instrumental para procedimentos como dissecação de veia, colocação de cateteres, punções, toracocenteses, drenagens de tórax, paracentese abdominal, traqueostomias, trocas de drenos e sondas.

Tabela 10 - Itens incluídos na diária de UTI

Fonte: elaborado pelo autor

O horário considerado de alta será o horário prescrito pelo médico no prontuário do paciente, cabendo qualquer ônus ao Hospital pela falta de leito para transferência ou demora por dificuldades operacionais.

Não estando incluída nas diárias de UTI (Tabela 11).

ITENS INCLUIDOS NO VALOR DIÁRIA UTI
Honorários de fisioterapia;
Medicamentos;
Materiais descartáveis excetos os que estiverem previstos no manual de auditoria;
Sangue e derivados;

Gases medicinais;
Exames complementares;
Honorários médicos de qualquer natureza.

Tabela 11 - Itens excluídos na diária de UTI

Fonte: elaborado pelo autor

Em taxas compreende-se valores condizentes para o uso das salas cirúrgicas. Na Tabela 12 estão compreendidos os itens incluídos na sala cirúrgica.

ITENS INCLUÍDOS NA TAXA DE SALA
Uso da sala cirúrgica e de todos os móveis e equipamentos necessários ao ato cirúrgico, como mesas cirúrgicas, mesas auxiliares, focos cirúrgicos e equipamentos de videocirurgia (independentemente da duração do ato cirúrgico)
Instrumental cirúrgico convencional ou especial (exceto os necessários para videocirurgia): trépano, perfuradores elétricos, bisturi elétrico convencional (inclusive canetas e placas, aspiradores (inclusive frascos e mangueiras), bombas de infusão, garrotes pneumáticos e manta térmica
Equipamentos e instrumentais utilizados para anestesia e monitorização (ventiladores, oxímetros, capnógrafos, monitores cardíacos, desfibriladores, termômetros, esfigmomanômetros, máscaras, ambus, cânulas de Guedel, traquéias de plástico etc)
Esterilização de todo e qualquer material necessário para o ato cirúrgico
Limpeza e desinfecção rotineira da sala cirúrgica e da sala de RPA – Recuperação pós-anestésico
Todo e qualquer serviço de enfermagem na sala de cirurgia e na RPA
Roupas e paramentos estéreis da equipe cirúrgica
Escovas e antissépticos necessários à assepsia da equipe cirúrgica
Uso da sala de RPA (inclusive uso de aparelhos de monitorização) pelo tempo que se fizer necessário para a completa recuperação pós-anestésica do paciente

Tabela 12 - Itens incluídos na taxa de sala

Fonte: elaborado pelo autor

A Tabela 13 contempla os itens que não estão incluídos na taxa de sala.

ITENS NÃO INCLUIDOS NA TAXA DE SALA
Materiais descartáveis e de uso único (conforme normas da ANVISA) e medicamentos
Sangue e derivados
Gases medicinais
Exames complementares
Honorários médicos de qualquer natureza
Uso de equipamentos especiais (quando de propriedade do hospital): Microscópio cirúrgico, Videolaparoscópio, Videohisteroscópio, Artroscópio, Arco cirúrgico/Intensificador de imagem, Facoemulsificador, Vitreófago, Bisturi harmônico, Instrumentais especiais para videocirurgia e Aspirador Ultrassônico

Tabela 13 - Itens não incluídos na taxa de sala

Fonte: elaborado pelo autor

Na Tabela 14 tem-se os portes cirúrgicos da sala. O porte dependerá do que parametriza a tabela AMB 92.

PORTE	RELAÇÃO PORTE ANESTÉSICO AMB92
Porte 1	Porte Anestésico 0, 1 e 2
Porte 2	Porte Anestésico 3 e 4
Porte 3	Porte Anestésico 5 e 6
Porte 4	Porte Anestésico 7 e 8

Tabela 14 - Porte Cirúrgico

Fontes: elaborado pelo autor

Na Tabela 15 tem-se o resumo dos valores das taxas de diárias para quartos coletivos, diária para apartamento (único leito), diária de berçário, diária de UTI Pediátrica ou Neonatal e taxas de salas de porte cirúrgico 1, 2 e 3 para os respectivos convênios. Os convênios 08, 10, 12 e 14 não prevê quartos coletivos, somente padrão de apartamento.

Convênio	Diária s/ Acomp	Diária Apto	Berçário	UTI	Porte 1	Porte 2	Porte 3	Oxigên
Convênio 01	R\$ 230,57	R\$ 470,05	R\$ 172,95	R\$ 563,33	R\$ 266,07	R\$ 532,15	R\$ 665,18	R\$ 9,73
Convênio 02	R\$ 220,01	R\$ 448,52	R\$ 171,06	R\$ 571,22	R\$ 254,96	R\$ 509,90	R\$ 637,40	R\$ 10,73
Convênio 03	R\$ 220,01	R\$ 448,52	R\$ 171,06	R\$ 571,22	R\$ 254,96	R\$ 509,90	R\$ 637,40	R\$ 10,73
Convênio 04	R\$ 187,01	R\$ 381,25	R\$ 134,50	R\$ 485,54	R\$ 199,97	R\$ 390,88	R\$ 499,92	R\$ 8,41
Convênio 06	R\$ 160,62	R\$ 369,18	R\$ 137,74	R\$ 747,12	R\$ 184,41	R\$ 333,30	R\$ 738,21	R\$ 26,38
Convênio 08	-	R\$ 446,33	R\$ 182,32	R\$ 573,86	R\$ 110,92	R\$ 251,43	R\$ 502,86	R\$ 9,17
Convênio 10	-	R\$ 482,44	R\$ 176,03	R\$ 586,75	R\$ 260,78	R\$ 521,56	R\$ 651,95	R\$ 6,30
Convênio 11	R\$ 195,99	R\$ 399,55	R\$ 147,00	R\$ 478,83	R\$ 226,15	R\$ 452,33	R\$ 565,38	R\$ 8,28
Convênio 12	-	R\$ 456,96	R\$ 180,66	R\$ 573,86	R\$ 255,05	R\$ 510,10	R\$ 637,62	R\$ 10,10
Convênio 13	R\$ 223,17	R\$ 443,31	R\$ 169,66	R\$ 564,80	R\$ 251,75	R\$ 504,60	R\$ 631,57	R\$ 30,65
Convênio 14	-	R\$ 403,83	R\$ 164,72	R\$ 550,48	R\$ 255,05	R\$ 393,20	R\$ 510,10	R\$ 10,63

Tabela 15 - Resumo de valores de taxas

Fonte: elaborado pelo autor

A cobrança dos medicamentos é referenciada no Brasíndice ou no Simpro. Em ambos os casos, tem-se dois parâmetros de preços com diferentes alíquotas de ICMS para atender os estados do Brasil. O primeiro parâmetro é o Preço Fábrica (PF), no qual é o valor que na média o fabricante vende seus medicamentos respeitando as marcas. Quando no contrato estabelece o Preço Fábrica, a Operadora acrescenta um percentual, que corresponde a margem de comercialização, sendo a receita em medicamentos para o Hospital. A Tabela 16 é o resumo da margem cobrada pelo Hospital das Operadoras previstas em contrato de medicamentos e materiais.

Convênio	Materiais	Medicamentos
Convênio 01	Custo+23%	Bras PF + 20%
Convênio 02	Custo+23%	86% do PMC Bras
Convênio 03	Custo+23%	86% do PMC Bras
Convênio 04	Custo+10%	86% do PMC Bras
Convênio 06	Simpro PMC	Bras PMC
Convênio 08	Simpro PF + 10%	Bras. PMC
Convênio 10	Custo+42,86%	Bras PMC
Convênio 11	Custo+23%	Bras PF + 20%
Convênio 12	Custo+61%	Bras PMC
Convênio 13	Simpro PF+25%	Bras. PMC
Convênio 14	Simpro PMC	Bras. PMC

Tabela 16 - Lista de Materiais e Medicamentos

Fonte: elaborado pelo autor

A cobrança da margem de comercialização se faz necessário para contemplar os serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensão e controle que o Hospital possui.

A margem de comercialização outrora foi muito questionada tanto pelas Operadoras quanto pelos órgãos fiscalizados tributários do Estado. Pelas Operadoras o questionamento

era no sentido da cobrança de percentuais abusivos, no qual onerava financeiramente o sinistro da Operadora comprometendo seus resultados. Por esta razão as Operadoras começaram a adotar parâmetros de mercado com o intuito de minimizar os abusos cometidos dentro da área de cobrança hospitalar.

Sob o ponto de vista do Hospital a cobrança da margem de comercialização em medicamento e até mesmo nos materiais era necessária por questão de sustentabilidade financeira e econômica da instituição, pois não havia um contrato que regulamentava a relação com a Operadora. O Hospital não conseguia repassar os aumentos de seus custos na cobrança das taxas e diárias, comprometendo assim seu equilíbrio financeiro.

Entretanto, com a evolução da relação Hospital-Operadora equilibrou-se a margem de comercialização e regimentou os reajustes de diárias e taxas.

Em termos fiscais, o Estado começou a questionar judicialmente por entender que por receita de “comercialização” necessitava incidir imposto de ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviço. Com a regulação dos contratos, a pressão fiscal esfacelou por ser um ganho mais relacionado a estocagem do que margem de ganho de venda.

A outra forma referenciada de cobrança de medicamentos no Brasíndice é o Preço Máximo ao Consumidor (PMC) com a alíquota de ICMS dependendo do estado brasileiro. O PMC é o valor máximo que o órgão regulador permite que seja comercializado o medicamento evitando que seja empregado práticas desleais de preços no mercado, garantindo a concorrência entre os fabricantes. Como o PMC é o máximo permitido, o acordo entre Hospital e Operadora é da aplicação de um deflator.

Caso o medicamento não esteja contemplado no Brasíndice, como os restritos da área hospitalar, ou seja, que é comercializado somente nos Hospitais, se cobrará um percentual de margem de comercialização, que varia de 10% a 30%, do valor da nota fiscal emitida pelo fornecedor.

Com o anseio de baixar o sinistro as Operadoras estão sacramentando nos contratos de forma a tornar obrigatório o uso de medicamentos genéricos, desde que não haja prejuízo para o paciente. Atualmente o médico por força da legislação não pode prescrever medicamentos com exigência de marca, desde que comprovada qualidade diferenciada de uma marca em específico. A prescrição deverá ser por princípio ativo.

A Operadora terá a prerrogativa de comprovar por intermédio de sua auditoria que o medicamento cobrado pelo Hospital está em consonância com o utilizado no paciente atendido, caso haja dúvida da política adotada do emprego de medicamento.

Em hipótese de utilização de medicamento de marca, sendo que exista genérico no mercado, o caso será repassado a uma Câmara Técnica composta por membros do Hospital, Operadora e agentes externos, para que se estabeleça a padronização e o deferimento da rotina a ser adotada.

De todo modo, há uma configuração de conflito de interesses entre Hospital e Operadora no que tange o faturamento. O Hospital poderá optar por medicamentos com valores mais altos preconizando a utilização de medicamentos de marcas mais onerosas, e a Operadora resistirá, exigindo valores inferiores com a utilização de medicamentos genéricos.

A alternativa para o impasse é investir na relação de transparência das partes, de modo que não haja prejuízos para as partes, pois o Hospital é dependente da Operadora para suas receitas e ficará comprometido caso o pagador venha sofrer dificuldades financeiras. Ao mesmo tempo, a Operadora depende que o Hospital esteja em pleno funcionamento para não comprometer o atendimento os seus usuários.

De modo similar é a cobrança de materiais, sendo referenciado pelo Brasíndice ou Simpro. Normalmente o mais aceito no mercado para materiais é um percentual em cima dos valores praticados na Tabela Simpro ou quando não constam, utiliza-se o um percentual.

A Tabela Simpro trata-se de uma tabela de preços que é referência de mercado para valores praticados em materiais e medicamentos, no qual a empresa responsável (Simpro) armazena e divulga os valores fornecidos pelos fabricantes. Tais valores são atualizados semanalmente a fim de garantir ajustes monetários repassados da indústria aos Hospitais.

Além de servir como parâmetro de preços, a Tabela Simpro é útil também na padronização de codificação dos materiais, uma vez que há uma dificuldade operacional em termos de sistema por parte dos Hospitais para atender a demanda das Operadoras.

Como não há uma normatização da codificação dos materiais, a Simpro sistematizou a codificação objetivando atender às novas exigências da ANS – Agência Nacional da Saúde Suplementar que a partir de 2007 começou a exigir das Operadoras informações das guias hospitalares faturadas no padrão TISS – Troca de Informação em Saúde Suplementar. E a partir da Simpro tanto os Hospitais como as Operadoras conseguiram atender a ANS.

O padrão Simpro é fácil de implantar tanto no prestador (Hospital) como na Operadora. A ANS pretende poder melhor fiscalizar as Operadoras, mas para isso precisa organizar e facilitar a uniformidade das informações fornecidas.

Da mesma forma como ocorre em medicamentos, à prerrogativa de identificar se os materiais estão sendo cobrados de acordo com os utilizado nos paciente é da Operadora. Em constatando que o valor praticado pelo Hospital é superior ao valor de mercado, a Operadora

solicitará esclarecimentos, podendo chegar ao ponto de solicitação de notas fiscais comprobatórias. Não havendo consenso das partes, a Câmara Técnica dará novo parecer para efeito conciliatório.

Os demais itens, como gases medicinais, taxas de aparelhos ou equipamentos (que não estiverem incluídos nas diárias ou taxa de sala cirúrgica e forem de propriedade do prestador) e taxas em geral serão cobradas de acordo com os valores previamente estabelecidos em contrato. Em cláusula contratual, haverá também as previsões de reajuste, bem como se seguirá índice específico ou se será objeto de negociação entre as partes.

É prática comum e cada vez mais recorrente Operadora e Hospital formatarem pacotes no qual estabelece-se padrões de procedimentos, estimando materiais, medicamentos, diárias e taxas que um determinado procedimento utilizará. Determina-se um valor total a ser pago para a realização de todo o procedimento, não implicando cobranças adicionais, salvo exceção se de ocorrer desvios não contemplados no pacote. Só não estarão incluídos honorários médicos porque o médico receberá pela execução do procedimento diretamente da Operadora uma vez que é credenciado.

Um exemplo seria o Pacote de Cesárea. Acorda-se que a Operadora pagará um x valor para o Hospital quando ocorrer cesárea, estando discriminados quais materiais, medicamentos, quantidade de diárias e taxas contempladas no pacote. No pacote ficará acertado em quais condições a cesárea não será cobrada via pacote e sim como conta aberta seguindo os valores em vigor.

No contrato é importante que se faça a descrição detalhada do que estará coberto pelo pacote e em quais condições será cobrada conta aberta.

A formatação do pacote visa atender melhor as partes, otimizando as rotinas operacionais, pois há pouca variabilidade na execução do procedimento. Para a Operadora desonera a demanda de serviços de sua auditoria, ficando somente com o trabalho de verificação se o procedimento está adequado ou não para o pacote. Além disso, a Operadora minimizará seus riscos quanto à sinistralidade uma vez que diminuirá a variabilidade dos itens cobrados fazendo melhores previsões dos custos.

Do ponto de vista do Hospital, há redução de trabalho no faturamento, facilitando a cobrança, liberando seus colaboradores para outras atividades mais rentáveis que não são passíveis de empacotamento. Além de conseguir uma previsão mais ajustada das receitas futuras que a Operadora fará em suas instalações.

A exemplo das taxas e diárias, o pacote também será objeto de reajuste anual no qual estabelece um índice ou se ocorrerá via negociação. Independentemente do reajuste, há a

garantia do Hospital e da Operadora em que havendo desequilíbrio financeiro do pacote, os valores serão ajustados ao valor real. O ajuste terá validade a partir do mês subsequente à análise ou se tiver concordância realiza-se a compensação retroativa.

Em contrato a Operadora exige que não seja permitido nenhuma cobrança direta ao usuário do Hospital. Exceção para situações autorizadas pela Operadora ou de seu consentimento, como por exemplo, em circunstâncias que o paciente opte em ficar em acomodação superior ao que possui de direito segundo seu convênio ou requeira serviços não cobertos pelo plano de saúde. O Hospital dessa forma poderá realizar cobrança mediante comunicação e esclarecimento prévio ao paciente, não causando nenhum ônus adicional à Operadora.

A proibição visa tolher o Hospital de acumular ganhos, cobrando da Operadora e dos beneficiários pelos mesmos serviços.

Impostos, taxas, contribuições fiscais, parafiscais, federais e municipais que incidem direta ou indiretamente nos serviços contratados pela Operadora deverão já estar incluídos nos valores cobrados pelo Hospital, sendo de sua responsabilidade os devidos recolhimentos respeito à legislação tributária em vigor.

4.1.3 Formas de Pagamento dos Contratos

Uma vez as contas faturadas pelo Hospital, estas deverão ser encaminhadas à Operadora de maneira individualizadas, com as despesas e comprovantes respectivos, atendendo às especificações de codificação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar TUSS – Terminologia Unificada em Saúde Suplementar e TISS – Troca de Informação em Saúde Suplementar.

O TUSS é uma adoção da ANS à padronização da terminologia clínica para todo o setor da saúde visando facilitar a tramitação de informações recorrentes do TISS. O TISS por sua vez foi estabelecido em 2007 como padrão obrigatório que as Operadoras teriam que fornecer à ANS de suas informações administrativas e de atenção à saúde que mantêm com prestadores de serviços e beneficiários.

Antes porém, de irem em definitivo para a Operadora, as contas faturadas serão encaminhadas para a auditoria da Operadora que fará a análise final, com o acompanhamento da auditoria do Hospital. O encaminhamento se faz necessário para verificação se há

similaridade do valor cobrado e acordado. A diferença do valor cobrado e acordado configura-se na recusa do pagamento pela Operadora denominado de glosa.

Havendo consenso das auditorias, o faturamento fará a digitação final das contas para posterior exportação e/ou envio físico para o setor de contas médicas da Operadora que providenciará o pagamento.

Não existindo consenso das auditorias, recorre-se a Câmara Técnica que dará um parecer de maneira a sintonizar as opiniões divergentes.

Dependendo do movimento de internações e atendimentos ambulatoriais que a Operadora tiver no Hospital, cria-se condições especiais para a periodicidade da entrega das contas, sendo por exemplo, entregas quinzenais, de maneira a diminuir o tempo de recebimento do Hospital.

As contas são somente faturadas após alta hospitalar do paciente, porém, abre-se a prerrogativa de fechamentos parciais, seguindo a condição de periodicidade de entregas.

Para o efetivo pagamento, o Hospital deverá encaminhar além da conta com as discriminações dos valores alguns documentos extras. A listagem dependerá da exigibilidade da Operadora, como por exemplo:

- Guia de Solicitação de Internação ou Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT) devidamente autorizada em papel timbrado da Operadora;
- Guia de Solicitação de Internação em UTI devidamente autorizada em formulário específico e papel timbrado da Operadora;
- Prorrogações da internação devidamente autorizadas em papel timbrado da Operadora;
- Guia de Solicitação de Internação em Isolamento devidamente autorizada em formulário específico e papel timbrado da Operadora;
- Pedidos de Avaliação e Colaboração Médica devidamente autorizada em formulário específico e papel timbrado da Operadora;
- Prescrições Médicas diárias (disponível nas dependências do Hospital);
- Evoluções Médicas diárias (disponível nas dependências do Hospital);
- Ficha Anestésica (disponível nas dependências do Hospital);
- Nota de Sala Cirúrgica (disponível nas dependências do Hospital);
- Comprovante da utilização de materiais de alto custo no Centro Cirúrgico (assinado e carimbado pela enfermeira do Centro Cirúrgico);
- Autorização formal da Operadora para medicamentos especiais ou de alto custo;

- Conta hospitalar devidamente preenchida, onde deverão constar discriminadamente:
 - Diárias e Taxas (quantidades e valores);
 - Materiais e medicamentos utilizados (quantidades, marcas, tamanhos, referências e preços);
 - Taxas de aparelhos;
 - Gases medicinais (quantidades e valores);
 - Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT)
- Honorários médicos dos procedimentos realizados. Será meramente informativo, pois a valorização e posterior pagamento ocorrerá diretamente entre médico e Operadora. Os Honorários só serão valorizados quando o médico for plantonista do Hospital e que realizou algum trabalho em específico;
- Pedidos de exames complementares e recursos terapêuticos (SADT) devidamente autorizados;
- Relatórios de enfermagem (Evolução de Enfermagem - disponível nas dependências do Hospital); Relatório do Médico Assistente e do Médico Anestesiologista (para paciente cirúrgico);
- Identificação de Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPME) com etiquetas de identificação com número de série e lote, data de fabricação e prazo de validade;
- Encaminhamento de documentos comprobatórios de serviços realizados por terceiros, acompanhado da autorização da Operadora quando o caso previr; e
- Outros documentos que se fizerem necessários à Auditoria da Operadora ou se requisitado.

Em casos de faturamento de contas em formato de pacote, o Hospital com a concordância da Operadora pode retirar alguns documentos comprobatórios de maneira a facilitar a conferência da auditoria da Operadora. Em si tratando de internação, e considerando o nível de complexidade do atendimento, é necessário a apresentação dos documentos mencionados anteriormente para checagem da qualidade do serviço e se o pacote realmente se aplica ao caso.

Quanto ao prazo de pagamento, há cláusulas contratuais que estabelecem o prazo máximo a Operadora pagará o Hospital a partir da apresentação dos documentos das contas faturadas e devida documentação exigida. Normalmente a boa prática é de até o último dia último do mês subsequente da prestação de serviço.

Os pagamentos poderão vir parcelados no decorrer do mês ou até mesmo na quinzena subsequente como forma de adiantamento. O adiantamento é para viabilizar o equilíbrio financeiro do Hospital, tendo em vista que seu ciclo de recebimento poderá se encerrar após sessenta dias após o término da prestação de serviço.

Outra forma de adiantamento é um percentual do valor faturado ser adiantado, condicionado a posterior análise e possível compensação do valor real a ser pago.

Em havendo atraso no pagamento não justificado, poderá constar em contrato multa e juros de mora para correção monetária a infratora. Assim como previsto multa e juros para o atraso do pagamento, o prestador poderá também ser penalizado tendo a recusa do pagamento de suas contas faturadas caso ultrapasse o limite de prazo, sem prévia justificativa.

Em conjunto com o pagamento cabe a Operadora apresentar em um prazo pré-estabelecido, relatório de glosas com as devidas justificativas. E dentro do prazo regimento o Hospital apresentará recursos, nos casos passíveis, questionamento as glosas apresentadas.

Glosa na área médica é tratado como o abatimento do valor a ser pago para o Hospital por a Operadora não concordar com o pagamento determinada taxa, diária, material, medicamento ou procedimento. Existem dois tipos de glosas:

- Glosa administrativa: desconto da fatura a ser paga ao Hospital pelo descumprimento de rotinas operacionais, como o não encaminhamento de documentários requisitados (falta de guia de autorização, relatório médico, relatório do centro cirúrgico etc), a não conferência da situação cadastral do usuário que não tinha direito ao atendimento ou preenchimento incompleto dos formulários;
- Glosa Técnica: trata-se do não pagamento pela Operadora por não concordar com a cobrança de determinado procedimento, material, medicamento, taxa ou diária. As razões para haver a discordância podem ser diversos, como itens cobrados sem autorização ou acordo, valores diferentes ao contratado, quantidades superior ao recomendado, utilização de marca desnecessária etc.

Na hipótese da não concordância da Operadora do recurso apresentado pelo Hospital referente à glosa, instaurará a Câmara Técnica a fim de emitir um deferimento definitivo ao caso.

A Câmara Técnica só instaurada para os casos de glosas técnicas. Para as glosas administrativas, o Hospital terá que em seu recurso, apresentar documentos que comprovem a sua contestação.

4.1.4 Mediações de Conflitos dos Contratos

Para fins de mediações de conflitos, especialmente envolvendo divergências técnicas, sejam quanto à aplicabilidade do item ou cobrança, o Hospital ou Operadora poderão requisitar uma Câmara Técnica.

Além disso, o propósito da Câmara Técnica consistirá em debater questões quanto a índices de qualificação e satisfação dos atendimentos prestados pelo Hospital, padronização e cobrança de materiais e medicamentos, bem como incorporação de novas tecnologias.

Caberá a Câmara Técnica a prerrogativa final de avaliar, em última instância, pendências de contas e ou glosas e recursos de glosas que não estão condizentes com o formalmente acordado entre as partes.

A composição da Câmara deverá ser necessariamente composta por número igual de representantes do Hospital e Operadora. Pode-se em comum acordo, em caráter especial ou definitivo, estabelecer o ingresso de um ou mais profissionais externos às duas instituições que sejam reconhecidos e capacitados tecnicamente de acordo com os assuntos tratados pela câmara.

A periodicidade da reunião da Câmara poderá variar, mas geralmente estabelece-se mensalmente, indo de acordo com a disponibilidade dos membros. Todas as reuniões deverão ser lavradas e assinadas pelos presentes de maneira a deixar transparente o processo de decisão que nortearão os critérios de cobrança e pagamento das contas.

Além da Câmara Técnica Hospital e Operadora poderão assinar um Termo de Conduta, no qual assegurará que as questões éticas e de sigilo médico sejam garantidos. O Hospital só poderá disponibilizar os dados assistenciais dos atendimentos realizados à Operadora do qual o beneficiário faz parte ou a qualquer momento mediante ordem judicial ou nos termos da Lei nº 9961/2000, art. 4º, inciso XXXI estabelecidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Outra forma de se diminuir os conflitos é fazer exercer os direitos e deveres previstos nas cláusulas contratuais. Porém para isso, tem-se necessidade de se assinar um contrato de prestação de serviço do Hospital para com a Operadora, consolidando assim as relações existentes, e trazendo as instruções a serem seguidas.

Ocorrendo o descumprimento das normas contratuais poderá o infrator ter que arcar financeiramente com a perda decorrido do ato, ou implicar, dependendo da gravidade conforme previsto em contrato, no descredenciamento do Hospital ou da Operadora. Por exemplo, se Hospital realiza procedimento desrespeitando a normativa das rotinas acordadas,

a Operadora ficará no direito de não pagar o procedimento, cabendo ao Hospital o prejuízo da conta. Outro exemplo seria a Operadora não atendendo ao prazo estabelecido para envio das autorizações, o Hospital faturará as contas integralmente sem prejuízo de glosas.

Independentemente do previsto em contrato, tanto o Hospital como a Operadora deverão fazer cumprir o que a legislação prega, não sendo cabível nenhuma sobreposição de cláusula contratual. Por exemplo, por força da regulação a Operadora cobrirá as despesas de alimentação do acompanhante do paciente internado, quanto este for menor que 18 anos ou maior de 60 anos ou portador de necessidades especiais.

Na necessidade de mudança de algum termo contratual, seja em itens que alterem rotinas operacionais, serviços acrescentados ou retirados, alteração de valores ou prazos, qualquer das partes poderá por intermédio de aditivo ou comunicado oficial pleitear a mudança desde que tenha o consentimento da outra parte.

4.1.5 Análise Crítica dos Contratos

Notou-se nos contratos que havia uma uniformidade de informações especialmente nos quesitos exigidos do Hospital para controle do uso de tecnologia. A diversidade consistiu basicamente no detalhamento de cada item discriminado no contrato. Nesse caso, havendo dúvida ou incerteza quanto à rotina a ser adota, opta-se pelo bom senso do executor, que espelha em casos similares de outros convênios, para a resolução do problema. Além de se basear no que é usual as boas práticas do mercado de saúde.

Na análise de contratos teve-se um limitador que foi a rastreabilidade dos aditivos contratuais que fazem parte do contrato mestre. Não se conseguiu de forma objetiva levantar todos os aditivos contratuais.

Uma questão importante observada nos contratos foi à abertura que determinados convênios possuem quanto ao fornecimento de órtese, prótese e materiais especiais (OPMEs) diretamente ao Hospital. Fato este que visa controlar e monitorar o uso das OPMEs dentro do Hospital, evitando assim que haja acordos paralelos entre fornecedores e Hospital. Dessa maneira, controla-se o uso e custos envolvidos, garantindo melhor atendimento ao paciente.

O único inconveniente é o processo de liberação das OPMEs, pois o médico faz a solicitação na guia de internação e no pedido de uso de OPMEs, sendo encaminhados a Operadora. Na Operadora é feito orçamento e compra do material que sendo destinado ao

Hospital. Após o uso, a Operadora informa o valor que o Hospital deverá faturar como margem de comercialização.

Pelo que foi apurado a partir da análise de conteúdo dos contratos o regime de pagamento que prevalece é o pagamento por procedimento. Em alguns casos foi identificado pagamento por pacote para procedimentos de cesárea, parto e por dia de internação na UTI. Nota-se que embora tenha previsto o pagamento por performance em um contrato de Operadora, é uma política de pagamento não praticada.

Em contrato, há previsão de pagamento diferenciado de diárias quando detectado diferenciação no atendimento ou qualidade percebida pelo paciente. Porém os indicadores que medirão os níveis de qualidade e de satisfação do paciente não estão previstos, sendo necessário a sua criação.

Nos contratos está previsto prazo de resposta para as solicitações das autorizações nas guias de solicitação de internação, prevendo que se a Operadora extrapolar o prazo, o Hospital poderá realizar o procedimento sem que haja contestação por parte da Operadora. embora está previsto em contrato, na prática os atrasos são recorrentes de modo a só dificultar a rotina de faturamento das contas.

Além disso, no Hospital há regime de plantonistas na UTI em que o sistema de remuneração é salarial, ou seja, paga-se por plantão realizado. A cobrança da Operadora ocorre mediante as visitas de plantonistas aos pacientes internados a cada doze horas. Nesse caso não há muitas opções diferentes, pois o Hospital por ordem de protocolos médicos, pelo caráter de atendimento na unidade precisa disponibilizar médico vinte quatro horas por dia. E caso não faça o pagamento por plantão dificilmente conseguirá médicos dispostos a realizar plantões.

Desse modo, com as atuais políticas de remuneração adotadas pela Operadora, fica difícil consegue medir e controlar de forma eficaz o uso das tecnologias dentro do Hospital, uma vez que há interesses do Hospital em faturar em cima de diárias, taxas, materiais e medicamentos. É como se a Operadora assinasse um cheque em branco para o Hospital, no qual apresentará a conta somente no final após os usos realizados, cabendo a Operadora arcar com os gastos.

Não há muita opção da Operadora caso não seja alterado a política de remuneração. Ela controla a liberação dos procedimentos por intermédio das guias de solicitação de internação, mas o consumo consequente da internação não.

A alternativa é instituir cada vez mais pagamentos por pacotes, de maneira compartilhar os riscos com o Hospital e iniciar a parametrização de indicadores para adoção da política de pagamento por performance.

O sistema de pagamento por pacote não só beneficia o controle do uso da tecnologia, mas como também facilita o trabalho da auditoria hospitalar e da Operadora e do setor de pagamento médico. Caberá a auditoria só verificar se o procedimento está dentro dos parâmetros de cobrança estabelecido em contrato. O parâmetro, por exemplo, da cesárea é se não houve nenhuma intercorrência durante o procedimento e se a mãe permaneceu até dois dias no Hospital, cobra-se pacote, caso contrário cobra-se como se fosse conta aberta (por procedimento). Já para o pagamento médico, competirá apenas a conferência do valor sendo condizendo com o acordado em contrato.

O pacote de cesárea criado para um dos convênios analisados trouxe maior agilidade de conferência das contas, bem como redução dos custos da Operadora devido a diminuição da variabilidade e compartilhamento dos riscos de utilização de tecnologia com o Hospital.

Na questão das glosas técnicas os contratos preveem o estabelecimento da Câmara Técnica. Entretanto sua utilização é quase que rara, devido aos custos envolvidos e falta de profissionais que possam compô-la. Assim, a divergência muitas vezes é equacionada após muito desgaste entre auditoria da Operadora e do Hospital. Geralmente o Hospital fica com o ônus da prova, amargando assim o prejuízo.

Na prática a conciliação de interesses é estabelecida via relacionamento Hospital e Operadora. O poder de persuasão é exercido de maneira de dupla mão de dependência. A Operadora possui o poder econômico e o Hospital a estrutura necessária para atendimento da demanda. O Hospital não pode ficar sem a receita provida da Operadora e ao mesmo tempo por falta de oferta de serviços hospitalares, o Hospital é essencial para que não haja prejuízo para os beneficiários.

4.2 A Auditoria e seu funcionamento

Segundo Coleman, Sanches e Moreira (1998) a atividade de auditoria surgiu na década de 70 visando controlar melhor as contas médicas hospitalares pagas pelo setor público, compreendendo um conjunto de atividades para não só controlar, mas também avaliar aspectos técnicos. Kobus (2004) menciona que a tarefa da auditoria consiste em revisar e examinar as contas de serviços e procedimentos realizados por instituições prestadores de

serviços. Já Preger (2005) menciona que o papel da auditoria não deveria se restringir a apenas controle dos custos, poderia expandir suas avaliações objetivando equilibrar custos e qualidade dos serviços.

Pode-se dizer que a auditoria atua sob dois focos. Uma seria mais o foco financeiro-econômico dos custos assistenciais, em que visa atuar no controle e verificação de fraudes, verificar quantidade e valor cobrados se estão condizentes com os normatizados e consistência dos procedimentos prestados pelo médico ou instituição hospitalar. O outro foco seria mais uma análise qualitativa, observando as estruturas disponíveis, qualidade do atendimento e percepção do paciente.

É dever do Hospital por força da transparência do relacionamento com a Operadora fornecer infraestrutura e condições adequadas para os membros das auditorias das Operadoras, permeado pelos princípios éticos da profissão médica e de enfermagem. O trabalho desenvolvido pela auditoria da Operadora é realizado em conjunto com a auditoria do Hospital e faturamento de modo que a cobrança das contas hospitalares estejam de acordo com previsto em contrato.

O Hospital dando livre acesso às suas instalações permitirá que médicos auditores tomem conhecimento e avaliem de maneira mais apropriada os procedimentos médicos, bem como as enfermeiras auditoras acessando os dados contidos no prontuário do paciente.

Para o pleno funcionamento das atribuições da auditoria da Operadora o Hospital deve deixar a disposição os prontuários dos pacientes, contendo laudos e documentos relativos ao paciente durante o período de internação ou após a alta hospitalar.

Os documentos essenciais para avaliação da auditoria da Operadora são: guia de solicitação de internação e prorrogação, nota de sala, conta corpo da relação de materiais e medicamentos, diárias e taxas, prescrições médicas e evolução de enfermagem.

Conforme descrito no capítulo de metodologia foi selecionado dois manuais de auditoria com o objetivo de averiguar as diretrizes adotadas pelas auditorias das operadoras para controle da utilização dos procedimentos no Hospital e consequentemente no controle do uso de tecnologia. A seleção dos dois manuais foi devido a disponibilidade do material pelas Operadoras com a promessa de sigilo e pela de representação que as Operadoras com seus convênios possuíram no faturamento do Hospital em 2011, cerca de 75%.

A Tabela 17 traz um comparativo dos itens que compõem cada manual para efeito comparativo.

ITENS	MANUAL 01	MANUAL 02
Apresentação Contas Hospitalares	X	-
Cobrança de Diárias, Taxas e Gases	X	-
Cobrança de Materiais	X	X
Cobrança de Medicamentos	X	X
Cobrança de OPMEs	X	X
Cobrança de dietas parenterais	X	X
Explicação do papel Auditoria	X	X
Kits Procedimentos Hospitalares	X	-

Tabela 17 - Tabela comparativa dos manuais de auditoria

Fonte: elaborado pelo autor

Além de serem as únicas Operadoras no qual o Hospital possui relacionamento que possuem a ferramenta normatizada, aprovada e enviada ao prestador, os demais convênios não realizam a auditoria in loco com certa regularidade, ou seja, a verificação das contas ocorre somente após o envio da conta corpo pelo faturamento nos respectivos sistemas e das respectivas documentação solicitada em formato físico. Há casos em que dependendo dos valores envolvidos, os demais convênios enviam o auditor para verificação do prontuário, documento este, que deve ficar sob a guarda do Hospital.

A auditoria acaba sendo à distância por questões de custos, uma vez que os convênios não possuem quantidade suficiente de contas que faça jus o envio do auditor, no qual despenderá tempo e recursos desnecessariamente. Enfim, o benefício gerado para a auditoria atuar localmente não é compensatório diante dos gastos envolvidos.

Ressalta-se que a análise da pesquisa focou-se no processo que envolvessem os procedimentos de internação, não sendo objeto de análise os procedimentos de regime ambulatorial.

4.2.1 Manual de Auditoria da Operadora 01

O manual da Operadora 01 que comercializa os convênios 01 e 11 conforme Tabela 5, é segmentado em Contas Hospitalares, Cobrança de Diárias e Taxas, Cobrança de Materiais e Medicamentos, Auditoria Médica Hospitalar e seus objetivos e Kits dos principais procedimentos hospitalares.

a. As contas hospitalares

Na primeira parte do manual, relata-se a data de entrega das contas hospitalares ao departamento de Revisão de Contas da Operadora como sendo em períodos quinzenais. As faturas da primeira quinzena deverão ser entregues impreterivelmente no último dia útil da quinzena ou no primeiro dia útil da segunda quinzena. Caso haja descumprimento dos prazos estabelecidos, o Hospital poderá ficar com atraso no recebimento da quinzena.

Recentemente com a adoção do novo sistema TISS - Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar, as faturas são inicialmente exportadas via arquivo XML e depois encaminhadas fisicamente para conferência.

Antes, porém do envio das contas, estas já forma devidamente verificadas e auditadas pelo Hospital e pela Operadora.

As contas enviadas referentes a primeira quinzena só serão faturadas e encaminhadas se estiverem em plena conformidade de documentação, especialmente com as respectivas guias de autorização. Há casos, em que as guias de autorização demoram um pouco para chegarem aos setores responsáveis do Hospital, por demora de retorno da Operadora ou até mesmo por estarem aguardando assinatura do médico responsável. Entretanto, com a adoção do padrão TISS a agilidade por parte da Operadora ocorrerá de forma mais pró-ativo sob a pena de realizar o pagamento ao Hospital da conta sem poder de contestação posterior.

As contas hospitalares entregues deverão estar acompanhadas dos itens descritos na Tabela 18.

DOCUMENTOS DA CONTA HOSPITALAR	
1)- Pedido (s) de internação	8)- Ficha anestésica
2)- Pedido (s) de prorrogações de internação	9)- Prescrições médicas
3)- Pedido de interconsulta	10)- Evolução Médica
4)- Pedido (s) de internação na UTI	11)- Evolução de Enfermagem
5)- Guias de exames e tratamentos complementares	12)- Laudo Clínico/Cirúrgico
6)- Fatura hospitalar	13)- Notas de Débitos (Honorários Médicos)
7)- Nota de Sala Cirúrgico	

Tabela 18 - Resumo de itens que acompanham contas hospitalares

Fonte: elaborado pelo autor

O pedido de internação (ANEXO A) deverá estar devidamente autorizado pela Operadora, sendo o documento assinado por médico credenciado. É o documento no qual o médico faz a solicitação para a Operadora da internação do paciente, sendo o formulário que

dá início a todo o processo de internação e consequentemente à utilização da tecnologia nas instalações do Hospital.

O pedido de prorrogações de internação a exemplo do pedido de internação deverá estar autorizado pela Operadora e assinado pelo médico credenciado (modelo guia ANEXO A). Nos pedidos de prorrogações, geralmente é acompanhado justificativa médica para embasar a solicitação de modo a facilitar o entendimento da Operadora pela necessidade da permanência do paciente no Hospital.

O pedido de interconsulta são consultas requisitadas pelos médicos responsáveis ou plantonistas do Hospital, solicitando avaliação de um médico especialista para o caso do paciente apresentado. Pode servir como uma segunda avaliação médica no paciente. A interconsulta ocorre necessariamente durante período de internação hospitalar.

O pedido de internação (modelo de guia no ANEXO A) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a solicitação por parte do médico credenciado para que o paciente seja internado na ala de UTI, devendo o pedido estar assinado e autorizado pela Operadora. Dependendo dos casos, médico deverá justificar seu pedido de modo técnico. Os pedidos possuem uma quantidade mínima de diárias, no qual a critério da Operadora será autorizado ou não. Em havendo necessidade de permanência superior ao autorizado, o médico credenciado ou plantonista faz o pedido de prorrogação de permanência.

Há casos, em que há divergência de opinião entre o médico solicitante e o médico auditor. Sendo assim, instaura-se a Câmara Técnica para fazer o deferimento do caso.

As guias de exames e tratamentos complementares internação (ANEXO C - Guia de Solicitação (autorização) SADT frente) são guias de solicitação por exemplo de exames de diagnóstico que não necessitam de autorização por serem de baixo custo e de direito do paciente, estando normalmente coberto em seu plano. Caso sejam de alto custo, por exemplo, exames radiológicos de ressonância necessitam de prévia autorização da Operadora. O laudo (resultado) do pedido de exame ou procedimento ficam no prontuário do paciente disponível para análise da Auditoria. As guias de pedido de exame e procedimentos necessitam estar corretamente preenchidos e assinados pelo médico solicitante. O médico deve ser preferencialmente credenciado pela Operadora, salvo os casos de plantonistas na UTI.

A fatura hospitalar é a folha de “rosto” com resumo dos valores de diárias, taxas, materiais, medicamentos e gases medicinais utilizados no período de internação emitida pelo faturamento. É o documento que constará efetivamente os valores cobrados pelo Hospital. Os materiais e medicamentos utilizados deverão estar com nome comercial ou genérico,

apresentação (ampola, miligrama, gota, ml etc), marca, tamanho, código e demais especificações necessárias para a fácil identificação.

A apresentação dos materiais e medicamentos embora sejam exigidos que estejam discriminados marca e fornecedor, o Hospital não consegue atender devido a limitações cadastrais no sistema.

A nota de sala cirúrgica é o relatório do centro cirúrgico que constará a quantidade e quais materiais, medicamentos e gases utilizados durante a realização do procedimento. A nota de sala é um documento hospitalar que para efeitos de controle interno é assinado pela enfermeira responsável pela conferência dos itens utilizados no ato cirúrgico. Caso no procedimento tenha sido utilizado Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPMEs) as etiquetas dos produtos deverão estar no verso da nota de sala.

A ficha anestésica é o relatório de anestesia aplicado durante o procedimento no centro cirúrgico, constando as doses dos medicamentos utilizados e possíveis intercorrências. A ficha deverá estar assinada pelo médico anestesista credenciado pela Operadora.

As prescrições médicas tratam-se das indicações de medicamentos utilizados no paciente durante a sua permanência no Hospital. O envio das prescrições é opcional, no qual podem ser enviada cópia pois, devem permanecer no prontuário do paciente por recomendação do CFM – Conselho Federal de Medicina. O envio de cópia é somente como meio facilitador para a Operadora avaliar os medicamentos cobrados se estão de acordo com os prescritos. Via de regra dificilmente o Hospital envia cópia da prescrição por uma questão de custo, já que a original ficar disponível no prontuário.

A evolução médico e de enfermagem são relatório preenchidos pelos respectivos profissionais relatando toda a evolução do paciente durante permanência do Hospital. Por intermédio da evolução da enfermagem, por exemplo, que a auditoria da Operadora terá condições de averiguar se a quantidade e horário que foi utilizado o medicamento ou material. Ocorrendo divergência entre o cobrado e o constatado nas evoluções, a Operadora se reserva no direito de recusar o pagamento.

Assim, é de suma importância que as evoluções estejam preenchidas corretamente servindo como forma de comprovação de uso dos materiais ou medicamentos ou qualquer outro item cobrado.

Nas evoluções da enfermagem costuma-se ter anotações em diferentes cores, sendo cada cor correspondente ao turno que a enfermeira estava trabalhando e consequentemente relatou na evolução.

b. Cobrança de Diárias, Taxas e Gases

Na cobrança de diárias o manual especifica o que está incluído e excluído nos valores, sejam elas diárias de internação (clínica ou cirúrgica), de UTI ou de isolamento. O detalhamento dos itens incluídos e excluídos nos valores das diárias está resumido na Tabela 8 e Tabela 9.

Para a cobrança das diárias será considerado a data da internação, mas não a data da alta, independentemente do horário. Exemplo: o paciente foi internado no dia dois de um determinado mês e saiu dia cinco às 16h. A quantidade de diárias cobradas será de três. A regra é para as diárias clínicas ou cirúrgicas.

Para as diárias de UTI a cobrança é fracionada em quatro partes, tendo como base o tempo de permanência do paciente na unidade (Tabela 19).

TEMPO DE INTERNAÇÃO	FRAÇÃO
De 0 a 6 horas de internação	¼ de diária
De 6 a 12 horas de internação	½ de diária
De 12 a 18 horas de internação	¾ de diária
De 18 a 24 horas de internação	Diária integral

Tabela 19 - Fracionamento da diária de UTI

Fonte: elaborada pelo autor

O pagamento da diária de UTI só ocorrerá mediante indicação médica. Em a auditoria não constatando justificativa médica, pagará diária clínica.

Na hipótese da mãe receber alta hospitalar, e o recém-nascido (RN) tendo a necessidade de permanecer internado no berçário, o médico responsável deverá solicitar, preencher e assinar um pedido de internação especificamente para o RN. Enquanto a mãe estiver internada, a sua autorização valerá para o RN para caos de internação no berçário.

Entretanto, o RN tendo a necessidade de internação na UTI, independentemente da permanência da mãe no Hospital ou não, o médico deverá solicitar a internação do RN. Neste caso, existirão duas autorizações de internação, a da mãe e do RN para a UTI.

O entendimento da Operadora é de que internação em UTI envolve altos custos, sendo necessário assim seu controle e monitoramento.

A permanência do RN no Hospital não impede que a mãe receba alta, desde que tenha condições de saúde para tal.

Não se justifica em condições normais que o paciente internado na UTI receba alta para casa, não passando por um quarto de recuperação na pediatria. Há situações em que o paciente deixa o Hospital diretamente quando a Operadora por sua decisão transfere o paciente para outra unidade hospitalar. Porém em a auditoria da Operadora constatando a permanência do paciente na UTI desnecessariamente, a Operadora pagará diária clínica e glosará (não pagará) os honorários dos plantonistas da UTI.

Há ainda uma ressalva de que a Operadora não pagará as denominadas diárias de intervenções de véspera para cirurgias eletivas, ou seja, são diárias que requer que o paciente seja internado um dia antes do procedimento eletivo ocorrer. A exceção fica para os casos listados na Tabela 20.

Cirurgias de cólon, no qual exige preparação intestinal;
Cirurgias cardíacas;
Cirurgias grandes arteriais, como as de aneurisma e revascularizações;
Cirurgias de grande porte do aparelho digestivo, como hepatectomias e duodeno-pancreatectomias;
Neurocirurgias para tumores e aneurismas;
Situações em caráter de exceção, no qual vier explicitamente discriminado na guia de autorização.

Tabela 20 - Exceção de diárias de véspera

Fonte: elaborada pelo autor

Para a cobrança das taxas de salas, a auditoria da Operadora considerará os itens descritos na Tabela 8 e Tabela 9 que mencionam o que está e não está incluído na taxa de sala.

Está previsto nos valores das taxas de sala a taxa de recuperação pós-anestésico. O manual de autoria prevê que, caso o paciente não utilize a sala de recuperação, não será descontado nenhum valor da taxa de sala.

Além disso, o manual estabelece que em caso da cirurgia seja cancelada após a entrada do paciente na sala cirúrgica, o Hospital poderá a título de compensação, cobrar a taxa de sala equivalente a anestesia local, independentemente do porte da cirurgia que seria feita. Se for consumido algum material ou medicamento, estes também poderão ser cobrados, mas caso seja possível de aproveitamento não deverão ser incluídos na cobrança.

O pagamento das taxas de salas seguirá os padrões de porte anestésico da CBHPM - Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos (2005) conforme Tabela 21.

PORTE	RELAÇÃO PORTE ANESTÉSICO
Porte 1	Porte Anestésico 0, 1 e 2
Porte 2	Porte Anestésico 3 e 4
Porte 3	Porte Anestésico 5 e 6
Porte 4	Porte Anestésico 7 e 8

Tabela 21 - Equivalência de porte anestésico

Fonte: adaptado pelo autor

Ocorrendo duas ou mais cirurgias simultaneamente na sala cirúrgica, o Hospital deverá cobrar apenas o procedimento de maior complexidade. Havendo a realização de cirurgias com anestesia local exclusivamente, a Operadora aceita pagar somente taxa de sala corresponde ao porte anestésico zero independentemente do porte cirúrgica do procedimento, pois se configura uma cirurgia mais simples e de menor tempo de utilização de sala.

A cobrança da taxa de sala de partos e cesáreas será considerada o porte anestésico três, mesmo que não seja utilizada anestesia durante o procedimento.

Já o valor cobrado para aerosol corresponde à nebulização realizada no paciente, seja em regime de internação ou ambulatorial, com tempo máximo de uma hora utilizando oxigênio ou ar comprimido. Estão incluídos na taxa de aerosol, medicamentos e materiais (inclusive oxigênio) assim como os gastos inerentes para sondas, máscaras, esterilização etc.

Em taxas de aparelhos ou equipamentos a auditoria só aceitará pagar para o Hospital, se o equipamento for de sua propriedade. Não será aceito cobrança de aparelhos de propriedade dos médicos.

Um procedimento comum realizado nas dependências do Hospital servindo como exemplo para cobrança de taxa de aparelho é a laparoscopia, sendo o aparelho o laparoscópio. Outro procedimento comum também é o videolaparoscópio (diagnóstico ou cirúrgico) no qual o valor cobrado pelo Hospital deverá estar contemplado o material de “armário” (insuflador, monitor, vídeo-câmera, óptica etc) e o material de “mesa” (pinças, “graspers”, trocáteres etc), não sendo permitido a cobrança de taxa adicional.

A auditoria para esses casos ficará atenta para o uso de materiais descartáveis, não aceitando remunerá-los. Isso é para evitar que médicos utilizem materiais esterilizáveis e cobrem os supostos materiais descartáveis. Em a Operadora cedendo o item o médico mesmo assim encontra uma alternativa que é pegar o material para si e utilizá-lo em outras ocasiões que poderá receber, e no paciente que atual usa material esterilizado.

c. Cobrança de Materiais

A cobrança de materiais está parametrizada com os termos previstos em contrato. No caso analisado é preço de aquisição mais margem de administração de 23%. A margem é para suprir os gastos que o Hospital possui para estocagem e eventuais insumos. Os materiais deverão necessariamente estar referendados em termos de codificação pela Tabela Simpro.

Em o valor cobrado pelo Hospital seja discrepante ao praticado no mercado, a Operadora se reserva no direito de solicitar comprovação dos valores mediante apresentação de notas fiscais. A Câmara Técnica com representantes de ambas as partes, poderá ser acionada em casos de divergência de opiniões.

Para órtese, prótese e materiais especiais (OPMEs) a Operadora possui um processo de compra, em que consegue obter preços mais competitivos junto aos fornecedores, e que assim serão comprados e pagos diretamente pela Operadora, sem a intervenção do Hospital. Entretanto, a Operadora consente em pagar 10% sobre o preço de aquisição ao Hospital por contas dos gastos que possui com estocagem e insumos. Algumas OPMEs mais utilizadas nos procedimentos cirúrgicos ficam nas dependências do Hospital consignadas, ou seja, só serão faturados após autorização da Operadora mediante pedido de solicitação médico. O cuidado maior com OPMEs deve-se pelo fato de representarem itens de alto custo, podendo prejudicar o equilíbrio financeiro da Operadora.

Cabe ao Hospital explicitar na conta hospitalar a marca, tipo, código, tamanhos e demais especificações técnicas do produto. Ocorrendo a denominação genérica ou que cause dúvida no momento da auditoria, a Operadora pagará o material mais utilizado e mais em conta considerando o referido procedimento.

A listagem da parametrização para a cobrança de materiais é extensa e técnica não sendo enriquecedor para o objetivo da pesquisa. Na Tabela 22 há alguns exemplos.

PARÂMETROS PARA COBRANÇA DE MATERIAIS	
Luvas Cirúrgicas	<ul style="list-style-type: none">• O pagamento ocorrerá mediante comprovação de utilização por intermédio da nota de sala cirúrgica e número de profissionais atuantes no procedimento. Os excessos serão analisados pela auditoria• A cobrança será feita sempre por par

Pulseira de identificação	<ul style="list-style-type: none"> • Pagar-se-á somente em partos e cesáreas
Ataduras de Crepe	<ul style="list-style-type: none"> • Serão pagas quando usadas para imobilização ou enfaixamento (exemplo: cirurgias ortopédicas, varizes etc) devidamente anotada no prontuário. As utilizadas o centro cirúrgico deverão constar na nota de sala. • As ataduras utilizadas para restringir a movimentação do paciente na mesa cirúrgica não serão pagas
Compressa cirúrgica (campo operatório)	<ul style="list-style-type: none"> • Pagar-se-á somente um terço do valor quando efetivamente utilizados. Os excessos serão analisados pela auditoria
Cânula de guedel	<ul style="list-style-type: none"> • Não será paga uma vez que trata-se de material reesterilizado
Cateter de oxigênio	<ul style="list-style-type: none"> • Cateter tipo sonda pagar-se-á somente uma unidade a cada 24 horas mediante checagem na prescrição médica • Cateter tipo óculos: uma unidade por internação
Esparadrapo, micropore, dermicel, fita adesiva e tensoplast	<ul style="list-style-type: none"> • O pagamento será por unidade de centímetro, sendo os excessos analisados pela auditoria

Tabela 22 - Parâmetros de cobrança de alguns materiais

Fonte: adaptado pelo autor

d. Cobrança de Medicamentos

A cobrança de materiais e medicamentos seguirá os parâmetros estabelecidos em contrato. Para o caso analisado é preço fábrica referenciado na Tabela do Brasíndice (sempre prezando pela tabela mais atual) acrescido de margem de comercialização de 20%. A margem de comercialização premia o Hospital pelo manuseio, fracionamento, aplicação e custos com armazenagem.

Medicamentos que não constarem na Tabela Brasíndice deverão ser cobrado valor de nota fiscal (nota de compra do medicamento) acrescentando os mesmos 20% de margem de comercialização. É o caso por exemplo de medicamentos manipulados como as dietas parenterais.

Em contrato há cláusula estabelecendo que seja dado preferência por medicamentos genéricos de modo a baratear os custos para a Operadora, desde que não haja prejuízos comprovados à qualidade dos serviços prestados ao paciente.

A Operadora por ordem financeira e amparada legalmente não arcará com medicamentos importados, desde que não se tenha ordens judiciais explícitas para tal ou até mesmo resolução da Anvisa.

O medicamento só será pago com a devida prescrição médica e checada de maneira clara e objetiva pela equipe de enfermagem devendo constar na evolução de enfermagem os registros de aplicação com quantidade e horário. A enfermeira responsável pela aplicação deverá assinar constando o efetivo uso. Toda a documentação será verificada pela auditoria da Operadora, constatando qualquer irregularidade, a auditoria glosará o pagamento.

Além dos médicos, a equipe de enfermagem pode requisitar medicamentos, que serão pagos somente com a efetiva comprovação da utilização no paciente.

Não serão pagãos medicamentos fornecidos para complementação do tratamento em regime domiciliar, mesmo em si tratando medicação restrita a área hospitalar. Medicamentos administrados em casa põe em risco o paciente e expõe a Operadora. Subtende que medicação restrita ao hospital são justamente produtos que só devem ser manuseadas em estruturas capazes de propiciar o devido respaldo.

Os medicamentos ditos diluentes, como soro fisiológico, água destilada dentre outros, também deverão constar na prescrição médica, sob pena de não serem pagos. A exceção fica para água destilada utilizada em respiradores artificiais, no qual na taxa do aparelho já está contemplado o medicamento.

Para pagamento de soros é necessários haver especificação na cobrança, ou seja, se foi utilizado bolsa ou frasco e marca do fabricante. Não havendo citação, pagar-se-á pelo frasco no menor valor de mercado.

Uma questão de difícil normatização para facilitar o trabalho da auditoria quanto a medicamento é a cobrança por marca. O manual prevê que a cobrança do Hospital seja feita conforme prescrito pelo médico. Em o médico prescrevendo o medicamento genérico ou o princípio ativo, no qual há mais de um laboratório fabricante, o Hospital deverá realizar a cobrança do laboratório mais em conta, discriminando o nome do laboratório cobrado. A cobrança deverá privilegiar medicamentos genéricos de laboratórios de menor valor.

Tendo a ausência da marca do medicamento, ficará implícita a utilização de medicamento de menor valor, independentemente do realmente utilizado pelo Hospital. O Hospital não poderá cobrar medicamento pelo nome comercial, diferentemente do prescrito pelo médico. O entendimento é de que uma vez prescrito pelo médico o Hospital é obrigado a ter em seu estoque e utilizá-lo conforme orientação médica.

Em tese o funcionamento da cobrança pela marca funciona assim. Porém na prática o sistema de faturamento do Hospital não contempla a cobrança por marca ou laboratório fabricante e somente pelo princípio ativo. Como forma de padronização na nomenclatura do cadastro dos medicamentos, tem-se apenas o princípio ativo. Na entrada do medicamento no sistema respeita-se o princípio, marca, laboratório e suas especificações de dosagem, quantidade etc, mas que por intermédio de tabelas de equivalência, o sistema converte as marcas e laboratórios para o princípio ativo.

O medicamento é padronizado dessa forma para efeito de simplificação de cadastro e cobrança, pois a entrada de diferentes marcas de medicamentos ocorre quase que diariamente. O sistema de compra vai de acordo com os valores e especificações solicitadas, não sendo possível controle de quais medicamentos e laboratórios serão comprados no dia. Assim, pode-se ter medicamentos de diferentes marcas no estoque do Hospital sendo alocado em um mesmo paciente.

Diante da difícil padronização da cobrança e controle da utilização por parte do Hospital, há uma flexibilização das regras por parte da auditoria da Operadora, no qual fará uma análise, especialmente de medicamentos de alto custo (valores superiores a R\$ 500,00 considerando o porte e complexidade atendidos o Hospital em análise) dos valores cobrados. O parâmetro de comparação da auditoria será a seleção de uma amostra de três laboratórios e marcas a partir da Tabela do Brasindice, em que se considerará um laboratório com valor mais alto, de valor mais em conta e outro de valor intermediário. Em a cobrança do Hospital ficando dentro dessa faixa, será aceito pela auditoria. Ocorrendo divergências de cobrança de valores, a auditoria glosará o pagamento total ou parcial do medicamento, requerendo esclarecimentos do Hospital.

Medicamentos de alto custo, conforme tabela a seguir é objeto de análise mais depurada da auditoria, necessitando inclusive de autorização prévia da Operadora para sua utilização a partir da justificativa médica na prescrição que deverá conter também dosagem e tempo de utilização.

É uma forma de inibir a utilização de medicamentos de alto custo desnecessários ao tratamento do paciente, controlando o sinistro da Operadora. Além dos medicamentos listados na tabela, são considerados também medicamentos com valor igual ou superior a R\$ 500,00 (quinhentos reais). O valor é atualizado de tempos em tempos conforme atualização da Tabela do Brasindice.

Em circunstâncias dos medicamentos de alto custo ser utilizados em caráter emergencial, ou seja, que em não sendo aplicado levará risco de vida ao paciente, o Hospital

assim poderá aplicá-lo, ficando condicionado ao médico credenciado ou plantonista do Hospital fazer a solicitação no primeiro dia útil imediatamente posterior à sua aplicação Tabela 23.

MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO	
Todos quimioterápicos antineoplásticos	Estreptoquinase e correlatos
Imuglobulinas. Exemplo: sandoglobulina, imunoglobulina humana etc	Fatores de coagulação e inibidores de fatores de coagulação
Eritropoetina humana	Interferon
Sufctant. Exemplo: alveofact, curosurf, exosurf etc	Medicamentos de valores igual ou superior a R\$ 500,00
Granulokine e granulocyte	

Tabela 23 - Medicamentos de alto custo
Fonte: adaptado pelo autor

A cobrança de quantidade também é objeto de normatização no manual, conforme apresentado resumidamente na Tabela 24.

COBRANÇA MEDICAMENTO POR QUANTIDADE	
Medicamento em Ampola	<ul style="list-style-type: none"> • Pagamento integral independente da quantidade prescrita sendo inferior a ampola • Na cobrança deverá ser via regra da menor apresentação no Brasíndice • Exemplo 01: medicamento prescrito de 100 mg a cada 12 horas. A unidade mínima por ampola é de 400 mg. Sendo assim, a auditoria permitirá o pagamento de dois frascos por dia • Exemplo 02: prescrito 150 mg a cada 12 horas, sendo a apresentação mínima de 100 mg. A cobrança será de 4 ampolas/dia
Medicamento em Frasco-Ampola	<ul style="list-style-type: none"> • Deverá ser respeitado a regra de menor apresentação • A cobrança e pagamento respeitarão a estabilidade do medicamento • Exemplo 01: prescrição de medicamento de 150 mg a cada 6 horas. A apresentação mínima é de 250 mg e sua estabilidade é

	<p>de 2 horas, deverão ser cobradas quatro frascos de 250 mg</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Operadora disponibiliza normatização de medicamentos com listagem de estabilidade de medicamentos
Medicamento em Comprimido	<ul style="list-style-type: none"> • A cobrança é unitária • Inexistindo a apresentação prescrita pelo médico tendo a necessidade de fragmentação do comprimido será pago o valor inteiro por comprimido • Medicamentos liberados para o paciente utilizar em sua residência não serão pagos pela Operadora
Medicamento Líquido (suspensão, gotas e xarope)	<ul style="list-style-type: none"> • A cobrança e pagamento respeitará o fracionamento mínimo e estabilidade do medicamento • Exemplo: prescrito medicamento de 10 ml a cada 8 horas. O fracionamento mínimo sendo de 20 ml, a Operadora pagará o equivalente a 60 ml/dia
Medicamentos em spray	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos endoscópicos (utilizados em endoscopia digestiva, broncoscopia etc) pagar-se-á 10% do valor do frasco de xylocaína spray • Colutórios (exemplo hexomedine), medicamentos tópicos (andolba, rifocina etc) e medicamentos de uso nasal (como intal, beclisol etc) pagar-se-á frasco inteiro, independente da quantidade prescrita • Desmopressina: cobrança compatível com a quantidade prescrita, sendo um frasco de 2 ml correspondendo a 25 doses
Medicamento em tubo (pomadas, cremes e gel)	<ul style="list-style-type: none"> • O pagamento ocorrerá em unidades inteiras, independente da quantidade de aplicações • A cobrança de mais de uma unidade estará condicionada a análise do número de aplicações e quantidade aplicada, devendo constar na prescrição médica e /ou nas anotações da enfermagem a justificativa da cobrança adicional
Medicamentos anestésicos	<ul style="list-style-type: none"> • Cal sodada: pagar-se-á 100 g/hora de cirurgia geral, quando utilizada em sistema semi-fechado • A quantidade cobrada de anestésico inalatórios halogenados deverá ter como base protocolo adotado pela Operadora no centro cirúrgico. Quantidades acima deverão vir acompanhadas

	de justificativa média para o pagamento <ul style="list-style-type: none"> • A Operadora não arcará com pagamento de excesso de anestésico halogenados empregado em sistema semi-aberto
--	--

Tabela 24 - Cobrança de Medicamentos por quantidade
Fonte: adaptado pelo autor

No caso mais específico de cobrança de dietas enterais o Hospital deverá estar ficar atento quanto a indicação clara na prescrição quanto ao volume a ser administrado e marca utilizada. Só serão objeto de pagamento as dietas em pó (envelope). As dietas prontas ou enlatadas somente quando for a única forma de apresentação pelo Hospital. Em havendo prescrição médica com a aplicação em gotejamento contínuo a auditoria concordará em pagar frascos de 1000 ml, não cabendo cobrança de frasco.

e. Auditora médica hospitalar

O manual faz uma menção dos objetivos da auditoria, preconizando que a atuação do médico auditor deve ser dentro dos preceitos do código de ética médica, particularmente no que se refere ao relacionamento entre médicos, enfermeiros e ao sigilo das informações. A missão da auditoria no caso consiste em “propiciar atendimento de qualidade aos usuários da Operadora, contendo custos desnecessários”.

Para que a atuação do médico auditor seja adequado dentro dos princípios éticos, o relacionamento médico auditor e Hospital será pautado em:

- O Hospital deverá facilitar o acesso do médico auditor às suas instalações, sem restrições ou entraves;
- Manter a disposição do médico auditor o prontuário do paciente, laudos e documentos relativos ao paciente durante o período de internação ou após a alta hospitalar;
- O Hospital deverá ser o intermediador entre a auditoria da Operadora e o corpo clínico da instituição, quando for necessário;
- Caberá ao Hospital facilitar a atuação do auditor providenciando: a terceira via da guia de internação com os documentos de internações; não aceitar internações de véspera para cirurgias eletivas, exceto nas situações autorizadas para tal; não aceitar internações realizadas por médico credenciado, nem mesmo em situações de urgência sem autorização da Operadora; não aceitar internações eletivas sem a prévia autorização da Operadora (mesmo para procedimentos já agendados); exigir que o médico credenciado

preencha os documentos; não aceitar a realização de atos não-autorizados juntamente com atos autorizados pela Operadora; e exija do médico o pleno preenchimento das prescrições com as devidas evoluções e especialmente aplicações dos materiais e medicamentos.

f. Kits dos principais procedimentos hospitalares

A criação dos kits teve como objetivo facilitar o processo de faturamento, uma vez que há pouca variabilidade dos itens utilizados, bem como os produtos são de baixo valor. Em termos operacionais não é vantajoso despender tempo tanto para faturar como para auditar. Tem-se muito trabalho para pouco retorno e efetivo controle. Os valores são previamente acordados entre as partes, constando em contrato.

Os kits foram formulados a partir da comissão técnica da Operadora. O Hospital poderá cobrar itens a mais do que estabelecidos nos kits, porém terá que apresentar justificativa par tal. Importante que tais kits sejam alinhados e orientados à equipe de enfermagem do Hospital para terem ciência e conhecimento do que consta cada item para não onerar os custos do Hospital.

Na Tabela 25 constam os kits relacionados, porém não há o detalhamento dos itens que compõem uma vez não sendo objeto da pesquisa o detalhamento técnico. Os parâmetros são desde materiais até medicamentos que nortearam a cobrança e auditoria quando faturado.

KITS DOS PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS HOSPITALARES	
Kit sondagem vesical de demora feminino	Kit sondagem vesical de alívio feminino
Kit sondagem vesical de demora masculino	Kit sondagem vesical de alívio masculino
Kit de tricotomia	Kit de lavagem intestinal
Kit de aspiração vias aéreas	Kit punção de subclávia ou jugular
Kit dissecação de veia	Kit lavagem gástrica
Kit curativo pequeno	Kit curativo médio e grande
Kit medicação endovenosa	Kit medicação intra-muscular

Kit medicação subcutânea	Kit medicação no equipo
Kit punção de líquido	Kit drenagem de tórax
Kit toracocentese	Kit sondagem nasogástrica

Tabela 25 - Kit dos principais procedimentos hospitalares

Fonte: adaptado pelo autor

g. Fechamento das contas

O fechamento das contas ocorrerá após alta hospitalar e administrativa do paciente. Caso haja uma permanência superior a trinta dias, o Hospital poderá realizar fechamentos parciais, mantendo o registro do paciente com as devidas documentações.

Os fechamentos de contas de paciente de longa duração só poderão ocorrer se a documentação estiver adequado aos parâmetros exigidos pela Operadora. A antecipação ocorre para beneficiar o Hospital, diminuindo o tempo de cobrança e recebimento.

h. Recursos de Glosas e Fechamento das Contas

O termo glosa contempla a recusa de pagamento por parte da Operadora pelos serviços hospitalares prestados referentes a diárias, taxas, honorários, materiais e medicamentos. As glosas podem ser segmentadas em glosa técnica e administrativa.

A glosa técnica refere-se ao não pagamento de itens cobrados que estão em desacordo ao preconizado pela Operadora, seja por questões documentais ou técnicas previstas no manual de auditoria ou nas cláusulas contratuais.

A glosa administrativa é a discordância do pagamento de itens cobrados abusivamente em termos de marca ou quantidade. A glosa administrativa ocorre também em casos no qual verifica-se erro no faturamento da conta. O funcionário do Hospital por erro operacional acaba aplicando valores não acordados ou simplesmente cobrando itens que não deveriam ser cobrados.

Em ambos os casos, havendo glosa por parte da Operadora o Hospital possui o direito de questionar montando os denominados recursos de glosas. Para isso, precisa respeitar os prazos previstos em contrato e no manual de auditoria.

No manual analisado da Operadora 01, o prazo que o Hospital possui para contestar as glosas efetuadas, sejam elas técnicas ou administrativas, é de quinze dias após a comunicação

oficial da glosa por parte da auditoria. A Operadora por sua vez terá o mesmo prazo de quinze dias para resposta, podendo aceitar o recurso imputado ou manter a glosa.

Ocorrendo desacordo quanto ao posicionamento de glosas, instaura-se a Câmara Técnica, formada por representantes das partes de igual quantidade, que delineará a decisão final.

4.2.2 Manual de Auditoria da Operadora 02

O manual da Operadora 02 que comercializa os convênios 03 e 04 conforme Tabela 5, é segmentado em Cobrança de Materiais e Medicamentos e Auditoria Médica Hospitalar e seus objetivos.

O material é um pouco menos descritivo e detalhado conforme o manual da Operadora 01, relatado anteriormente. A exemplo do outro manual, o da Operadora 02 não faz menção as cobranças de diárias e taxas, bem como a estrutura das contas hospitalares.

a) Cobrança de Materiais

O Hospital deve explicitar na conta hospitalar a marca, tipo, código, tamanhos e demais especificações técnicas do produto. Ocorrendo a denominação genérica ou que cause dúvida no momento da auditoria, a Operadora pagará o material mais utilizado e mais em conta considerando o referido procedimento.

A Operadora só alterará os valores dos materiais já praticados mediante apresentação de notas fiscal atualizada, enquanto a nota não for apresentada será remunerado de acordo com a última apresentação.

A parametrização da cobrança dos materiais segue os mesmos preceitos enumerados na Tabela 22 - Parâmetros de cobrança de alguns materiais da outra Operadora não sendo necessário portanto, a repetição.

b) Cobrança de Medicamentos

De forma clara e objetiva o manual traz a informação de que a cobrança do medicamento só passará pela auditoria se estiver com as devidas prescrições e checagens da

enfermagem, constando horário e assinatura dos funcionários responsáveis pela aplicação. Ou os medicamentos que forem requisitados pela enfermagem deverão conter registros claros de sua utilização.

Se o médico prescrever medicamento pelo seu nome genérico e existir diferentes laboratórios que o produzem, o Hospital deverá discriminar o laboratório. A falta da “marca” do medicamento, implicará no pagamento daquela de menor valor. Outra situação é se o médico prescrever medicamento pelo seu nome genérico, o Hospital não poderá cobrar o medicamento pelo nome comercial, se este for mais caro.

Há também menção de identificando que houve liberação por parte do Hospital de medicamentos para serem utilizados em regime domiciliar pelo paciente, nos quais não serão pagos pela auditoria.

Medicamentos que utilizarem diluentes, precisa conter informação e orientação na prescrição do médico, como por exemplo soros, água destiladas etc. Há o parâmetro por exemplo de que se utiliza apenas uma água destilada de 500 ml por dia em respiradores artificiais.

Alguns medicamentos chamados “especiais” necessitam de autorização prévia da Operadora para utilização, mediante justificativa do médico (na própria guia de internação ou em receituário), esclarecendo doses e tempo de tratamento. Eis alguns exemplos: Imuglobulinas (Sandoglobulina, Imunoglobulina Humana, etc); Granulokine e Granulocyte; Albumina humana; Fatores de coagulação e inibidores de fatores de coagulação; Surfactant etc. São medicamentos, pelo fato de serem empregados em situações de urgência, poderão ser usados desde que autorizado pelo médico auditor do Hospital. Nessas situações, o médico assistente fará a solicitação por escrito, especificando doses, que deverá ser encaminhada no primeiro dia útil à Operadora para autorização. Os ditos especiais requerem autorização da Operadora por representarem medicamentos de alto custo.

Os pagamentos dos medicamentos pela dosagem respeitam as mesmas regras descritas no manual 01.

As dietas enterais deverão estar prescritas pelo médico especificando o nome comercial e o volume a ser administrado, devendo constar checagem da enfermagem com nome e horário administrado. A princípio, serão pagas apenas dietas “em pó” (envelope). As dietas em lata (já prontas) somente serão pagas apenas quando for a única apresentação existente, sendo que a remuneração será por gramas utilizadas. Quando a prescrição médica for por gotejamento contínuo será permitida a cobrança de dietas em frascos de 1000 ml.

O protóxido de azoto ou óxido nítrico será remunerado conforme prescrição médica e checagem da enfermagem ou anotação do anestesista em gráfico anestésico cirúrgico. As evidências poderá constar também nas notas de sala.

c) Auditoria Médica Hospitalar

Os objetivos e finalidades mencionados no manual são muito parecidos ao já descrito no manual 01, não sendo tendo portanto necessidade de repetição.

4.2.3 Análise Crítica dos Manuais

Nota-se que os manuais de auditoria são apenas um complemento do que já está acordado em contrato. A diferencial essencial é quanto aos protocolos para cobrança dos materiais e medicamentos no qual o auditor se balizará tanto para realizar a cobrança (pelo Hospital) como para verificar o que está cobrado (pela ótica da Operadora).

A deficiência do material consiste na desatualização das informações, especialmente os relacionados ao protocolos de cobrança, necessitando assim, ser periodicamente revisto para que haja uma atuação mais próxima à realidade.

Embora tem-se uma base de informações, no qual o auditor se balizará, muitos dos aspectos previsto no manual não são aplicados. Por exemplo, o manual prevê que na cobrança de materiais e medicamentos, esteja especificado, marca, tamanho, nome do laboratório etc, informações estas essenciais para a identificação do produto e consequente valorização. Mas na prática, não é o que ocorre no Hospital.

No Hospital o item é faturado com apenas o nome que no cadastro no sistema. Tornando os parâmetros de valores difíceis de serem identificados. A alternativa encontrada pela equipe de auditoria é justamente atuar em cima de valores que tenham grandes oscilações. Assim o profissional auditor fará o trabalho em cima de variações muito bruscas.

Tenta-se normatizar a utilização de medicação genérica pela representação dos valores serem mais baixos se comparados com os de “marca”. O problema é que embora haja esta orientação, até mesmo no manual, é normal o Hospital aplicar o genérica ou de um determinado laboratório mais em conta e a cobrança sair pelo medicamento de marca de valor

maior. Por mais que se tente combater tal prática é quase que impossível restringi-la diante de tantos itens cadastrados e cobrados.

O trabalho de auditoria não deve somente basear-se nos protocolos ou contratos estabelecidos. Deve haver certa flexibilidade das partes para que não se tenha grandes transtornos, tornando o trabalho extremamente burocrático e prejudicando os objetivos traçados para a auditoria.

A grande dificuldade constatada é envolver todos os profissionais relacionados na prestação de serviço hospitalar no “manual de auditoria”. Há determinadas práticas usuais que os profissionais ainda insistem em não alterar, prejudicando a cobrança e consequente conferência da auditoria.

4.3 Descrição e Análise das Entrevistas

As entrevistas serviram como forma de identificação dos fluxos internos no Hospital para que haja utilização de tecnologia. É uma forma de verificar e entender os passos necessários para que as contas estejam adequadas para o faturamento.

Por intermédio das entrevistas, o pesquisador teve acesso ao sistema de informação utilizado no Hospital, fazendo prints das principais delas de maneira a auxiliar no mapeamento das rotinas.

4.3.1 Entrevista Recepção

A recepção é segmentada em duas áreas. Tem-se a recepção do ambulatório que gerencia os atendimentos realizados em regime ambulatorial. No caso estudado, tem-se atendimentos ambulatoriais de ginecologia e obstetrícia. A outra área da recepção realiza as internações, foco da análise do projeto.

A recepção é a porta de entrada para o início do processo da prestação de serviço hospitalar. Qualquer erro ou lançamento equivocada poderá repercutir em todo o andamento da cobrança da conta pelo Hospital.

Para procedimentos eletivos, ou seja, procedimentos previamente agendados pelo paciente e/ou médico não incorrendo risco de vida ao beneficiário o processo de internação é um pouco diferente das internações emergenciais no qual há risco de vida da mãe ou do filho.

Normalmente com os procedimentos eletivos o paciente vai ao Hospital em posse do pedido de internação (ANEXO A) devidamente autorizado pela Operadora. Nesse caso, o médico já fez a solicitação do procedimento e este encaminhado à auditoria que analisou e autorizou.

A premissa essencial da autorização é estar o formulário preenchido com o nome do beneficiário que fará o procedimento, nome do Hospital e o nome do médico credenciado pela operadora que fará o procedimento.

Com a guia autorizada, a recepção faz as primeiras validações, como identificação do paciente, procedimento que será realizado, tipo de acomodação que tem direito (carteira de identificação do convênio) e demais documentos necessários pertinentes. Tira-se uma cópia da carteirinha da beneficiária e anexa no prontuário.

Em o paciente indo ao Hospital sem a guia autorizada de internação o procedimento adotado pode divergir dependendo do convênio do qual faz parte. Há convênios que para cirurgias eletivas proíbem terminantemente a realização sem prévia autorização por envolver análise criteriosa do pedido médico. Nesse caso o paciente aguarda a recepção entrar em contato com o departamento responsável na Operadora para a autorização. O pedido é submetido a análise na Operadora que passará orientações a recepção do que será feito. A avaliação se restringe a verificar no cadastro se o beneficiário possui direito a realizar o procedimento no Hospital em questão, se não está em período de carência e em dia com as mensalidades.

Tendo qualquer restrição a Operadora barrará o atendimento solicitando que o paciente seja orientado a procurar o mais breve possível a Operadora. Além das verificações mencionadas, dependendo do caso seja necessária submissão do pedido para um médico auditor.

O pedido de internação uma vez autorizado será depois assinado pelo médico credenciado pela Operadora do paciente. Sem assinatura do médico credenciado solicitante e do número da senha de autorização, o pedido não terá validade alguma para posterior cobrança.

Em si tratando de horário não comercial ou do não funcionamento do setor de autorização de guias da Operadora, o paciente é orientado a procurar o setor de

relacionamento da Operadora do qual faz parte para pegar a autorização e só depois retornar ao Hospital.

O Hospital não fará a internação do paciente sem o consentimento da Operadora, nem mesmo para os casos emergenciais. A configuração do Hospital permite que o processo de comunicação com a Operadora seja feito sem colocar em risco a vida do paciente ou da criança. Tendo qualquer possibilidade de risco, o Hospital por força legal realiza a internação e o procedimento, estudando como proceder depois, se arcará com o prejuízo sozinho ou compartilhado com a Operadora.

Difícilmente o paciente vai ao Hospital por opção deliberada devido às suas características de atendimento concentrar em partos ou cesárea. O paciente que procura o Hospital já vem sendo acompanhada no pré-natal, no qual consulta o seu médico, decidindo em comum acordo onde será realizado o procedimento.

Operacionalmente para o Hospital em determinadas ocasiões é desgastante a espera da autorização, pois o paciente fica incomodado com a demora da Operadora, além de deixar toda a estrutura no aguardo para que o procedimento se inicie.

Os pedidos de internação possuem validade, variando de trinta a sessenta dias da data de autorização dependendo do convênio. Após o vencimento do pedido, os tramites para autorização iniciam tudo novamente com a requisição médica.

Em internações de emergência o encaminhamento e solicitação de internação são realizados pelo médico plantonista que está realizando atendimento no ambulatório. O médico plantonista pode ser credenciado pela própria Operadora, ou contrato do Hospital.

As internações de emergência necessariamente passam pelo ambulatório por precisarem de encaminhamento (pedido de internação) com a devida justificativa do médico que realizou o atendimento. Mesmo em caráter de emergência, e o paciente sendo encaminhado pelo médico plantonista, a recepção faz um contato (em caráter de urgência) solicitando informações e autorização para internação. Tudo ocorre antes do paciente ser internado, nenhum paciente é internado no Hospital sem autorização.

A consulta é mais para saber se está em período de carência ou se há alguma restrição. Constando alguma irregularidade com o plano do beneficiário, o paciente é imediatamente notificado e orientado a ser transferido para outro Hospital (público ou privado) ou se gostaria de realizar o procedimento em regime particular.

Não sendo encontrado nenhum problema e autorizado pelo convênio inicia-se o processo de internação, no qual a paciente é encaminhada para sala de preparação, enquanto é preparada e aguarda também preparação da sala cirúrgica e da equipe médica (cirurgião,

anestesista, médico auxiliar e o pediatra). Durante as preparações com a paciente já encaminhada, o acompanhante termina na recepção de realizar o cadastro da paciente.

No regime particular o paciente assina um termo que lhe ciência dos valores que serão cobrados, bem como as condições de internação. No ato é feito uma antecipação de pagamento para garantir o recebimento do Hospital.

O processo descrito corresponde essencialmente a internações para realização de partos e cesáreas. Para a internação na pediatria ou na UTI diretamente, o pedido de internação já vem com o paciente ou é encaminhado pelo médico responsável. Nenhum paciente vai ao Hospital por simples ato deliberado. Necessita-se invariavelmente pedido de internação do médico para internação.

O Hospital realiza procedimentos de plástica para fins estéticos. Porém, tais procedimentos por não serem cobertos pelos convênios e conseqüentemente não sofrem nenhuma restrição quanto a sua realização, sai do foco da pesquisa que é justamente estudar o processo para utilização de tecnologia no Hospital.

Com a paciente já internada, a recepção abre um prontuário no qual está detalhado com as figuras das telas do sistema.

Figura 9 - Abertura de novo registro de internação

Fonte: elaborado pelo autor

A recepção acessa o módulo “Controle de internação hospitalar” (Figura 9), clicando no menu “internação” abrirá opções, no qual será escolhida “registro de nova internação” para se abrir um registro para o paciente internado.

The screenshot displays the 'Internação' software interface. The title bar reads 'Internação'. The main window is titled 'Identificação do Paciente'. It contains several sections: 'No. Registro' with a search icon and buttons for 'Consultar Internação', 'Reserva', 'Pedido', 'Emissão Guia', and 'Pesquisar Guia'; 'Beneficiário selecionado' with a 'Beneficiário' button; 'Convênio' (circled in red) and 'Nome do Convênio'; 'No. Prontuário' and 'Nome do Paciente'; and 'RG' (circled in red) with a 'Prontuário' button (also circled in red). Below these are tabs for 'Dados Obrigatórios', 'Dados Complementares', 'Guias', 'Acompanhante', and 'Indicação médica'. The 'Dados do Responsável' section includes fields for 'Nome', 'Endereço', 'Código', 'Cidade', 'Bairro', 'Fone Residencial', 'Fone Comercial', 'Tipo de doc.', 'Documento', 'Orgão Emissor', 'CIC', 'Cartão Pré-Natal', 'Data Nascimento', 'Observação', 'Código', 'Profissão', and 'Local de Trabalho'. The bottom section includes fields for 'Código', 'Médico', 'Especialidade', 'Código', 'Carater Internação', 'Código', 'Caso Clínico', 'Código', 'Padrão de direito', 'Código', 'Padrão Internação', 'Data Internação' (24/08/2012), 'Hora Internação' (16:18:06), 'Código' (1), 'Recepção' (RECEPCAO GERAL - INTER), 'Quarto', 'Leito', and buttons for 'Nova Internação' and 'Gravar'.

Figura 10 - Abertura de novo registro de internação
Fonte: elaborado pelo autor

Na tela para abertura de novo registro (Figura 10), a recepção inserirá o código do convênio pelo qual o paciente é beneficiário e em seguida no botão destacado “prontuário” para criar o prontuário do paciente no sistema.

Seleção do Prontuário

Nome: ROSALINA AP Nascimento: / / 19

Sobrenome: Nome da mãe:

No. Prontuário: No. Prontuário Ext. RG: CPF:

Cód. Beneficiário:

☐ Incluir Prontuário Desativado
☐ Incluir Pesquisa Fonética
☒ Confirmar Automático Prontuário

Localizar F9

Seleção do Prontuário de Ambulatório

Prontuários | Prontuários Associados | Identificação da Classificação do Paciente: Normal

Des.	Tp.	No. Prontuar	Nome do Paciente	Sexo	Dt. Na
		249444	RN ROSALINA AP.	F	10/03
		18377	ROSALINA AP.	F	30/01
		57481	ROSALINA AP.	F	18/05
		58702	ROSALINA AP.	F	29/08
		51932	ROSALINA AP.	F	04/10
		35013	ROSALINA AP.	F	12/12
		20427	ROSALINA AP.	F	04/06

Legenda
 Ativo Inativo Intern. Ambulat. Único

Incluir Novo Prontuário F5 Selecionar Novo Prontuário F10 Alterar Dados F4 Confirma F8

Figura 11 - Seleção do prontuário
Fonte: elaborado pelo autor

Conforme Figura 11 no campo “nome” fará a busca do paciente clicando no botão localizar. Caso ele já tenha passado pelo Hospital, constará na listagem o nome e consequentemente seus dados cadastrados. Encontrando o beneficiário, seleciona o prontuário e clica-se no botão “confirma” para retornar a tela anterior. Caso contrário, a recepção criará um novo prontuário a partir do clique no botão “incluir novo prontuário” (Figura 12).

Figura 12 - Criação de um novo prontuário

Fonte: elaborado pelo autor

Para criar novo prontuário a recepção faz o preenchimento de todos os dados do paciente conforme Figura 12. Os dados da Figura 12 são informações obrigatórias, uma vez que serão base para o cadastro do paciente no Hospital. Será a matriz de fonte de informação para a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar quando depois a conta for exportada. Caso algum dado seja esquecido, o sistema está programado para não deixar gravar, surgindo uma mensagem de erro. Na aba “complemento” a recepção poderá preencher dados complementares do paciente. Finalizado o preenchimento, clica-se no botão “gravar”.

Com os dados cadastrais do paciente preenchidos e criado o prontuário, volta-se para a tela inicial conforme Figura 10, no qual a recepção informará os dados do responsável. Caso o responsável é o próprio paciente clica-se no botão “o mesmo”. Caso o paciente seja uma criança menor de idade, os dados do responsável deverão ser preenchidos. O próximo passo é clicar na aba “guia” no qual a abrirá outra janela (Figura 13).

Figura 13 - Insere guia de autorização no sistema
Fonte: elaborado pelo autor

Na Figura 13 corresponde à tela com os dados da guia de autorização para a realização do procedimento. A recepção inserirá o número do registro criado, puxando assim os dados do paciente. A recepção escolherá o convênio e preencherá os demais dados que estão na guia autorizada de internação: “número da guia”, “código” da guia (para internação por exemplo é o código 4), “numero da guia principal”, o período de autorização, “data da emissão”, “data de validade”, “data de solicitação”, “previsão de internação”, “senha de autorização”, “código” do prestador, “código” do médico solicitante, “padrão de acomodação”, “quantidade de diária solicitada e autorizada” e “CID”.

Na aba “procedimento” inserirá os dados do (s) procedimento (os) autorizado (s). Além de complementar as informações do CID na aba “CID Guia”.

Terminando clica-se no botão confirma e assim estará criado o prontuário e registro do paciente. Todos os dados da guia precisam estar em conformidade com a guia para não gerar retrabalho para os demais setores que farão lançamentos de itens na conta do paciente. Além de servir como base para os setores de conta corrente, auditoria e faturamento.

Em sendo um procedimento de cesárea ou parto, a recepção deverá criar também o registro do recém-nascido (RN) que ficará atrelado ao da mãe enquanto ela estiver internada.

Caso a mãe receba alta antes do RN, cria-se um novo registro para o RN desvinculando com o registro inicial. Para este caso é somente em situações que o RN for para a UTI.

Para criação do registro do RN bastará acessar o módulo “controle de internação hospitalar” (Figura 9), clicar no menu “registro do RN”, no qual serão digitados todos os dados do RN. É importante que seja criado o registro separadamente ao da mãe porque todos os lançamentos (diárias, taxas, materiais, medicamentos e OPMEs) saem para o RN e não para a mãe.

O RN terá direito ao convênio da mãe por um período de até trinta dias a partir do dia do seu nascimento. Ultrapassando os trinta dias e a mãe não optando em incluir o RN no seu convênio, perde-se todo e qualquer direito o RN de convênio. Nota-se que logo após o nascimento a mãe já solicita no convênio a inserção do RN no convênio, evitando qualquer transtorno futuro.

4.3.2 Entrevista Conta Corrente - 4º Andar

Responsabilidade do setor: finalizar a conta da alta hospitalar do paciente. Está relacionado à liberação da alta administrativa do paciente.

Na descrição do fluxo do setor foi concentrado na análise da rotina de altas de pacientes que possuem cobertura de convênio. A rotina de contas particulares é um fluxo à parte na qual não é objeto de análise da pesquisa, por se tratarem de procedimentos relacionados à estética da mulher, em que não possuem cobertura dos convênios e consequentemente não passam pelo crivo da operadora para autorização.

Utilizou-se como modelo para a descrição do fluxo o convênio 1 (conforme descrito Tabela 5), mas que via de regra pode ser estendido às demais Operadoras, havendo pequenas diferenças.

O processo no Conta Corrente no 4º andar inicia a partir do momento da alta da enfermagem, que disponibilizará toda a documentação que até então está em ser poder do paciente, como por exemplo, evolução médica e da enfermagem, prescrições medicamentos, dentre outros. Antecedendo à alta da enfermagem ocorre a alta do médico para o paciente. E em si tratando de procedimento de cesárea ou parto, acompanhando a alta do médico deverá vir também à alta do médico pediátrica que fez a recepção do recém-nascido no momento do parto, responsável pelo neném.

Caso haja necessidade do recém-nascido permanecer internado na Unidade de Terapia Intensiva – UTI, o médico pediátrica ou plantonista fará uma solicitação de internação ao recém-nascido que permanecerá internado, e a mãe será liberada.

Até o momento que a mãe estiver internada, todos os registros do recém-nascido ficarão no registro da mãe para se tiver um controle tanto do Hospital como da Operadora.

A análise focará na descrição da alta de procedimentos de cesáreas. E na entrevista com a auxiliar administrativa do 3º andar será focado as internações da UTI.

Toda a documentação que até então está sob o poder da enfermagem, vem dentro de um envelope de cor marrom para assim, haver uma identificação de que envelope marrom o paciente e registros estão de poder da enfermagem. A documentação que fica arquivada no Conta Corrente enquanto a paciente está internada é de cor bege. Com a liberação do paciente pela enfermagem, os documentos são unidos, descartando o envelope marrom.

A primeira verificação do Conta Corrente na conta do paciente é visualizar se há algum serviço extra a ser cobrado uma vez que não é coberto pela Operadora. Os serviços extras consistem em: serviços de copa, PABX, filmagem do procedimento, locação de televisão, diferença de acomodação e diferença de honorários.

Os serviços de copa são refeições destinadas a acompanhantes, caso o paciente esteja no padrão de enfermagem que não dá direito ao acompanhante ou qualquer outro tipo de serviço da cozinha/copa do Hospital. O serviço de copa/cozinha do Hospital é um serviço próprio do Hospital disponibilizado a seus pacientes internados. No caso da refeição, somente o paciente terá direito enquanto o tempo de internação, salvo se o padrão de acomodação o assim permitir.

Os serviços de PABX são ligações realizadas a partir do terminal telefônico do Hospital e que por sua vez é tarifado.

As filmagens do procedimento para o caso de cesáreas e locação de televisão são serviços terceirizados a uma empresa credenciada pelo Hospital. Os valores são arrecadados separadamente à receita do Hospital e repassado integralmente à empresa terceirizada. Após apurada a receita da empresa terceirizada, esta repassará a parcela que cabe ao Hospital pela utilização do espaço. Além da filmagem e locação de televisão, a empresa ainda oferece um book de fotos da cesárea e disponibiliza foto e dados do recém-nascido no portal do Hospital.

No entendimento do Hospital os serviços são terceirizados por entender que não faz parte do objeto da prestação de serviço hospitalar e pelo trabalho dispendioso que há para o gerenciamento e execução dos trabalhos.

A diferença de acomodação é o valor cobrado a mais do paciente caso no momento da internação faz a opção de internar em acomodação superior ao que tem de direito pelo convênio. Há convênios que faz a liberação, e outros que terminantemente proíbem. As restrições estão atreladas ao fato de que no mercado a tabela AMB – Associação Médica Brasileira que serve de parâmetro para cobrança de procedimento orienta que caso haja mudança de padrão de acomodação, por exemplo padrão apartamento referindo-se a quarto individual, o médico poderá cobrar os honorários em dobro devido à atenção dirigida ao paciente. Ao passo que em quartos de leitos coletivos existe a prerrogativa que a visita médica ocorre compartilhada.

Na prática os convênios que autorizam a mudança de acomodação são os que em sua natureza procuram favorecer a remuneração médica, ou seja, as cooperativas médicas. Enquanto os demais convênios impõem regras que acabam dificultando ou até proibindo a mudança devido ao aumento do pagamento dos honorários médicos.

Além da questão dos custos dobrados para honorários, a mudança de padrão de acomodação é também uma forma mercadológica para que o convênio na negociação utilize, seduzindo o beneficiário a optar por um padrão maior, pois no momento da internação não será permitido à mudança. Com a opção de um padrão superior, o convênio cobrará uma mensalidade com valores mais atrativos, de modo que consiga com os desembolsos maiores justificar os valores das diárias cobradas pelo prestador, bem como dos honorários médicos.

Por fim tem-se a cobrança da diferença de honorários médicos, no qual o médico deixa devidamente discriminado os valores que lhe compete. O valor cobrado trata-se de procedimento que o médico realiza em conjunto com o procedimento autorizado em guia.

Na prática a partir dos contratos analisados, a Operadora não permite que seja realizado procedimentos em conjunto ao procedimento autorizado. A restrição está por força da regulação imposta pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, sendo que toda a responsabilidade poderá caber à Operadora. Outra razão é em relação a custos, pois com o procedimento extra poderá haver consumo a mais de materiais e/ou medicamentos no centro cirúrgico, além de diárias clínicas extras devido ao tempo de recuperação no pós-operatório.

A penalização prevista pelas Operadoras em contrato é de recusar o pagamento total de todo o procedimento realizado, inclusive o que tinha sido autorizado. É uma maneira de tolher o Hospital a não permitir a prática em paralelo. Entretanto na prática, há uma flexibilidade por parte do Hospital que acaba facilitando a prática para estar em harmonia com os médicos cirurgiões.

O valor cobrado pela diferença de honorários também são repassados integralmente ao médico, não fazendo parte da receita hospitalar.

A cobrança dos serviços extras é lançada no sistema, no qual será acrescentado na conta do paciente, porém o acerto é realizado diretamente pelo no momento da alta. Os demais valores, como diárias, taxas, materiais e medicamentos serão pagos pela Operadora a partir do faturamento enviado. Os honorários são cobrados em formulário à parte (ANEXO J), não sendo inserido no sistema do Hospital por não configurar receita da instituição. No caso dos honorários o recibo inclusive é providenciado pelo médico que o entrega ao paciente ou deixa no Conta Corrente.

A inserção da cobrança no sistema é feita no módulo faturamento. A seguir há a descrição do processo de cobrança via sistema.

Como primeira etapa o profissional do Conta Corrente faz o login no módulo faturamento. Todos os acessos no Hospital são controlados pelo login, além de servir de rastreabilidade de identificação do responsável pelo fechamento. Após faz o acesso na aba “fechamento de Conta” em seguida “Manipulação de Conta” conforme demonstrado na Figura 14.

Figura 14 - Início da cobrança serviços extras

Fonte: elaborado pelo autor

Após o clique em manipulação de conta será aberto à tela de manipulação conforme demonstrado na Figura 15. No prontuário do paciente, haverá uma etiqueta com os principais dados, como nome do paciente, convênio pelo qual está internado, nome do médico que solicitou a internação, número do leito, tipo de acomodação, data da internação, número do prontuário e do registro. Os dois últimos números, o do prontuário e do registro são os principais.

Manipulação de Conta (Alteração de Valores Extras)

Paciente
Tipo: ☒ Interação ☐ Ambulatório
Registro: 19
Prontuário: 27
Nome do Paciente: ALEXANDRA

Procedimento: ☒ Taxa ☐ Cirurgia ☐ Resumo da Conta ☐ Resumo Guia ☐ Críticas

Cód.Doc.: 19 No.Docto: 1 No.Fech.: 2 Data Lanc: 20/08/2012 Centro de Custo Requisitante: CENTRO CIRURGICO Origem de pagamento: ☒ Hospital ☐ Convênio

Início da Taxa: 20/08/2012 14:35:00 Término da Taxa: 20/08/2012 15:35:00 Código: 90221 Nome da Taxa: SALA/CIRURGIA-PORTE 3 - TX Guia Lançamento:

Informações das Taxas do tipo Diárias
Cód.Quarto: 1 No.Leito: SEM ACOMP. Código Nome do Caso Clínico: Código Nome Serviço Terceiro:

Lançado
Código: 1 Nome do Convênio: REAL
Código Nome da Moeda: 1 REAL
Quantidade: 1,0000 Qtde. Horas: 00:00 Valor Calculado: 545,5930

Cobrança Extra
Código: 1 Nome do Convênio: REAL
Código Nome da Moeda: 1 REAL Valor da Moeda: 1,0000
Qtde Extra: 0,0000 Valor Extra: 0,0000 Calculado + Extra: 545,5930 Receb. Pacote

Classificação TISS
Guia: OUTRAS DESPESAS No. 8522173 Médico: Serv.Terc.:

IM	Tipo	Nro.Fecham	Cód.Guia	Cód.Taxa	Nome da Taxa Hosp.	Qtde.Taxa	Qtde. Hora	Val
A	A	8522173	90221	SALA/CIRURGIA-PORTE 3 - TX	1,0000	00:00		
A	A	90000		DIARIA CIRURGICA	1,0000	00:00		

inserir linha Manutenção de conta

Guia Manipulada / Reprocesse Prop \ Pac Associado Prop \ Pac com Manip. Manual ☒ Mostrar Quantidades Zeradas de Taxa

Figura 15 - Manipulação de Conta

Fonte: elaborado pelo autor

O número do prontuário é o número de identificação do paciente no Hospital, ou seja, funcionará como um código restrito ao paciente, sendo que, caso venha ser internado novamente em outra ocasião será este número utilizado. Já o número do registro está relacionado à internação, ou seja, ao procedimento hora realizado. Sendo assim, o paciente poderá ter vários registros (diversas internações) atrelados a somente um número de prontuário.

Os números do prontuário e de registro possuem seis dígitos. Para manter em sigilo a identidade do paciente, bem como da operadora, retirou-se os números e o nome do convênio das figuras que demonstram o processo.

Uma vez na tela de “manipulação de contas”, o conta corrente insere o número do registro do paciente, e logo após é carregado os demais dados que até então foram inseridos na conta, como: número do prontuário, nome do paciente, nome do convênio e seu código, procedimentos realizados, diárias, taxas, materiais e medicamentos. Entretanto os serviços extras não estarão lançados na conta, pois não há plena integração do sistema.

Como exemplo para mapear o processo, utilizará como serviço extra os serviços de copa. Em sendo assim, ao realizar o trabalho de copa, a área informará o conta corrente por intermédio de papéis internos o que foi consumido pelo paciente durante sua permanência no Hospital. Caso o paciente não tenha consumido nenhum serviço extra, o Conta Corrente providenciará a sua liberação.

Após inserir o registro, o conta corrente clica na aba taxa e depois no logo da “casinha” que refere-se ao “manipulação de conta” . Ao clicar na “casinha” aparecerá a tela (Figura 16).

Figura 16 - Manipulação de Conta passo 2

Fonte: elaborado pelo autor

Na tela, inseri-se uma linha e digita-se o código da cobrança “particular” no campo “nome do convênio”. Além disso, deverá ser inserido o código de acomodação. É criada a nomenclatura “particular”, pois a taxa a ser cobrada será cobrada diretamente para o paciente. Os demais itens de cobranças (diárias, taxas, materiais, medicamentos) são arcados pela operadora. Após, é só clicar no botão confirma e fechar a tela.

Voltando na tela anterior, o conta corrente clicará em “controle de fechamento” (botão da tesoura), abrindo tela da Figura 17.

Controle de Fechamento de Conta de Internação e Ambulatório

Identificação do Paciente

Tipo de Atendimento
☒ Internação
☐ Ambulatório

Registro: 191237 Prontuário: 270 Nome do Paciente: ALEXANDRA

Informações do paciente

Situação do Paciente
☐ Internado ☒ Em alta

Data e Hora da Internação: 20/08/2012 13:12:00 Data e Hora da Alta: 22/08/2012 15:04:00 Visualizar Guias do Convênio

Convênio(s) do Paciente

Princ.	Código	Nome do Convênio	Data Início Convênio	Data Término Convênio	Tipo de Fech.
✓	1	PARTICULAR	20/08/2012 13:12:00		POR PERÍODO

Controle de Fechamento de Conta ☒ Somente fechamento do convênio selecionado

Nro. Fecham.: 2 Fech. Seq. Conv.: 2 Contr. Fech.: ☐ Fechamento Complementar Efetuar Fech. Único

Nome do Convênio: PARTICULAR Dt. Inicial Fechamento: 22/08/2012 15:04:01 Dt. Final Fechamento: 22/08/2012 15:04:02

Motivo da Alta: ALTA ADMINISTRATIVA Detalhamento do Motivo da Alta: ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

Nro. Fech.	Fech. Seq. Conv.	Código	Nome do Convênio	Dt. Inicial Fechamento	Dt. Final Fechamento
*	2	2	1	22/08/2012 15:04:01	22/08/2012 15:04:02
	1	1		20/08/2012 13:12:00	22/08/2012 15:04:00

Figura 17 - Controle de fechamento

Fonte: elaborado pelo autor

No controle de fechamento, insere-se outra linha, adiciona o código do particular, a data e horário de fechamento da alta, o motivo da alta (alta administrativa) e no detalhamento do motivo da alta o encerramento administrativo. Confirma e fecha novamente a tela retornando a tela inicial.

Voltando a tela “manipulação de conta” (Figura 15), insere nova linha, abrindo outra tela de “faturamento de taxas” (Figura 18).

Controle de Fechamento de Conta de Internação e Ambulatório

Identificação do Paciente
 Tipo de Atendimento: ☒ Internação ☐ Ambulatório
 Registro: 191237 Prontuário: 270 Nome do Paciente: ALEXANDRA

Informações do paciente
 Situação do Paciente: ☐ Internado ☒ Em alta
 Data e Hora da Internação: 20/08/2012 13:12:00 Data e Hora da Alta: 22/08/2012 15:04:00
 Visualizar Guias do Convênio

Convênio(s) do Paciente

Princ.	Código	Nome do Convênio	Data Início Convênio	Data Término Convênio	Tipo de Fech.
1		PARTICULAR	20/08/2012 13:12:00		POR PERÍODO

Controle de Fechamento de Conta ☒ Somente fechamento do convênio selecionado

Nro. Fecham.: 2 Fech. Seq. Conv.: 2 Contr. Fech.: ☐ Fechamento Complementar

Nome do Convênio: PARTICULAR Dt. Inicial Fechamento: 22/08/2012 15:04:01 Dt. Final Fechamento: 22/08/2012 15:04:02

Motivo da Alta: ALTA ADMINISTRATIVA Detalhamento do Motivo da Alta: ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

Nro. Fech.	Fech. Seq. Conv.	Código	Nome do Convênio	Dt. Inicial Fechamento	Dt. Final Fechamento
2	2	1		22/08/2012 15:04:01	22/08/2012 15:04:02
1	1			20/08/2012 13:12:00	22/08/2012 15:04:00

Figura 18 - Faturamento de Taxas Hospitalares
 Fonte: elaborado pelo autor

Antes, insere-se uma nova linha para acrescentar uma nova cobrança além das já cadastradas como a diária cirúrgica e sala de cirurgia. Como o exemplo para a cobrança é de serviço de copa, no campo código, coloca-se o código 91456 que corresponde justamente aos serviços de copa. Além disso, é necessário informar o código do centro de custo, que no caso é 150 para o 4º andar. Seleciona-se o convênio “particular”, quantidade, e por fim confirma e fecha-se a tela (retorno na tela da Figura 19).

Manipulação de Conta (Alteração de Valores Extras)

Paciente: Tipo ☒ Internação ☐ Ambulatório Registro 19 Prontuário 27 Nome do Paciente ALEXANDRA

Procedimento Produto Taxa Cirurgia Resumo da Conta Resumo Guia Críticas

Cód.Doc. 15 No.Docto. 4 No.Fech. 22/08/2012 Data Lanceto Centro de Custo Requisitante UNIDADE 4. ANDAR Origem de pagamento ☒ Hospital ☐ Convênio

Início da Taxa / / Término da Taxa / / Código 91456 Nome da Taxa SERVICO DE COPA Guia Lançamento

Informações das Taxas do tipo Diárias

Cód.Quarto No.Leito Código Nome do Padrão de Internação Código Nome do Caso Clínico Código Nome Serviço Terceiro

Lançado

Código Nome do Convênio
1 PARTICULAR

Código Nome da Moeda
1 REAL

Quantidade 1,0000 Qtde. Horas 00:00 Valor Calculado 0,0000

Cobrança Extra

Código Nome do Convênio
1 PARTICULAR

Código Nome da Moeda 1 REAL Valor da Moeda

Qtde Extra 0,0000 Valor Extra 15,0000 **Calculado + Extra** 15,0000 Receb. Pacote

Classificação TISS

Guia No. Médico Serv.Terc.

IM Tipo Nro.Fecham. Cód.Guia Cód.Taxa Nome da Taxa Hosp. Qtde.Taxa Qtde. Hora Val

	A		1		90221	SALA/CIRURGIA-PORTE 3 - TX	1,0000	00:00	
	A		1		90000	DIARIA CIRURGICA	1,0000	00:00	
	A				91456	SERVICO DE COPA	1,0000	00:00	

Confirma

Guia Manipulada / Reprocesse Prop \ Pac Associado Prop \ Pac com Manip. Manual ☒ Mostrar Quantidades Zeradas de Taxa

Figura 19 - Manipulação de Conta passo 3
Fonte: elaborado pelo autor

Lançado o serviço de copa, basta inserir manualmente o valor correspondente na janela “calculado + extra”. O valor de R\$ 15,00 (quinze reais) foi meramente ilustrativo. Por fim confirma e fecha a janela da manipulação de contas.

Para finalizar o processo, o conta corrente deverá clicar novamente na aba “fechamento de conta” e em seguida “encerramento de conta” (Figura 14) que abrirá uma nova janela (Figura 20).

Faturamento - Versão: 5.6.36

Fechamento de Conta Regra por Paciente Consultas Tabela de Preço Faturamento SUS CIH Relatórios Utilitários ?

Encerramento de Conta Hospitalar

Tipo Paciente: ☒ Internação ☐ Ambulatório

Internação/Atend.: 20/08/2012 Data Alta/Fech.: 22/08/2012 Mês de Cobrança: 08/2012

No. Registro: 19 No. Prontuário: 27 Nome do Paciente: ALEXANDRA No. Fechamento: 2

Seleção do Convênio do Paciente:

Nome do Convênio: PARTICULAR

confirma →

Atenção: Após o fechamento da conta particular, os lançamentos da mesma não poderão ser manipulados.

Figura 20 - Encerramento Conta
Fonte: elaborado pelo autor

Ao abrir nova janela do encerramento de conta, insere o número do registro novamente, escolhendo o convênio que no caso é “particular” e por fim confirma.

A partir da confirmação, gera-se um título a pagar para o Caixa. Função que pode ser exercida pelo próprio conta corrente. Com o título a pagar o paciente acerta o valor, e encerra-se o processo de cobrança por serviços extras.

Com as devidas conferências e acertos o conta corrente entrega ao paciente o formulário de alta (ANEXO I) que possuirá a assinatura da enfermeira responsável pela alta e do profissional administrativo que realizou o fechamento. Com o formulário de alta, o paciente se dirigirá à portaria da recepção que permitirá que o paciente e o recém-nascido deixem as instalações no Hospital.

A recepção por sua vez com o formulário de alta, liberará no sistema o leito então utilizado, avisando ao departamento de limpeza que faça a devida higienização do leito para que possa ser utilizado novamente por outro paciente.

Com a liberação do paciente inicia o processo de conferência da documentação do prontuário bem como sua arrumação para posterior liberação da conta para a Auditoria Hospitalar.

A primeira conferência é da Guia de Autorização da Internação (ANEXO A e ANEXO B). Os campos de informações da guia são os mesmos para todos os convênios uma vez que o modelo da guia é padronizado. O que muda é o layout da guia que vai de acordo com as cores e logo de cada convênio.

A Guia de Solicitação e Autorização vem com o paciente no momento da internação ou é feito no momento de sua internação na recepção que imprime e o deixa disponível no prontuário do paciente. Em casos de emergência ou urgência, o médico plantonista requisita a Guia de Internação à Operadora justificando por intermédio do laudo médico que constatará a gravidade e urgência da intervenção. A requisição será encaminhada e avaliada pelo médico que fez o acompanhamento da paciente no seu pré-natal possivelmente.

A conferência pelo conta corrente da guia consiste em checar o nome do Hospital, nome do médico, procedimento, tipo de acomodação e diárias autorizadas.

No campo nome do Hospital, é o campo destinado à informação no qual estabelece em qual Hospital a Operadora está autorizando que seja realizada a internação.

O nome do médico é o médico que está autorizado a realizar o procedimento, sendo este, o que normalmente fez a requisição do procedimento e o conseqüentemente o pré-natal da paciente. Importante é que o médico autorizado seja da especialidade do procedimento solicitado, uma vez que toda a evolução e relatórios serão de sua responsabilidade, podendo ser avaliadas posteriormente pela Operadora, caso necessário. O conta corrente saberá qual médico que realizou o procedimento por intermédio da etiqueta colocada no exterior do envelope. A etiqueta foi impressa pela recepção no momento que realizou a internação.

O médico autorizado é também um médico credenciado com a Operadora, ou seja, possui um contrato que estabelece valores de honorários negociados, além de constar a especialidade que atenderá. É com base no credenciamento que a Operadora norteará suas liberações, bem como fará seu controle de custos junto ao corpo clínico na área atuarial.

Tanto o nome do Hospital como o nome do médico necessita vir na Guia corretamente para não ter problemas no momento da auditoria de contas. Caso exista conflito de informação, o conta corrente faz o pedido de mudança no canal de comunicação disponibilizado pela Operadora responsável pelas liberações de guias.

O campo de procedimento é o local que constará o procedimento realizado, tendo que estar em conformidade com o realizado efetivamente. Caso haja divergência, o conta corrente entra em contato com o médico que realizou o procedimento para solicitar a mudança. A solicitação ocorre via Guia de Solicitação de Internação. Somente o médico possui o poder técnico para preencher e solicitar a mudança do procedimento.

Por exemplo, pode ser o caso que na Guia de Autorização tenha vindo discriminado procedimento parto, e no momento da execução, o médico teve que realizar a cesárea. Embora sejam procedimentos similares, possuem natureza de operacionalização e amparo da estrutura

hospitalar diferentes, como o número de diárias, materiais e medicamentos utilizados. Desse modo, o médico fará a requisição de troca de procedimento.

Pode ter também além da divergência no preenchimento do procedimento autorizado versus o realizado, a necessidade de acrescentar um procedimento que fora feito em conjunto com o procedimento a princípio programado. A necessidade é avaliada pelo médico responsável que executando, fará uma requisição de acréscimo do procedimento em questão.

Além do nome do Hospital, médico e procedimento constarem na Guia constam ainda o tipo de acomodação e quantidade de diárias solicitadas e autorizadas. Havendo divergência o conta corrente poderá solicitar junto ao convênio que faça a alteração via Operadora com a devida justificativa. Neste caso, não há necessidade de envolvimento médico, ficando na alçada administrativa no qual havendo dúvida a auditoria da Operadora fará a checagem nos registros do Hospital.

O tipo de acomodação na Guia é importante ser condizente com a informação cadastrada pela recepção no momento da internação para efeito de faturamento ou até mesmo da necessidade do conta corrente cobrar valores adicionais caso seja configurado mudança de padrão. Os valores das diárias clínicas e os honorários mudam dependendo do padrão de acomodação.

No caso da quantidade de diárias ser diferente entre o autorizado e realizado, o Conta Corrente solicitará ao convênio prorrogações que estendem a permanência do paciente no Hospital.

A exigência documental dependendo do convênio pode ser um pouco mais rigorosa, mas o quesito principal sempre será a Guia de Solicitação de Internação autorizada.

O conta corrente por força dos convênios deve ainda conferir se consta no prontuário, o Laudo Cirúrgico que em formulário próprio será preenchido pelo médico principal tudo o que ocorreu no centro cirúrgico; o Laudo Anestésico, que é também preenchido em formulário próprio da Operadora, porém pelo médico anestesista presente no momento da cirurgia; a Guia de Honorário (ANEXO E) sendo preenchida com código e procedimento realizado por cada médico que participou da cirurgia. No caso dos médicos são: cirurgião principal (especializado em ginecologia ou obstetrícia), anestesista, auxiliar médico e pediatra; e por fim tem-se a Guia de SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (ANEXO C e ANEXO D) que também deverá ser preenchida e requisita ao convênio para cada exame realizado (por exemplo: teste do “pezinho” e do “olhinho”, hemograma, urina, gasometria etc). Anexado à Guia de SADT deverá vir os laudos dos laboratórios que realizaram os serviços como mecanismo de comprovação de que foram realizados.

Após conferência das guias e laudos o conta corrente faz a arrumação do prontuário como maneira de facilitar a auditoria hospitalar na checagem das contas. Após arrumar o prontuário, a pasta é enviada ao departamento de auditoria hospitalar. É o encerramento do processo do conta corrente.

4.3.3 Entrevista Conta Corrente - 3º Andar

O 3º andar do Hospital pode assim ser segmentado nas alas de Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. Em si tratando de Pediatria faz atendimento de crianças com idade de até doze anos. Acima de doze anos já são consideradas adolescentes não podendo mais ser internadas no Hospital, tendo em vista sua estrutura e especificidade de atendimento. Pacientes com idade superior ao estabelecido são encaminhados para outro Hospital credenciado da Operadora. Obviamente que há certa flexibilidade quanto aplicabilidade da regra, constando que haja condições de atendimento a pacientes maiores que doze anos.

A ala de Ginecologia e Obstetrícia é o local que recebe os pacientes remanescentes do 4º que porventura não encontraram vagas disponíveis no andar. A preferência é para que o 4º andar concentre os atendimentos de ginecologia e obstetrícia deixando bem segmentando o hospital devido às particularidades de atendimento que possuem os respectivos públicos.

O conta corrente assim, fica responsável pela a alta administrativa do 3º andar tanto para pacientes da Pediatria como para de Ginecologia e Obstetrícia.

Além das altas mencionadas, o conta corrente do 3º andar cuida também das altas da UTI Neonatal e Pediátrica. A lógica de unificação é a de que o paciente uma vez em alta da UTI Neonatal ou Pediátrica irá necessariamente para a Unidade de Pediatria para completar sua recuperação e ter plenas condições de saúde de deixar as instalações hospitalares.

Na entrevista percebeu-se que há certa insatisfação por parte da profissional do 3º andar pelo acúmulo de função das altas das alas de UTI's, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. Entretanto nota-se a partir da observação da rotina no setor que o volume (rotatividade) de altas é algo que não interfira no bom andamento dos trabalhos.

O fluxo do conta corrente para pacientes da Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia respeitam o mesmo rigor que o apresentado do 4º andar não sendo portanto, objeto de análise.

O foco da entrevista ficou a critério da liberação de altas ou fechamentos parciais das contas da UTI Neonatal e Pediátrica.

A profissional inicia a entrevista com uma observação importante, em a mãe estando internada no Hospital devido ao procedimento de cesárea, e o recém-nascido (RN) ficando na UTI Neonatal, toda a documentação, registros e lançamentos para o RN ficarão na conta da mãe. Entretanto o fechamento da conta do RN na UTI é de responsabilidade do 3º andar no momento que a mãe deixa o Hospital.

Assim, a mãe recebendo alta, os registros do RN também serão fechados e imediatamente após é aberto um novo registro e prontuário para ele. Ressalva-se que os registros ficam juntos, mas algumas Operadoras exigem que haja dois pedidos de internação (ANEXO A e ANEXO B), um da mãe e o outro do RN.

A necessidade do RN permanecer na UTI não impede a permanência da mãe nas dependências do Hospital. A alta independente do RN. Somente em casos em que o RN não estiver internado na UTI, a liberação da mãe só ocorrerá após do médico pediátrica liberando o RN.

Para a internação do RN ocorrer será necessário que o médico faça a solicitação via Guia de Solicitação de Internação (ANEXO A e ANEXO B) e que será autorizada pelo convênio.

As prorrogações da internação na UTI também ocorrem via solicitação médica, uma vez terminada a quantidade de diárias autorizadas pelo convênio. É o conta corrente responsável pela solicitação de prorrogações, no qual faz o preenchimento da guia e disponibiliza ao médico solicitante para assinatura. Junto ao pedido deverá também ir o relatório de justificativa para a prorrogação. A responsabilidade de monitoramento dos prazos de prorrogação é do conta corrente, no qual a permanência do RN ultrapasse o autorizado corre o risco de ter a conta glosada ou implicará em atrasos financeiros devido ao faturamento ocorrer em período seguinte.

Normalmente as autorizações dos períodos de internação e/ou prorrogações respeitam a solicitação médica. Em casos que requerem maior atenção devido ao nível de complexidade, o convênio faz liberações graduais de modo a acompanhar melhor o estado de saúde do RN, tanto para fins de qualidade da saúde como para controle de custos.

Há convênios por outro lado que já instituem uma periodicidade menor de autorização de diárias para internação na UTI, por exemplo dez dias. O importante é que tudo dependerá do que o médico auditor da Operadora solicitar.

As regras pelo que pode ser notado sofrem alterações constantemente, porém são comunicadas ao setor de modo que se adeque ao solicitado não incorrendo chances de ter atrasos no faturamento das contas.

A UTI Neonatal e Pediátrica é foco de atenção da auditoria por representarem gastos expressivos de maneira a representar um risco eminente de aumento repentino no sinistro do convênio.

As prorrogações são autorizadas pelas auditoras que analisam os casos localmente ou quando não possível é encaminhado documentação e justificativa médica para análise.

Caso durante a internação do RN na UTI seja realizado exames (exemplo: exame de sangue, raio-x etc), é necessário o preenchimento e encaminhamento da guia de SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (ANEXO C e ANEXO D). Em sendo exames de alto custo, por exemplo ressonância, o pedido deverá ser encaminhado primeiramente à Operadora que avaliará e autorizará a realização. Junto com a guia de SADT deverá estar os laudos que comprovem a realização.

O processo é similar para a utilização de órtese, prótese e materiais especiais (OPMEs). Caso haja necessidade de utilização de OPME antes da internação, ou seja, durante o ato cirúrgico ou durante a internação na UTI, é preciso encaminhamento do pedido de OPME para autorização prévia da Operadora. O pedido é realizado em formulário próprio conforme ANEXO H.

Em a OPME sendo utilizado durante a realização do procedimento no centro cirúrgico o pedido é encaminhado a partir do almoxarifado do centro cirúrgico do Hospital que aguardará autorização para solicitar junto ao fornecedor. Há convênios que fornecem diretamente a OPME, precisando ser encaminhado somente pedido médico. Mas se a OPME for necessária durante a internação do RN na UTI o encaminhamento do pedido é de responsabilidade do conta corrente. Em ambos os casos o pedido deverá ser assinado pelo médico responsável, seja ele credenciado na respectiva operadora ou plantonista do Hospital.

O pedido de OPME autorizado deverá estar no prontuário para efeito de verificação da auditoria. OPMEs utilizadas no centro cirúrgico, deverão ter suas etiquetas coladas no verso da nota de sala (ANEXO F) funcionando como mecanismo comprobatório de uso.

A rotina para as dietas parenterais (medicamento de alto custo) precisa ter a prescrição médica, mais cópia da nota fiscal do fornecedor. Ambos os documentos servem de comprovantes para a utilização e valores cobrados. As dietas parenterais apesar de serem medicamentos, precisam de cópia de nota fiscal, pois é medicamento manipulado e não fabricado. Será o conta corrente que fará o cálculo para cobrança do convênio de acordo com as margens de cada um. O sistema não faz o cálculo automaticamente por os valores cobrados serem baseados na nota fiscal e não do Brasindice.

Fica uma cópia da nota fiscal no prontuário, pois a original é encaminhada pelo almoxarifado central do Hospital para o setor financeiro que fará o pagamento e arquivamento da nota. A nota original deve ficar arquivado no financeiro pó fazer da parte da documentação fiscal.

A rotina para alteração dos valores das dietas parenterais está detalhada nos quadros abaixo. No dia da entrevista fez-se uma pesquisa dos casos no Hospital e não foi possível encontrar nenhum caso de lançamento de dieta parenteral, sendo simulada a rotina para alteração de valor em água destilada. Os dados do paciente e convênio foram preservados.

Manipulação de Conta (Alteração de Valores Extras)

Paciente
Tipo: ☒ Internação ☐ Ambulatório
Registro: 191
Prontuário: 270
Nome do Paciente: RN CRISTHIANE

Procedimento: **Produto** (selecionado)
Cód.Doc.: 27
No.Docto.: 768716
No.Rech.:
No.Item.: 6
Data Lanceto: 23/08/2012
Centro de Custo Requiritante: UTI NEONATAL
Origem de pagamento: ☒ Hospital ☐ Convênio

Cod.Kit: 573507
Código: 573507
Nome do Produto: AGUA DESTILADA PLAST 10ML - AMPOLA
Código: 1
Nome da Apresentação: AMP (10ML)

Código:
Nome do Serviço Terceirizado:
Centro Custo Fornecedor: FARMACIA
Guia Lançamento:

Lançado
Código:
Nome do Convênio:
Código: 1
Nome da Moeda: REAL
Quantidade: 2,0000
Devolução: 1,0000
Valor Calculado: 0,6261

Cobrança Extra
Código:
Nome do Convênio:
Código: 1
Nome da Moeda: REAL
Valor da Moeda: 1,0000
Qtde Extra: 0,0000
Valor Extra: 0,0000
Calculado + Extra: 0,6261
Receb.:
Pacote:

Classificação TISS
Guia: OUTRAS DESPESAS
No.:
Médico:
Serv.Terc.:

Filtrar (botão selecionado)

OPM	IM	Tipo	Nro.Fecham.	Cód.Guia	Cód.Produto	Nome do Produto	Cód.Conv.Cobr.	Nome
		P			573507	AGUA DESTILADA PLAST 10ML - AM	91	SAO
		P			573507	AGUA DESTILADA PLAST 10ML - AM	91	SAO
		P			573507	AGUA DESTILADA PLAST 10ML - AM	91	SAO
		P			10944	ACULHA DESC 25 X 10	91	SAO
		P			10944	ACULHA DESC 25 X 10	91	SAO
		P			597925	AMPICILINA 500MG - FR/A	91	SAO
		P			602611	BANDAGEM ELASTICA COBAN REF-15	91	SAO

Guia Manipulada / Classificada
Exibir Produtos Substituídos
Ajuste Manual
Lanç OPM
Mostrar Qtds. Zeradas (checkbox selecionado)

Figura 21 - Seleção registro

Fonte: elaborado pelo autor

A rotina é entrar no módulo “Faturamento”, menu “manipulação de contas” que abrirá a janela conforme Figura 21. Após, insere o número do registro do paciente para localizá-lo no sistema. Em seguida clica na aba “produtos” e no botão “filtrar” que abrirá a janela conforme Figura 22. Com a nova janela no campo “número” localiza-se a prescrição médica correspondente a dieta parenteral, em seguida clicar em botão “confirma”. Após isso, volta-se a janela anterior (Figura 21).

Filtro de Manipulação de Contas

Documento

Tipo de Documento ☒ Todos **Número**

☒ **Mostra Docto Sem Numeração**

Período de Lançamento

Inicial a Final

Filtro de Centro de Custo Requisitante

Código Nome do Centro de Custo ☒ Todos

Filtro de Convênio

Código Nome do Convênio ☒ Todos

Limpa **Confirma** **Cancela**

Figura 22 - Localização da prescrição médica
Fonte: elaborado pelo autor

De acordo com a Figura 21, clica onde está o lançamento do produto que queira modificar o valor, no caso do exemplo é a água destilada, podendo estar a dieta parenteral quando existir a prescrição e utilização do medicamento. No campo “calculado + extra” altera-se o valor conforme margem do convênio e valor apurado em nota fiscal do fornecedor da dieta parenteral. Para encerrar basta clicar no botão “confirma”.

Os fechamentos das contas pelo conta corrente serão após alta do paciente e posterior conferência e organização do prontuário. Geralmente após alta da UTI o paciente é encaminhado à ala de pediatria para que faça recuperação e assim consiga ter condições para sair em definitivo do Hospital. Entretanto, a conta de UTI já poderá ser fechado como alta administrativa para adiantar o faturamento.

Em a permanência do paciente na UTI se prolongue demais, o conta corrente fará um fechamento prévio, com no mínimo dez dias, denominado de fechamento administrativo. O intuito é de quebrar o faturamento para não deixar que fique muito extenso o período sem faturar e com isso traga problemas ao caixa do Hospital.

As datas de fechamento variam de acordo com as datas de fechamento dos convênios, que varia dia vinte e cinco de cada mês ou o dia trinta.

Na alta do paciente da UTI, o conta corrente do 3º andar faz a mesma conferência que o conta corrente do 4º andar faz para itens de serviços extras.

Após alta, o conta corrente preenche o formulário Relatório de Relação de Diárias e Taxas para Faturamento (ANEXO G). Será baseado no relatório que o setor de faturamento digitará os itens da conta hospitalar da UTI.

Diferentemente do que ocorre no conta corrente do 4º andar, o conta corrente do 3º faz a rotina de preenchimento do formulário para facilitar o faturamento. Além do que, o conta corrente possui melhores condições de averiguar o que está mais adequado para a cobrança devido sua proximidade com o setor de UTI. O rigor exigido no setor de UTI em termos de documentos, bem como a cobrança de taxas, diárias, medicamentos, materiais e gases requer mais atenção e detalhamento no faturamento.

O preenchimento do formulário consiste em: taxas pelo uso de equipamentos; procedimentos realizados durante a internação do RN na UTI, como por exemplo a realização de interconsultas; quantidade de diárias do RN; e gases. Além disso, o conta corrente poderá fazer algum detalhamento no campo observação caso seja necessário.

Como ultima verificação a profissional do conta corrente verifica se tudo o que foi realizado está devidamente autorizado ou com guia de solicitação. Havendo alguma pendência o setor precisará providenciar antes de passar a conta para a auditoria.

Em contas da UTI os documentos precisam estar rigosamente adequados às solicitações do convênio para não correr o risco da auditoria glosar ou solicitar o retorno da conta até que se sane a pendência, fator que atrasará o faturamento. A glosa ou atraso em contas da UTI é algo preocupante para o Hospital tendo em vista da representação que possui no seu faturamento, sem contar que muitos itens utilizados já foram pagos e não recebidos pelo Hospital ainda.

Após última verificação, o conta corrente encerrará a conta no sistema, checando guia lançada. Normalmente a guia é inserida pela recepção no sistema, em não sendo, o conta corrente o faz. A seguir tem-se o passo a passo da checagem no sistema da guia.

Verificado as autorizações, arrumado o prontuário e encerrada no sistema, a conta é encaminhada a auditoria.

No detalhamento do processo de encerramento da conta de UTI pelo conta corrente, ocultou o número do registro, do prontuário, o nome do paciente, do convênio e do Hospital para manter o sigilo.

Manipulação de Conta (Alteração de Valores Extras)

Paciente
 Tipo: ☒ Internação ☐ Ambulatório **Registro** Prontoário Nome do Paciente

Procedimento | Produto | Taxa | Cirurgia | Resumo da Conta | Resumo Guia | Críticas

Cód.Doc. No.Docto No.Fech. No. Item Data Lanccto Centro de Custo Requisitante
 Início do Procedimento Término Procedimento Código Nome do Procedimento Técnica utilizada
 / / : : / / : : / / : : / / : : Convencional

Código Nome do Médico Código Nome do Serviço Terceirizado Guia Lançamento

Lançado
 Código Nome do Convênio
 Código Nome do Padrão
 Código Nome da Moeda

Cobrança Extra
 Código Nome do Convênio
 Código Nome do Padrão
 Código Nome da Moeda Valor da Moeda

Quantidade Quantidade Moeda Valor Calculado
 0,0000 0,0000 0,0000

Qtde Extra Valor Extra Calculado + Extra
 0,0000 0,0000 0,0000 Receb. Pacote

Classificação TISS
 Guia No. Médico Serv.Terc.

	IM	Tipo	Nro.Fecham.	Cód. Guia	Cod.Proc.Médico	Desc.do Proc.Médico	Qtd.Proc.Médico	Valor Proc.

Guia Manipulada / Classificada Prop \ Pac Associado Prop \ Pac com Manip. Manual ☒ Mostrar Qtds. Zeradas de Procedimentos

Figura 23 - Início do encerramento da conta de UTI pelo conta corrente
Fonte: elaborado pelo autor

Entra-se no módulo “Faturamento” e clica no menu “manipulação de contas”. A partir daí abre-se a janela conforme Figura 23. Insere no campo destacado o número do registro para localizar a conta e em seguida clica em “manutenção de guias de internação” no qual será aberto a janela da Figura 24.

Manutenção das Guias de Internação

Tipo de Atendimento: ☒ Internação ☐ Ambulatório Registro: 18! Nome do Paciente: ANA GABRIELA

Identificação da Guia: Código: Nome do Convênio: Fechamento: Tipo: Princip.: Número da Guia: 201200263491, 201200291512

Código: 0016! Nome do Beneficiário: ANA GABRIELA

☒ Guia Principal Número da Guia: 201200263491 Código: 4 Nome da Regra do Tipo de Guia: GUIA SOLIC. INTERNACAO TISS

☐ Guia Provisória

☒ Trocar Guia Nro. da Guia Principal: 201200263491 Esta guia autoriza o período de: 23/07/2012 à 13/08/2012

Informação | Procedimentos | OPM | Prorrogação | CID Guia | Guia Manipulada / Reclassifique

Data da Emissão: 23/07/2012 Data de Validade: 23/07/2012 Data da Solicitação: 23/07/2012 Previsão Internação: 23/07/2012

Local: Senha de autorização: 201200263491

Solicitado: Código: Nome do médico Solicitado da Guia: Código: Nome do Terceiro Solicitado da Guia: Código: Nome da Classificação Brasileira de Ocupação Reduzida

Solicitante: Código: 90332 Nome do médico Solicitante da Guia: ADALBERTO Código: Nome do Terceiro Solicitante da Guia: Código: Nome da Classificação Brasileira de Ocupação Reduzida

Diárias: Padrão/ Acomodação: UTI - NEONATAL Solicitada: 10 Autorizada: 10

Tipo de Consulta: SEGUIMENTO

Carater: ROTINA

Figura 24 - Conferência da guia no sistema - aba informação
Fonte: adaptado pelo autor

☒ Trocar Guia Nro. da Guia Principal: 201200263491 Esta guia autoriza o período de: 23/07/2012 à 13/08/2012

Informação | Procedimentos | OPM | Prorrogação | CID Guia | Guia Manipulada / Reclassifique

Indicação Clínica: Q249

Observação:

Figura 25 - Conferência da guia no sistema - aba informação continuação
Fonte: adaptado pelo autor

Na janela de “manipulação de guias de internação” o conta corrente verificará se a guia de solicitação de internação está com o mesmo nome do paciente lançado no sistema. A conferência é com a guia física que estará em poder da profissional. Além disso, verifica-se o número da guia e o período que a guia foi autorizado. Na aba “informação” conforme assinalado na Figura 24 será checado a data de emissão, de validade e de solicitação, o número da senha de autorização, o nome do Hospital para o qual foi autorizada a internação

e/ou procedimento cirúrgico, o nome do médico solicitante, a quantidade de diárias solicitadas versus a utilizada e o CID – Classificação Internacional de Doenças do paciente.

Nro Item	Código TUSS	Código	Nome do Procedimento Médico
1	10104020	00040010	PLANTAO DE DOZE HORAS-POR PACIENTE

Qtd. Solicitada	Qtd. Autorizada	Nro Prorrogação	Senha Autorização
1	1		

Nro Item	Código	Nome do procedimento	Qtd. Solicitada	Qtd. Autorizada	Nro Prorrogação
1	00040010	PLANTAO DE DOZE HORAS-POR PACIENTE	1	1	

Figura 26 - Conferência da guia no sistema – aba procedimento
Fonte: adaptado pelo autor

Na aba “procedimento” (Figura 26) é conferido se o procedimento está condizente com o detalhado na guia física. Tendo necessidade de inclusão é só clicar no botar “inserir” conforme destacado.

Nro Item	Código	Nome do Produto

Qtd. Solicitada	Qtd. Autorizada	Nro Prorrogação

Nro Item	Código	Nome do Produto	Qtd. Autorizada	Qtd. Solicitada	Nro da Prorrogação

Figura 27 - Conferência da guia no sistema – aba OPM
Fonte: adaptado pelo autor

Clicando na aba “OPM” se faz a conferência dos materiais de OPME utilizados e autorizados pela Operadora, tendo que estar em conformidade com o formulário físico (ANEXO H). Pode-se incluir item caso necessário. No exemplo destacado não houve uso de OPMEs.

Trocar Guia 201200263491 23/07/2012 15 à 13/08/2012 15

Informação | Procedimentos | QPM | **Prorrogação** | CID Guia | Guia Manipulada / Reclassifique

Nro Prorrogação 1 Data da Prorrogação 09/08/2012 15 Nome do Responsável pela Liberação ANGELICA

Diárias
Padrão/Acomodação Solicitada Autorizada Senha Prorrogação
UTI - NEONATAL 10 10 281648

Indicação Clínica
GUIA 43792

Observação

Nro Prorrog.	Data Prorrog.	Nome do Responsável pela liberação	Qtd Diárias Aut.	Qtd Diárias Solic.	Senha Prorrogação
1	09/08/2012	ANGELICA	10	10	281648

Figura 28 - Conferência da guia no sistema – aba prorrogação

Fonte: adaptado pelo autor

Na aba “prorrogação” (Figura 28) checa se há prorrogações solicitadas e autorizadas, podendo ser incluídas. Além da quantidade de diárias especificada, a tela traz ainda a informação da atendente do convênio que passou a autorização, data e número de senha. No campo indicação clínica há a menção do código da justificativa médica que estará na guia física.

Tipo de Atendimento Registro Nome do Paciente
☒ Internação ☐ Ambulatório 18: ANA GABRIELA

Identificação da Guia
Código Nome do Convênio Fechamento
Código Nome do Beneficiário
00165 ANA GABRIELA

☒ Guia Principal Número da Guia Código Nome da Regra do Tipo de Guia
☐ Guia Provisória 201200263491 4 GUIA SOLIC. INTERNACAO TISS

Trocar Guia Nro. da Guia Principal Esta guia autoriza o período de
201200263491 23/07/2012 15 à 13/08/2012 15

Informação | Procedimentos | QPM | Prorrogação | **CID Guia** | Guia Manipulada / Reclassifique

Princ.	C.I.D.	Nome do C.I.D.
☐		

Ordem	C.I.D.	Nome do C.I.D.
1	Q249	MALFORMAÇÃO NÃO ESPECIFICADA D

Informação de CID.

Tipo de Atendimento Registro Prontuário Nome do Paciente
☒ Internação ☐ Ambulatório 189967 268 ANA GABRIELA

[Internação] CID registrados para este atendimento
Código Nome do CID
Q249 MALFORMAÇÃO NÃO ESPECIFICADA DO CORAÇÃO

Classificação C.I.D. Principal Tipo de Doença Tempo da Doença
CID Sem Classificação ☐ Não ☒ Sim ☒ Agudo ☐ Crônico 1 Dias

Principal	Código C.I.D.	Nome C.I.D.	Tipo Doença	Un. de Tempo	Classificação
☒	Q249	MALFORMAÇÃO NÃO ESPECIFICADA D	Agudo	Dias	CID Sem Classificaçã

Figura 29 - Conferência da guia no sistema – aba CID guia

Fonte: adaptado pelo autor

Na aba “CID guia” faz a conferência do CID do paciente e seu detalhamento pode ser verificado no botão destacado “CID” (Figura 29).

Dessa forma, tem-se o encerramento da conferência da guia lançada no sistema para consequente envio do prontuário para a auditoria.

4.3.4 Entrevista Auditoria

O setor de auditoria é supervisionado por uma enfermeira com especialização em auditoria médica. Além de supervisionar o setor de auditoria do Hospital, faz também a supervisão e apoio às áreas correlatas, como conta corrente, centro cirúrgico, faturamento e pagamento médico (recursos de glosas).

No setor de auditoria são concentradas as contas que serão faturadas de todo o Hospital para as Operadoras. Assim, há um fluxo considerável de contas provindas do 4º andar, 3º andar, UTI Neonatal e Pediátrica.

Sua função é essencialmente equalizar aquilo que foi utilizado no paciente, versus o que poderá ser cobrado da Operadora de acordo com o que contratualmente está previsto assim como nos protocolos do manual de auditoria. É na auditoria que se faz a regulação da utilização de tecnologia dentro do Hospital, necessitando estar de acordo com o que foi autorizado pela Operadora.

A conferência da auditoria se concentra na utilização de materiais, medicamentos, órtese, prótese e materiais especiais (OPMEs) e conferência dos procedimentos realizados.

A conferência dos materiais e medicamentos será tanto os utilizados no centro cirúrgico mediante nota de sala (ANEXO F), como os utilizados durante o período de internação nas respectivas alas hospitalares.

A nota de sala é o documento provindo e digitado pelo centro cirúrgico no qual relaciona tudo o que foi utilizado no centro cirúrgico em termos de materiais, medicamentos e gases, além de informar, o tempo de cirurgia e equipe médica. Dentre os materiais utilizados constarão também os OPMEs, considerados pela Operadora como itens de alto custo, devendo estar com as etiquetas coladas no seu verso. Em se utilizando medicamentos de alto custo, anexa seu rótulo na nota de sala.

A auditoria em poder da nota de sala fará a conferência dos principais itens listados com os lançados na conta do paciente mediante verificação no sistema da tela “manipulação de conta” (Figura 21). A conferência se balizará em termos de quantidade e valores lançados.

As quantidades serão verificadas de acordo com o laudo médico ou por intermédio da prescrição, devendo estar atenta especialmente para os casos de fracionamento. As regras de fracionamentos deverão estar condizentes com os estabelecidos pelas Operadoras por intermédio dos manuais de auditoria.

Em relação a valores a checagem é verificar o quanto está cobrando versus o quanto é previsto em contrato pela Operadora. Como a parametrização dos valores ocorre via sistema, a atenção é mais focada em medicamentos que divergem muito de seus valores de custos, devendo portanto, a auditora ter uma noção dos valores praticados pelo mercado, pois não é operacionalmente viável a conferência e cálculos manuais de item a item a partir da tabela das Operadoras. A rotina como é visual, é passível de se passar medicamentos com valores absurdos que certamente serão glosados e barrados na auditoria da Operadora.

A alteração dos valores é no campo “valores + extra” conforme foi detalhado na entrevista do conta corrente ao modificar valores das dietas parenterais (Figura 21).

Com a nota de sala, e com auxílio da guia de solicitação de internação (ANEXO A) a auditora verifica os itens de OPMEs que foram utilizados e autorizados respectivamente. Além disso, conferirá se o centro cirúrgico fez o devido preenchimento do formulário de OPME (ANEXO H), especialmente com o orçamento aprovado pela Operadora. Ocorrendo qualquer divergência ou falta de documento, a auditora providenciará para que não corra risco de problemas na cobrança e consequente recebimento do Hospital. As OPMEs são objeto de foco de análise tanto da parte do Hospital como da Operadora por envolver altos valores.

Já os materiais e medicamentos utilizados durante o período de internação precisam estar condizentes com os prescritos e relatados pela equipe médica, bem como com a evolução da enfermagem. Na prescrição médica deverá constar o nome do medicamento, a periodicidade de aplicação e dosagens. Em conjunto para evidência do uso, tem-se a evolução da enfermagem que anota os horários das aplicações e respectivas dosagens. Assim, os valores cobrados precisam estar de acordo com o que o médico estabeleceu e a checagem da enfermagem.

Para os materiais a sistemática é similar sendo necessário o relatório médico no qual justifica o uso, e consequente evolução da enfermagem para evidenciar o uso.

Produtos cobrados, mas que não são pagos pela Operadora, são “zerados” no sistema pela auditoria no “manipulação de contas”. Em alguns itens ocorre isso, pois ao realizar o

lançamento do produto, seja medicamento ou material, o almoxarifado ou farmácia precisam fazer a dispensação via sistema para baixar o estoque. E com a dispensação os itens são valorizados. Toda dispensação é realizada mediante solicitação médica ou quando permitido por solicitação da enfermagem.

Pode ocorrer a inclusão de material ou medicamento que conste que foi utilizado no paciente, mas não está na listagem de cobrança.

Além das conferências dos materiais e medicamentos, faz-se a conferência do procedimento realizado versus o que está autorizado, sendo que qualquer irregularidade é providenciada alteração ou troca da guia.

As prorrogações também são objeto de análise e conferência por parte da auditoria, assim como as guias de SADT (ANEXO C). Para as guias de SADT deverão estar junto os laudos dos resultados, que servirão de evidência para a auditoria da Operadora checar a efetiva realização. Em não estando os laudos a auditoria do Hospital providencia.

Estando tudo verificado, lançado ou modificado a auditoria envia a conta para o setor de faturamento que lançará os itens restantes, como diárias, taxas e gases para finalizar o faturamento.

4.3.5 Entrevista Faturamento

Em poder das contas providas da auditoria o faturamento fará a complementação das cobranças, acrescentando diárias, taxas e gases para finalizar o faturamento da conta e efetivo encaminhamento para a Operadora.

Assim, a função do faturamento consiste em precificar os serviços prestados pelo Hospital. Mesmo os materiais e medicamentos não sendo objeto de inclusão na cobrança é responsabilidade do setor parametrizar as regras de cada convênio no sistema, de modo a cobrança dos materiais e medicamentos serem precificados de acordo com o estabelecido em contrato.

Antes de serem lançadas no sistema, para otimizar o tempo no momento dos lançados, o faturamento faz uma listagem do que será cobrada de cada conta. A listagem é realizada pelo preenchimento do ANEXO G. Ressalta-se que este relatório, quando as contas forem da UTI Neonatal ou Pediátrica, já foi preenchido pelo conta corrente. O conta corrente do 4º não faz o preenchimento devido ao fluxo de altas que há no andar, não dando tempo necessário para

preencher e ao mesmo tempo liberar o paciente. No 3º andar o fluxo de altas é em menor quantidade, apesar de representarem maior valor.

O faturamento não mexe com itens de materiais e medicamentos, pois já foram todos checados e corrigidos pela auditoria.

Cada convênio possui uma data de envio das contas, devendo o faturamento respeitá-las sob pena de ter atraso ou até a recusa do pagamento pela Operadora. As datas de envio do faturamento estão mais bem detalhadas na Tabela 26, a partir dos convênios selecionados para análise.

CONVÊNIO	DIA FATURAMENTO
Convênio 01	dia 15 e 30
Convênio 02	fechamento semanal
Convênio 03	fechamento semanal
Convênio 04	fechamento semanal
Convênio 05	faturado diariamente
Convênio 06	dia 10
Convênio 07	dia 15
Convênio 08	dia 10
Convênio 09	dia 15
Convênio 10	dia 10
Convênio 11	dia 15 e 30
Convênio 12	dia 10
Convênio 13	dia 10
Convênio 14	dia 10

Tabela 26 - Data de Faturamento

Fonte: elaborado pelo autor

Para os convênio 01 e 11 o envio das faturas é quinzenal, sendo a primeira quinzena devendo ser enviada até o primeiro dia útil após o dia 15 do mês e a segunda quinzena no primeiro dia útil após o dia 30. O pagamento também é realizado quinzenalmente, sendo a primeira quinzena paga no primeiro dia útil do mês subsequente e a segunda até o último dia útil do mês subsequente.

Os convênios 2, 3, 4 e 05 o envio é semanal, porém o pagamento é quinzenal, sendo 50% no 5º dia útil do mês subsequente ao faturado e os outros 50% até o dia vinte.

A fragmentação do faturamento e envio dos convênios mencionados é devido ao alto volume, se comparado com os demais convênios, de internação que possuem. É mais para facilitar tanto em termos de auditoria das contas tendo uma melhor sistematização, como também visando manter uma continuidade no faturamento das contas no setor, para não haver represamento e consequente acúmulo.

Para ilustrar a rotina do faturamento, a exemplo do que foi feito nos demais setores, mapeou as telas do sistema de informação acessadas. Pegou-se como exemplo de lançamento o faturamento de um procedimento de cesárea.

Entra-se no módulo “faturamento” e acessa menu “manipulação de contas” para iniciar o processo de faturamento. A tela de acesso está conforme a Figura 30, no qual será inserido o número de registro do paciente para carregar as informações. Após é clicado em “manutenção do convênio”.

Figura 30 - Manutenção Convênio

Fonte: elaborado pelo autor

Como primeira etapa de verificação, serão checados o convênio, padrão de acomodação e nome do paciente se foram corretamente lançados pela recepção (Figura 31).

Figura 31 - Manutenção Convênio – alteração do convênio

Fonte: elaborado pelo autor

Em o convênio estando errado, o faturamento altera inserindo novo convênio e deletando o errado. Antes porém de deletar o convênio errado, seleciona o convênio correto e clica no flag “convênio principal” conforme assinalado na Figura 31, para que todos os itens lançados no convênio errado sejam transferidos, via sistema, para o novo convênio criado. Lançamento errado de convênio é possível de acontecer, pois a recepção no momento da internação não se atentou da diferença, pois uma determinada Operadora pode possuir vários convênios.

Figura 32 - Manutenção Convênio – alteração do beneficiário

Fonte: elaborado pelo autor

Após alteração do convênio quando necessário, se verifica o beneficiário. Para alterar o beneficiário caso esteja incorreto, basta clicar em “seleção beneficiário” no qual abrirá tela

que permitirá pesquisa. A conferência do paciente ocorre por intermédio da visualização das informações contidas na guia de autorização de internação física.

Após manutenção do convênio será revisado novamente pelo setor se a guia lançada no sistema está condizente com ao autorizado. A conferência ocorre por intermédio da guia física. As telas de conferência da guia correspondem às Figura 25, Figura 26, Figura 27, Figura 28 e Figura 29, conforme relatado na entrevista da rotina do conta corrente do 3º andar. Porém a conferência é um pouco mais detalhada, pois as informações precisam estar precisas para que não haja erros na exportação.

Como primeiro item a ser conferido da guia será “numero da guia” e seu período de autorização (Figura 25 - Conferência da guia no sistema - aba informação continuação). Na aba “informação” terá ainda a “data de emissão”, “data de validade”, “data da solicitação”, “previsão internação”, “senha de autorização”, “código” do prestador de serviço (Hospital), “código” do médico solicitante, “padrão acomodação”, quantidade de diárias “solicitada” e “autorizada”, “tipo de consulta” (sendo seguimento para internação, e “rotina” para cirurgias eletivas) e “indicação clínica” que é o código do CID principal. Todas as informações precisam estar condizentes com a guia física, em não estando o faturamento faz a alteração.

Na aba “procedimento” (Figura 26 - Conferência da guia no sistema – aba procedimento) se faz a conferência do código TUSS – Terminologia em Saúde Suplementar, no qual é o código padronizado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar para os procedimentos. A padronização ocorreu devido à existência de diversas tabelas no mercado, sendo a mais utilizada no estado de São Paulo a AMB 92 – Associação Médica Brasileira editada em 1992. Cada tabela utilizada pelos convênios é convertida para o padrão de código do TUSS. O processo essencial para exportação das contas. Caso seja procedimento diferente ao autorizado na guia, o faturamento faz a alteração.

A aba seguinte “OPM” não é utilizada pelo faturamento (Figura 27 - **Conferência da guia no sistema – aba OPM**).

Na aba “prorrogação” (Figura 28 - Conferência da guia no sistema – aba prorrogação) será alterado ou inserido prorrogações que por ventura a conta hospitalar contiver. Para isso, coloca-se a “data da prorrogação”, “nome do Responsável pela liberação” (atendente no convênio que fez a autorização), padrão de diária autorizado, “solicitado”, “autorizado” e “senha de prorrogação”.

Na aba “CID guia” (Figura 29 - Conferência da guia no sistema – aba CID guia) há conferência dos dados para que assim se encerre o processo de conferência da guia inserida no sistema.

A checagem de todas as informações do convênio, do beneficiário e da guia de internação precisa estar rigorosamente correta, para que no momento da exportação do arquivo em XML para a Operadora não ocorra erro. Será com base nas informações exportadas e impressas no padrão TISS que a Operadora realizará o pagamento.

A Tabela 27 é um resumo das guias que serão impressas e enviadas em conjunto com o eletrônico para conferência e posterior pagamento.

GUIA	RESUMO
Guia Resumo da Internação	É a guia que resume toda informação gerada no faturamento, como dados cadastrais do beneficiário, dados convênio etc
Guia de Honorário Médico	Informação com código e nome do procedimento de cada profissional envolvido realizou. Exemplo: em uma cesárea irá uma guia de honorário para cirurgião obstétrico, para anestesista e para pediatra
Guia Outras Despesas	Resumo de todos itens cobrados em taxa, diária, material e medicamento
Guia SADT	Código e nome dos procedimento de diagnose e terapia realizados no procedimento principal

Tabela 27 - Resumo das guias enviadas no padrão TISS

Fonte: elaborado pelo autor

Sem contar que as informações depois serão enviadas eletronicamente para a ANS por meio do padrão TISS – Troca de Informações Saúde Suplementar, no qual as Operadoras e prestadores de serviço são obrigados.

Uma vez com a conferência da guia, inicia-se o processo de faturamento propriamente dito. Na aba “procedimento” (Figura 33) será conferido e lançado o procedimento realizado correspondendo aos honorários médicos.

Manipulação de Conta (Alteração de Valores Extras)

Paciente
 Tipo: ☒ Internação ☐ Ambulatório Registro: 19: Prontuário: 27(Nome do Paciente: ELISABETE I

Procedimento Produto Taxa Cirurgia Resumo da Conta Resumo Guia Críticas

Cód.Doc. No.Docto No.Fech. No. Item Data Lanccto Centro de Custo Requisitante Origem de pagamento
 / / : : / / : : 00.03.001-5 ASSIST.AO RECEM-NASC.(PARTO NO) Convencional

Início do Procedimento Término Procedimento Código Nome do Procedimento Técnica utilizada
 / / : : / / : : 00.03.001-5 ASSIST.AO RECEM-NASC.(PARTO NO) Convencional

Código Nome do Médico Código Nome do Serviço Terceirizado Guia Lançamento
 564 ADALBERTO I

Lançado
 Código Nome do Convênio
 Código Nome do Padrão
 Código Nome da Moeda
 8 TABELA DE CH 0.20

Quantidade Quantidade Moeda Valor Calculado
 1,0000 240,0000 48,0000

Cobrança Extra
 Código Nome do Convênio
 Código Nome do Padrão
 Código Nome da Moeda Valor da Moeda
 8 TABELA DE CH 0.20 0,2000

Qtde Extra Valor Extra Calculado + Extra
 0,0000 0,0000 48,0000

Receb. Pacote

Classificação TISS
 Guia HONORARIO INDIVIDUAL No.201200304905 Médico ADALBERTO I Serv.Terc.

Guia **HONORARIO INDIVIDUAL** No.201200304905 Médico ADALBERTO I Serv.Terc.

IM	Tipo	Nro.Fecham.	Cód.Guia	Cod.Proc.Médico	Desc.do Proc.Médico	Qtd.Proc.Médico	Valor Proc.
A		1		00.03.001-5	ASSIST.AO RECEM-NASC.(PAR	1,0000	48,0000
A		1		00.03.003-1	ASSIST.AO RECEM-NASC.:PED	1,0000	91,0000
A		1		80.04.106-0	TESTE DO OLHINHO	1,0000	9,5790

Guia Manipulada / Reprocesse Prop \ Pac Associado Prop \ Pac com Manip. Manual ☒ Mostrar Qtds. Zeradas de Procedimentos

Figura 33 - Manipulação de Conta procedimento

Fonte: elaborado pelo autor

Geralmente honorário médico é enviado “fora” da conta hospitalar, somente a título de informação para a Operadora ter ciência de qual médico realizou o procedimento diante do que possui autorizado na guia de internação lançada no sistema e física. O pagamento dos honorários será realizado diretamente da Operadora para o médico. Os valores precificados vão de acordo com os valores cadastrados nos sistema para cada convênio. A Figura 34 trata-se dos honorários realizados ao pediatra, procedimentos complementares ao procedimento principal e possíveis exames que o médico realizou na paciente ou no recém-nascido.

Lançamento

Código: 00030031 Nome do Procedimento Médico: ASSIST.AO RECEM-NASC.: PED.SL.PARTO

Código: 200 Centro de Custo Requisitante: CENTRO CIRURGICO

Apresentar Centro de Custo:
 ☒ Todos os Centros de Custo
 ☐ Apenas os permitidos para o Documento de Honorário Médico

Código: 564 Nome do Médico: ADALBERTO

Código: Nome do Serviço Terceirizado:

Convênio: Início do Procedimento: Término do Procedimento:

Data do Lançamento: 23/08/2012 Técnica utilizada:
 ☒ Convencional
 ☐ Videolaparoscopia
 Quantidade: 1,00 Valor: 91,0000

Lançamentos Automáticos Realizados Manualmente

Código	Nome do Procedimento	Item	Código	Nome do Médico
00.03.003-1	ASSIST.AO RECEM-NASC.: PED.SL.PA	3	564	ADALBERTO
00.03.001-5	ASSIST.AO RECEM-NASC. (PARTO NOR	2	564	ADALBERTO
80.04.106-0	TESTE DO OLHINHO	1	564	ADALBERTO

Figura 34 - Faturamento dos Honorários Médicos

Fonte: elaborado pelo autor

Para haver a inclusão dos honorários médicos, clica-se no botão “inserir” no qual abrirá a tela da Figura 34. Para incluir os honorários deve-se digitar “código” do lançamento que no exemplo é 30031 que corresponde à assistência ao recém-nascido no procedimento de cesariana. Coloca-se o centro de custo, que no caso é o centro cirúrgico e confirma.

Lançamento

Código: Nome da Taxa Hospitalar:

Código: 81 Centro de Custo Requisitante: FARMACIA

Apresentar Centro de Custo:
 ☒ Todos os Centros de Custo
 ☐ Apenas os permitidos para o Documento de Taxas

Convênio: Início da Taxa: Término da Taxa:

Data do Lançamento: 23/08/2012 Quantidade: Qtd. Horas: Valor:

Lançamentos Automáticos Realizados Manualmente

Código	Nome da Taxa Hospitalar	Quantidade	Valor da Taxa	No. Item	Data de Lançamento
*					23/08/2012
90034	KIT ACOMPANHANTE PARTO - TX	1	20,0000	5	23/08/2012
92371	REFEIÇÃO - CUSTO CONVÊNIO	1	10,3000	4	23/08/2012
90069	DIARIA DE BERCARIO	1	185,9200	3	23/08/2012
90221	SALA/CIRURGIA-PORTE 3 - TX	1	715,0700	2	22/08/2012
90000	DIARIA CIRURGICA	1	247,8600	1	22/08/2012 08:52:0

Figura 35 - Taxas Hospitalares

Fonte: elaborado pelo autor

Retornando a tela da Figura 33, clica-se na aba “taxa” (Figura 35) no qual será inserido as diárias, taxa de sala ou de equipamentos utilizados, kit cirúrgico (corresponde a roupa disponibilizada para o pai acompanhar a cesárea) e refeição do acompanhante (a refeição do paciente está incluído na diária). A aba “produto” não é mexida pelo faturamento uma vez que a auditoria já inseriu produtos (material ou medicamento).

Fechando a tela de cobrança de taxas hospitalares, retorna a tela de “manipulação de contas” (Figura 33) novamente, para clicar na aba “cirurgia” que abrirá a janela conforme Figura 36.

Item	Código	Nome do Procedimento	Quantidade	Via	Via Procedimento	Técnica Util.
1	45080194	CESARIANA	1	1 Via Principal	C	

Figura 36 – Cirurgia procedimento
Fonte: elaborado pelo autor

Na inclusão de “cirurgia” corresponde a precificação do procedimento principal em si autorizado, que no exemplo é uma cesárea. No momento da internação é praxe a recepção já inserir a informação que só será conferida ou alterada pelo faturamento. No cadastro do sistema já está contemplado que em sendo uma cesárea o porte cirúrgico será o porte 3. Qualquer mudança será movida pelo faturamento de acordo com o que prevê cada convênio.

Código	Nome da Função	Código	Nome do Médico	Valor Médico
1	1º CIRURGIAO	920	SYLVIA	160,000
2	1º AUXILIAR	820	RACHID	48,000
7	ANESTESISTA	367	OSCAR	150,000

Figura 37 - Cirurgia equipe médica
Fonte: elaborado pelo autor

Após informar o procedimento, o faturamento confere com a nota de sala, laudo cirúrgico e anestésico os médicos que realizaram o procedimento. O lançamento dos médicos é realizado no momento da digitação da nota de sala pelo almoxarifado do centro cirúrgico. É necessário que sejam os médicos autorizados em guia. Em não sendo o faturamento faz a correção. A valorização do procedimento é de acordo com que está previsto em tabela

contratual. Esta informação, a exemplo do que ocorre com o processo de cobrança de honorários médicos da Figura 34, serão informados “fora” da conta hospitalar servindo apenas para evidenciar que os médicos autorizados foram os que realmente realizaram o procedimento. A Operadora com isso fará o devido pagamento direto a eles.

Caso o procedimento que está sendo faturado esteja sob a condição de pacote, o faturamento converterá a cobrança. Para isso, basta clicar no botão “pct” conforme pode ser visualizado na Figura 33 que o sistema de informação automaticamente zerará todos os itens, conservando apenas as quantidades, e considerará o conjunto de itens como sendo um único valor. Valor este que dependerá do acordo entre Hospital e Operadora.

A imagem mostra uma interface de software para a 'Manipulação de Conta (Alteração de Valores Extras)'. No topo, há campos para 'Paciente Tipo' (Internação selecionado), 'Registro' (191), 'Prontuário' (276) e 'Nome do Paciente' (ADRIANA). Abaixo, há uma barra de navegação com ícones e rótulos: 'Procedimento', 'Produto', 'Taxa', 'Cirurgia', 'Resumo da Conta', 'Resumo Pacote', 'Resumo Guia' e 'Críticas' (destacado com um círculo vermelho). Abaixo disso, há campos para 'Convênio', 'Tipo da guia', 'No. guia' e 'No. recham.'. Na parte inferior, há uma barra de ferramentas com ícones e botões: 'Histórico', 'Aviso', 'Bloqueio' (com ícone de cadeado fechado) e 'Liberado Manual' (com ícone de cadeado aberto). No rodapé, há uma tabela com cabeçalhos: 'Situação', 'Convênio', 'Fechamento', 'Código' e 'Crítica'.

Figura 38 - Crítica Conta
Fonte: elaborado pelo autor

Após finalizado o processo de faturamento, a faturista “criticará” a conta, ou seja, solicitará a validação do sistema. No exemplo utilizado não houve erros, conforme pode ser visualizado na Figura 38. A conferência do sistema consiste essencialmente com o que está lançado na guia versus o que foi digitado. Ocorrendo divergência o sistema apontará, obrigando o faturista corrigir para assim conseguir gerar o lote de exportação.

Gerador de Lote.

Legenda da situação do lote: ☒ Aberto ☐ Encerrado

Lote contém paciente(s) de: ☒ Internação ☐ Ambulatório ☐ Ambos

Exibir lotes do: ☐ Mês ☐ Trimestre ☐ Ano ☒ Todos

Exibir lotes do tipo: ☐ Particular ☐ Todos ☒ Outros

No. Lote	Descrição do Lote	Mês de Cobrança	No.Fatura
42521	FATURA AMBULATORIAL - 2ª QUINZ. L07 AGOSTO/12	08/2012	
42520	FATURA AMBULATORIAL - - 2ª QUINZ. AGOSTO/2012	08/2012	
42516	FATURA AMBULATORIAL - AGOSTO/2012	08/2012	
42515	F A T U R A - - AGOSTO/2012	08/2012	
42513	FATURA AMBULATORIAL AGOSTO/12	08/2012	
42512	F A T U R A - - AGOSTO/2012	08/2012	
42509	3ª SEM - F A T U R A - - FECHAMENTO - AGO/12	08/2012	
42508	3ª SEM - F A T U R A - - LOTE 03 - AGO/12	08/2012	
42507	3ª SEM - F A T U R A - - LOTE 02 - AGO/12	08/2012	
42506	3ª SEM - F A T U R A - - LOTE 01 - AGO/12	08/2012	
42505	3ª SEM - F A T U R A - - LOTE 02 - AGO/12	08/2012	
42504	3ª SEM - F A T U R A - - LOTE 01 - AGO/12	08/2012	
42503	3ª SEM - F A T U R A - ECHAMENTO - AGO/12	08/2012	
42502	3ª SEM - F A T U R A - OTE 03 - AGO/12	08/2012	
42501	3ª SEM - F A T U R A - OTE 02 - AGO/12	08/2012	
42500	3ª SEM - F A T U R A - OTE 01 - AGO/12	08/2012	
42482	2ª QUINZ - PACOTE UTI - AGO/12	08/2012	
42481	2ª QUINZ - PACOTE S/GUIA - AGO/12	08/2012	
42480	2ª QUINZ - PACOTE - AGO/12	08/2012	
42479	2ª QUINZ - LOTE S/GUIA - AGO/12	08/2012	
42478	2ª QUINZ - - - LOTE 01 - AGO/12	08/2012	

☒ Inserir Novo Lote ☒ Alterar Cabeçalho ☒ Alterar Itens ☒ Localizar Lote ☒ Pesquisar Pac. ☒ Imp de Contas
☒ Excluir Lote ☒ Encerrar ☒ Resumo do Lote ☒ Desmembramento ☒ Contas por Lote ☒ Prévia Pagto.

Figura 39 - Geração Lote
Fonte: elaborado pelo autor

Com as cotas devidamente criticadas e em ordem, o faturamento agrupará as contas em lotes, respeitando o limite máximo de trinta contas por lote e convênio. Na Figura 39 tem-se a formação de diversos lotes. O faturista pela tela terá condições de visualizar os lotes encerrados, e os que estão aguardando contas para serem finalizados e assim exportados via XML para a Operadora.

Com o arquivo XML a Operadora importará as informações faturadas em seu sistema, para conferência e posterior pagamento. Em paralelo o faturamento envia a Operadora o físico do faturamento, contendo a conta corpo (relação dos honorários médicos, taxas, diárias, gases), relação detalhada dos materiais e medicamentos, mais as guias listadas na Tabela 27 - Resumo das guias enviadas no padrão TISS.

A auditora da Operadora atua justamente antes da exportação do arquivo em XML. O faturamento faz a impressão e deixa as contas prontas para verificação da auditoria. Com a validação da auditoria exporta-se as contas. Havendo alteração, o faturamento precisa retirar a conta do lote, corrigi-la e depois inserir novamente no lote para exportação.

4.3.6 Entrevista Pagamento Médico

A função do setor de pagamento médico consiste na conciliação das receitas do convênio. Uma vez as contas faturadas pelo Hospital e enviadas para a Operadora, o pagamento médico receberá o retorno daquilo que foi efetivamente pago.

A conciliação é feita com base nos demonstrativos de pagamentos assistenciais disponibilizados pelas Operadoras via arquivo digital ou físico. Uma vez com o demonstrativo, será feito comparativo daquilo que foi cobrado versus o pago. O objetivo é averiguar se precede ou não os não pagamentos.

As glosas podem ser assim segmentadas: glosas administrativas e glosas técnicas. As glosas administrativas consistem na recusa de pagamento por cobrança indevida de itens cobrados a maior (valores diferentes do acordado ou quantidade em excesso), ou itens cobrados diferentemente do que foi autorizado, ou seja, o não pagamento está relacionado a evidências que poderão ser comprovadas com documentação administrativa não necessitando de análise técnicas.

As glosas técnicas por outro lado, estão relacionadas a não concordância do pagamento por questões técnicas levantadas pela auditoria. Podem ser elas, discordância no pagamento de itens que no entendimento da auditoria da Operadora já estariam incluídos na diária, ou que determinado material ou medicamento foi utilizado em demasia de modo que não há evidência para tal, na prescrição médica e evolução da enfermagem, ou ainda discordância no pagamento de determinado medicamento por entender que o Hospital está cobrando marca, enquanto a recomendação é utilizar genérico. Enfim, são todos itens que requererão intervenção por parte da auditoria no momento que o pagamento médico for montar o recurso, pois a justificativa de argumentação terá que pautar em questões mais técnicas.

O pagamento médico deverá sempre estar atento ao tempo de recurso estabelecido em contrato, pois perdendo o prazo, o Hospital não poderá mais recursar, deixando subentendido que concordou com a glosa.

A rotina do pagamento médico em sua maior parte não está no sistema de informação do Hospital. É tudo gerenciado com arquivos de excel disponíveis na rede. O trabalho é realizado convênio a convênio mensalmente de forma meticulosamente.

Foi notado que o volume de trabalho gerenciado pelo setor é relativamente alto devido a falta de ferramentas no sistema que poderiam auxiliar na conferência. Além disso, o retorno dos convênios não são padronizados, permitindo que seja montado rotina única para contemplar todos os casos ou pelo menos a maior parte deles.

Há convênios que disponibilizam arquivo em excel dos demonstrativos de pagamento, bastando o pagamento médico selecionar somente aqueles que há divergência de valor. Quando encontrado o item com divergência de valor, na frente há a justificativa, no qual será avaliado pelo setor. Em procedendo a justificativa, aceita-se a glosa, lançando para perda do Hospital. Não concordando, o faturamento médico entrará com o pedido de revisão da conta por intermédio do que é chamado de recurso de glosa.

Se a glosa for de cunho administrativo, o pagamento médico montará o recurso em cima de evidências passíveis de comprovação administrativas, como uma guia de autorização expedida pela Operadora por exemplo.

Em si tratando de glosa técnica, o pagamento médico requisitará ajuda da auditoria hospitalar, para que auxilie na montagem do recurso, pois requer justificativas técnicas. Como por exemplo, evidenciar que o a cobrança de um determinado material foi maior ao que usualmente é recomendado devido à particularidade do caso, baseado em evidências na prescrição médica e na evolução da enfermagem. Ou ainda, que determinado medicamento foi utilizado a partir da prescrição médica que exigiu o uso da marca mais cara, não competindo ao Hospital questionar ao médico pela indicação. Nesse caso, cabe a auditoria da Operadora questionar o médico.

Não havendo consenso na glosa técnica, instaura-se a Câmara Técnica para deferimento do caso. A Câmara Técnica trata-se de uma comissão composta por membros da Operadora e Hospital que debaterão sobre o imbróglio para se chegar a um consenso. Pode ser requisitado, havendo concordância pelas partes, de profissionais externos a Operadora e Hospital especializados e reconhecidos por sua classe.

Além das glosas e recursos, o pagamento médico também tem a incumbência de fazer a liberação dos honorários médicos via repasse. É somente após o apontamento do pagamento médico, que a Operadora liberará o pagamento ao médico, pois assim terá comprovação efetiva que o médico autorizado realizou o procedimento no Hospital.

Assim, após análises de glosas, elaboração dos recursos e envio das informações de repasse, encerra-se o trabalho do pagamento médico.

4.3.7 Análise Crítica das Entrevistas

Percebe-se por intermédio das entrevistas que não há uma integração de informações por parte do sistema de informação, o que dificulta a operacionalização das áreas, correndo o

risco de haver cobrança a maior ou até mesmo a não cobrança. A falta de integração é evidenciada pela existência de diversos formulários, nos quais devem ser preenchidos manualmente expondo o Hospital a riscos operacionais.

Assim, há muito retrabalho entre as áreas, inflacionando os custos operacionais do Hospital, especialmente de recursos humanos, hoje principal gasto fixo do Hospital. Com um gasto físico alto, obriga o Hospital a buscar índices de ocupações que justifiquem a estrutura hospitalar. Por esta razão é de que há um risco financeiro do Hospital de ficar no prejuízo é relativamente alto.

Por outro lado, o sistema de informação está em constante evolução devido as mudanças que o setor vem sofrendo nos últimos anos. É um período no qual tanto as Operadoras, como os prestadores de serviços estão se adequando e consequentemente o sistema de informação também.

É frequente casos em que precisa-se alteração a guia de autorização (ANEXO A e ANEXO B), seja devido ao nome do Hospital, do médico, procedimento ou diárias autorizadas não estarem condizente com o realizado.

A guia vindo com o local errado, ou seja, para hospital diferente do qual foi realizado o procedimento, ou pode ocorrer também que o médico autorizado a realizar o procedimento seja diferente do que realmente realizou. Nessas situações o conta corrente ou a recepção solicitam alteração da guia para a Operadora.

Há casos no quais o procedimento autorizado não condiz com o realizado e/ou a quantidade de diárias autorizadas não condiz com o tempo de permanência do paciente no Hospital. Nessas situações, somente o médico que requisitou poderá realizar a alteração, assinar e submeter à nova aprovação da Operadora. A troca de procedimento é comum, por exemplo, em situações em que a Operadora autoriza a realização de parto e no fim evolui-se para cesárea, uma vez que houve complicações no centro cirúrgico não permitindo a realização do parto. Consequentemente a quantidade de diárias autorizadas (normalmente é uma diária) não será a mesma da utilizada (normalmente autoriza duas diárias).

O resultado do processo de troca da guia ou sua alteração é um processo que atrasa a liberação das contas para o setor de faturamento e em consequência o faturamento das contas. É um trabalho muito moroso com a Operadora, no qual o funcionário envolvido na operação não enxerga muita disposição para liberação ou alteração da guia pela Operadora.

Assim, presumi-se que a morosidade por parte da Operadora pode ser intencional, de forma a atrasar o faturamento da conta ou até mesmo como maneira de criar dificuldades para que o Hospital fature corretamente às taxas, diárias, materiais e medicamentos. O interesse da

Operadora consiste no desejo de controlar seu sinistro, controlando por sua vez a liberação das guias de autorização.

Há certa dificuldade por parte da Operadora quanto ao processamento dos dados de autorização para averiguar os custos que está tendo com o Hospital. Isso faz com que haja um certo preciosismo nas liberações, por desconhecer em tempo real, da situação de seu sinistro.

Outro ponto de desgaste entre Hospital e Operadora é o momento da autorização de internações de urgência, ou seja, momentos que o paciente não está em posse da guia de solicitação de internação (ANEXO A e ANEXO B) devidamente autorizada. O procedimento no Hospital é de que se entre em contato com a Operadora antes mesmo de a recepção realizar a internação da paciente.

Para tal, a solicitação de internação é encaminhada a Operadora que fará análise cadastral do paciente e depois submeterá a auditoria médica para realizar a liberação. O problema que este processo de solicitação e liberação na Operadora é um tanto demorado, gerando insatisfação do paciente, e do próprio médico que estará aguardando no centro cirúrgico. Sem contar que a estrutura hospitalar precisa ficar a disposição aguardando a liberação, culminando em custos operacionais indesejáveis e custo de oportunidade por atrasar os demais procedimentos eletivos.

A questão fica ainda mais problemática quando a solicitação de autorização de pedidos de emergência ocorre fora do horário comercial, não tendo à auditoria médica da Operadora a disposição e nem o setor cadastral em pleno funcionamento.

Há relatos inclusive de que a Operadora autoriza o procedimento e quando o paciente já está a caminho da sala do centro cirúrgico, a Operadora cancela a autorização por averiguar algum impeditivo, seja por período de carência ou falta de pagamento da mensalidade do convênio. Como o paciente já está muitas vezes prestes a realização do procedimento, o Hospital não interrompe, até mesmo para não ter problemas judiciais posteriores, assumindo um risco com a Operadora de não pagar a conta ou dificultar o seu pagamento.

Além das liberações, há ainda as prorrogações, objeto de muita reclamação dos setores do Hospital. Não tendo interesse nas prorrogações, especialmente na permanência do paciente na UTI, a Operadora constantemente cria mecanismos que dificultam as autorizações das prorrogações, atrasando todo o faturamento hospitalar.

As autorizações de OPMEs também são alvo da auditoria de constante controle, que as vezes é danoso para o próprio paciente. Em não liberando a utilização da OPME o Hospital não realiza o procedimento ou no caso de já ter sido executado, não fatura a conta por falta de documentação.

Pelas entrevistas, nota-se que médicos realizam procedimentos em conjunto com o procedimento autorizado sem o consentimento da Operadora. O médico faz um acordo com paciente, no qual paga diretamente ao médico os honorários, mas os materiais e medicamentos tanto do centro cirúrgico como do período em que o paciente estiver internado são por conta da Operadora.

Há cláusula contratual que estabelece que o médico só pode realizar procedimentos autorizados em guia. Tendo a necessidade ou ocorrendo outro procedimento é preciso comunicar a Operadora com justificativa médica. Entretanto, por saber que a Operadora muitas vezes não autorizará e não possui plenos controles do que é realizado, acaba executando procedimentos complementares.

Não é uma prática somente de risco do médico, no qual objetivando ganhos extras o realiza sem o consentimento e autorização da Operadora. Junto o Hospital acaba correndo o risco também de ter glosado todo o procedimento, mesmo o que estiver autorizado, pois a Operadora não terá condições de apurar os produtos utilizados para um e outro procedimento. Dependendo do caso, a Operadora poderá inclusive reincidir o contrato com o Hospital.

O Hospital acaba compartilhando o risco com médico, pois não tem controle do que é realizado no centro cirúrgico. Ao mesmo tempo, tem um ganho extra também com os produtos consumidos.

A Operadora assim, amarga gastos extras sem ter condições de atuar mais in loco para verificar aquilo que autoriza e o que se executa.

Uma alternativa para inibir abusos ou o fácil consentimento por parte do Hospital é a Operadora acordar com a instituição hospitalar o pagamento do procedimento em formato de pacote. Dessa forma, não será interessante que o Hospital ou o médico consuma muitos produtos, além do que o procedimento requer para não ter prejuízo, uma vez que o valor pago pela Operadora será fixo. O Hospital passará de incentivar para gestor de recursos.

O Hospital sofre com a falta de normatização de produtos, ocasionando glosas para a instituição que arca com o prejuízo do material ou medicamento.

O Hospital devido a sua dificuldade em repassar aumento dos custos operacionais a Operadora, ou por ter que compensar determinadas perdas ou falta de pagamento, acabando distorcendo a cobrança de itens. Utiliza um medicamento genérico, por exemplo e cobra por um de marca de maior valor.

A Operadora sabendo que há este tipo de praxe na cobrança acaba realizando glosas, mesmo que não justificáveis para tentar equilibrar as contas. Fica um jogo de cobrança versus glosa. Levanta-se assim um questionamento, de que a Operadora esteja utilizando de práticas

deliberadas de metas para as glosas. Ou seja, para não ter seu sinistro aumentando ou para controlar o uso de tecnologia dentro do Hospital, aplica-se glosas. A constatação partiu da informação das médias das glosas apuradas no Hospital por convênio. Nota-se que não há muita oscilação e que as justificativas de recursos das glosas técnicas estão sempre pautadas nas mesmas razões.

Por outro lado, as glosas e recursos evidenciaram também uma falha por parte do Hospital no gerenciamento de suas rotinas no momento que está prestando serviços. Por exemplo, a enfermagem não anotando na evolução o que ministrou para o paciente, a Operadora glosa o medicamento ou material aplicado. A auditoria do Hospital tenta equacionar a rotina com a enfermagem, mas não há meios que façam a sistematização da rotina.

O monitoramento do que está sendo utilizado no Hospital é não controlado on line pela Operadora. É uma limitação do sistema, necessitando que o médico auditor faça o acompanhamento in loco. Semanalmente o Hospital realiza uma visita na UTI, tendo como alvo os médicos auditores para poder explicar e compartilhar os casos. É uma forma de transparência do Hospital, mas que nem sempre os auditores podem acompanhar devido ao alto volume de rotinas de liberações.

Nota-se que a auditoria da Operadora está com alto volume de autorizações e prorrogações. Há dois riscos envolvidos, um de atraso nas liberações, que de fato ocorre, prejudicando o bom andamento e atendimento do paciente. E o outro é o prejuízo nas análises, podendo incorrer a erros, análise superficiais ou burocratização nas liberações uma vez que não há segurança daquilo que está sendo liberado.

O fluxo de contas na auditoria do Hospital também é muito grande, ficando muito suscetível a erros de cobrança de material e medicamento. A verificação fica mais por conta de itens de alto custo. Passa-se cobrança de produtos com erro no cadastro que só será verificado nas glosas deferida pela auditoria.

O correto seria o faturamento faturar somente depois de excluir o que a auditoria da operadora apontasse de erro. Evidentemente os apontamentos estariam equacionados com a auditoria do Hospital. O problema é que operacionalmente a rotina é inviável devido a custo e tempo envolvidos.

É comum erro de faturamento gerando glosa, quando a recepção dá entrada em um beneficiário de convênio diferente ao que efetivamente pertence da mesma operadora. Como o convênio pode ter tabelas acordadas diferentes para diárias, taxas, material, medicamento e gases, a cobrança sai precificada errada. A quantidade está correta, mas os valores não. O erro

só será identificado quando a Operadora fizer a importação das contas faturadas via o sistema de informação, no qual confrontará o código do beneficiário com o seu convênio e verificará os valores que deveriam ser cobrados de acordo com o a tabela estabelecida. Tendo divergência o sistema acusa, e identifica a origem do erro, gerando assim a glosa.

O sistema embora tenha uma série de limitações, conforme pode ser identificado durante o mapeamento das rotinas, ainda sim é uma ferramenta facilitadora para determinadas conferências para faturamento e pagamento de modo a eliminar ou minimizar erros operacionais.

É comum haver glosa técnica por parte da auditoria da Operadora que envolve a discordância em itens que estão explicitamente mencionados na documentação médica. Para esses casos, o Hospital de nada poderá fazer, não podendo contestar o seu uso. Cabe a auditoria da Operadora questionar o seu médico credenciado, fato este que não ocorre com frequência, sendo mais fácil o caminho da glosa para postergar o pagamento ou até mesmo não realizá-lo.

Outra questão que envolve o pagamento médico é quanto ao pagamento dos honorários médicos pela Operadora à equipe médica. Como a Operadora só paga os médicos após apontamento do setor, os médicos chegam a ficar em média, de sessenta a noventa dias sem receber pelo procedimento que realizou. O prazo começa a conta a partir do momento da execução.

Para o médico é difícil equalizar, enquanto para a Operadora é um tempo extra que utiliza para gerenciar o seu caixa, pois nesse tempo já conseguiu receber quase que três de mensalidade do usuário, enquanto não paga o médico. O Hospital pode sair prejudicado também quando há demora no pagamento dos recursos imputados.

4.4 O Processo de Utilização da Tecnologia

Este capítulo se destina a evidenciar o processo de utilização de tecnologia de forma mais abrangente, indo desde o paciente que deseja utilizar até a aplicação o recebimento pelo Hospital.

Figura 40 - Utilização Tecnologia no Hospital

Fonte: elaborado pelo autor

- (1) - Paciente: indivíduo com necessidade de realizar um procedimento cirúrgico que possui plano médico;
- (2) – Médico: médico credenciado na Operadora que analisará o paciente, avaliando a necessidade em questão e que entrará com um pedido de requisição de internação junto à Operadora;
- (3) – Guia de Solicitação: impresso da Operadora no qual o médico fará a requisição do procedimento, e da utilização de OPMEs, caso necessário;
- (4) – Convênio: Operadora de plano de saúde no qual comercializa o convênio no qual o paciente é beneficiário, estando devidamente regulamentado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- (5) – Autorização Administrativa: processo administrativo interno da Operadora, no qual faz as verificações cadastrais e situação do conveniado que está precisando realizar o procedimentos;
- (6) – Auditoria: área da Operadora que analisará o pedido médico para realizar a liberação ou não do procedimento, bem como dos produtos necessários ao ato cirúrgico;
- (7) – Câmara Técnica: composta por médicos especialistas de diversas áreas que analisarão o pedido e encaminhamento da cirurgia;
- (8) - Atuarial: área da Operadora que faz análise do sinistro (utilização dos convênios por parte dos conveniados);

- (9) - Guia de Autorização: impresso da Operadora destinado ao médico solicitante do procedimento e prestadores de serviços, no qual consta o procedimento, OPMEs, materiais e medicamentos autorizados;
- (10) - Prestador de Serviços Hospital: local onde se realizará o procedimento, bem como o fornecedor das OPMEs, materiais e medicamentos;
- (11) - Auditoria Hospitalar: área responsável pela consolidação e validação dos itens a serem cobrados pelo Hospital;
- (12) - Faturamento: área hospitalar responsável pelo faturamento da conta hospitalar que será enviada à Operadora;
- (13) - Pagamento: área na Operadora que fará o pagamento da conta hospitalar de acordo com o estabelecido pela Auditoria. Pela parte do Hospital, será a área responsável pela verificação do que fora cobrada versus o que foi pago;
- (14) – Recurso: relatório enviado pelo conta médica do Hospital contestando a glosa realizada.

O processo inicia quando há uma demanda por parte do paciente. Tal demanda é para que o paciente consiga ter uma melhor qualidade de vida, ou quando não é por fator emergencial, no qual leva risco à vida.

Uma vez com a demanda, o médico analisará o caso, em um primeiro momento verificando a real necessidade da realização do procedimento e consequente uso de tecnologia a ser empregada. Toda a análise e julgamento são permeados segundo os preceitos éticos pregados pelo Conselho Federal de Medicina, em que o Médico jurou seguir.

É justamente o CFM – Conselho Federal de Medicina, o órgão que possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica, além de possuir propriedade na aplicação de sanções ao médico por intermédio do Código de Ética Médica

Com a definição do procedimento e qual tecnologia necessária para o procedimento, o médico preenche um documento denominado de Guia de Requisição ou Guia de Solicitação de Internação (ANEXO A), no qual constará a justificativa médica para a intervenção e os materiais e medicamentos, quando necessário.

O preenchimento da guia é uma exigência da operadora de plano de saúde no qual o paciente é beneficiário e o médico por sua vez credenciado. Ressalta-se que a guia só é necessária para os casos eletivos, ou seja, que não levam risco de vida do paciente, podendo ser agendados. Quando o procedimento é emergencial (risco de vida) a guia e justificativa serão feitos após o procedimento e estabilidade do quadro do paciente.

Em o médico não sendo credenciado, a guia de solicitação deverá necessariamente vir preenchida por um médico credenciado que justificará a vinda do médico não credenciado, pois a operadora avaliará a questão, pois envolve valores dos honorários médicos, além de estar tirando o movimento de outros médicos já credenciados pela operadora qualificados para executarem o procedimento. Caso o médico solicitante e operadora não cheguem a um acordo de quem deverá executar o procedimento, instaura uma Câmara Técnica formada por especialistas que farão a avaliação e julgamento do caso em questão.

A Guia de Solicitação por sua vez é encaminhada para o convênio em questão. O encaminhamento pode ser via física ao convênio ou via sistema, no qual as operadoras para agilizar o processo e diminuir os custos operacionais estão cada vez mais aderentes.

Na operadora, a guia será encaminhada para o departamento responsável pela verificação da regularidade do paciente. A primeira verificação ocorrerá em âmbito cadastral, no qual se averiguará se o paciente é o titular ou dependente e em quais circunstâncias. Há também na questão cadastral, se o beneficiário possui contrato diretamente com a operadora, que no caso terá um contrato individual de pessoa física, ou se no caso sua relação é por intermédio da empresa no qual trabalha. Assim sendo o contrato é entre pessoas jurídicas. Em ambos os casos, a operadora verificará as condições do pagamento, se o paciente requerente do procedimento está em dia com suas faturas.

Em paralelo, verifica-se se o contrato do paciente está ativo e devidamente regulamentado junto ao órgão regulador do setor a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. É importante que o setor da operadora faça as devidas consultas em conformidade com o que regulamenta a ANS, pois em havendo discordância poderá negar o procedimento ou correr o risco de uma fiscalização ou penalização legal.

Verificado a situação cadastral, a operadora checa se o paciente está em período de carência para o procedimento solicitado ou ainda se há alguma restrição quanto à liberação. Não havendo passa-se para o item de pré-existência do mal cometido pelo paciente, ou seja, verifica-se se no momento da adesão do paciente, havia-se existência do mal que sofre atualmente e que gerou a necessidade da intervenção cirúrgica.

Por fim, checka-se se o médico solicitante é devidamente credenciado na operadora para realizar o procedimento. É uma verificação do procedimento realizado está em conformidade com a especialidade do médico, tendo ele capacidade técnica cadastral para realizá-lo.

Estando em conformidade das exigências contratuais e do rol de cobertura estabelecido pela ANS, a operadora emite uma autorização administrativa para assim, a guia de solicitação passe para o setor de auditoria da Operadora.

O setor de auditoria da Operadora é composto por equipes de médicos de algumas especialidades, como cardiologista, ortopedista e traumatologista, ginecologia e obstetrícia e clínica médica. São as especialidades mais presentes nas auditorias atualmente no qual possuem maior demanda por procedimentos e que requer um maior controle por parte das operadoras. Além da equipe médica, há uma equipe de enfermagem devidamente qualificada para atuar mais precisamente na auditoria de materiais, medicamentos, OPMEs e documentos necessários para o procedimento, além de servir de suporte para a equipe médica de auditores.

À partir da autorização administrativa expedida pela operadora, a auditoria fará uma análise mais técnica da solicitação médica, confrontando o pedido médico e a demanda. Na solicitação médica, a auditoria avalia em um primeiro momento a real necessidade da intervenção cirúrgica e consequentemente da utilização das tecnologias envolvidas, especialmente das OPMEs. A avaliação possui como parâmetro casos similares anteriores na medicina, confrontando com os exames requisitados pelo médico e realizados pelo paciente, verificando a possível evolução do quadro de saúde do paciente após a intervenção e utilização da tecnologia. Em se constando que o procedimento é padrão, ou seja, que a requisição médica, materiais e medicamentos e OPMEs a serem utilizados estão em consonância com as boas práticas médicas, e estão de acordo com os exames realizados, a auditoria faz a pré-liberação para a área atuarial.

Em não sendo um procedimento padrão, a auditora solicitará uma análise mais técnica do caso para posterior julgamento. O médico solicitante pode inclusive ser chamado na Operadora para dar maiores explicações do pedido, dando detalhes da necessidade da intervenção e consequente utilização das OPMEs.

Mesmo assim após detalhamento por parte do médico solicitante não havendo consenso médico quanto à realização da cirurgia e utilização tecnológica da OPME, o caso será apresentado a uma Câmara Técnica.

A Câmara Técnica por sua vez é formada por especialistas da área em que o procedimento será feito, podendo ser médicos credenciados pela operadora e médicos externos reconhecidos e conceituados na área em questão. Constituída a Câmara Técnica, a equipe médica debaterá sobre o assunto a fim de emitirem um parecer a respeito da necessidade de utilização tecnológica, bem como para a intervenção cirúrgica. O objetivo central da Câmara é chegar a um consenso de modo a eliminar o conflito de opiniões entre a auditoria da Operadora e a requisição do médico solicitante.

Em havendo um parecer de negativa da intervenção e utilização da OPME, a Câmara permeada pelas questões éticas médicas, embasada nas melhores práticas da medicina, além

de consolidadas com o foco no bem estar do paciente, fará uma recomendação ao tratamento, indicando quais as melhores formas de recuperação. Uma forma por exemplo, pode ser a indicação de sessões de fisioterapias em que no entendimento da Câmara repercutirá em um melhor aproveitamento e recuperação do paciente.

Caso decida-se pela intervenção e utilização da OPME e qualquer outra tecnologia, a Câmara recomendará à auditoria, sempre permeada pelas questões éticas, das melhores práticas médicas e focando no bem estar do paciente.

É importante o respaldo técnico da Câmara aos auditores e até mesmo ao médico solicitante, como forma de minimizar futuro processo judicial em decorrência de possíveis imperícias ou negligências médicas. A intervenção da Câmara Técnica servirá não só para dar um consenso na divergência de opinião médica, mas como também garantir a integridade da saúde do paciente. Além de servir de alento tanto ao médico solicitante como à operadora que possuem interesses econômicos antagônicos no procedimento.

Com o consenso formalizado a auditora emite uma autorização para a realização do procedimento, definindo para os materiais e medicamentos e OPMEs, quantidade a serem utilizadas, tipo, marca e se for o caso as especificações técnicas. Tudo em consonância com o pedido médico e/ou com o parecer da Câmara Técnica.

Em posse da autorização médica, inicia o processo na área atuarial que definirá em qual momento ocorrerá o procedimento, respeitando os prazos legais impostos pelo órgão regulador, bem como o bem estar do paciente, tendo em vista que estará aguardando a liberação definitiva.

A área atuarial estimará, quantificando o valor de todo o procedimento, baseando em caso similares do passado e respeitando as determinações estabelecidas pela Auditoria, como por exemplo marca e quantidade de OPMEs e demais itens relacionados, dentre eles, honorários médicos (equipe médica), taxas e diárias do hospital, materiais e medicamentos. Com o custo estimado que a operadora terá em todo procedimento, a área simulará os impactos na sinistralidade da operadora.

O sinistro de uma operadora trata-se justamente do custo que ela possui junto aos seus beneficiários, ou melhor, é o momento que o usuário utiliza o plano no qual é conveniado. Sendo assim, o sinistro da operadora vai desde uma simples consulta, no qual terá que realizar o pagamento ao médico que prestou o serviço, tendo como parâmetro valores previamente estabelecido em contrato no momento em que o médico foi credenciado, até as cirurgias com utilização de OPMEs, que envolvem prestadores de serviços (clínicas, hospitais, laboratórios e fornecedores), médicos e enfermeiros. Além dos procedimentos eletivos (que requerem

agendamentos e dependendo dos casos autorização) há os procedimentos emergenciais que também compõem o sinistro. Nos casos emergenciais o paciente está em risco de vida, não podendo em nenhuma hipótese a operadora negar o seu atendimento.

A análise do custo do procedimento requerido fará parte da análise macro que se faz para mensurar o possível impacto nos resultados da operadora como um todo. O objetivo é planejar o momento da sua realização para não prejudicar de maneira a comprometer a saúde financeira da operadora com acúmulo de procedimentos realizados bem como demais procedimentos em um determinado período. É preparar o caixa da operadora de forma que a entrada de recursos seja no mínimo suficiente para arcar com todos os gastos inerentes à operação do convênio como um todo, além de garantir as exigências legais impostas pela ANS com relação a prazos de execução, sob pena de desobediência de se instaurar processos administrativos, multas e de último caso intervenção fiscal.

O funcionamento do processo decisório é similar a um seguro de carro, no qual, os pagadores garantem o pagamento dos indivíduos que sofreram sinistros. A atuarial garantirá o melhor funcionamento financeiro da operadora para não haver prejuízos e ao mesmo tempo garantir o atendimento ao paciente necessitado.

Na análise atuarial para o momento da intervenção (intervalo de tempo de espera) leva-se em conta o parecer e ponderação da auditoria que pontua em escala de prioridade a data limite para ocorrer. A ponderação da auditoria estará pautada nas justificativas médicas, bem como o estado de saúde do paciente, garantindo que não haja nenhum risco eminente de vida a ele. Quando há divergência de opinião entre o médico solicitante e auditoria, pode-se instaurar e consultar a Câmara Técnica que fará a análise emitindo um parecer.

Em um segundo momento, a área atuarial analisa também o sinistro ocasionado pelo médico solicitante dentro da operadora. Isso é uma forma de verificação se a solicitação do médico não está saindo dos parâmetros rotineiros do médico. É mais uma validação da adequação do procedimento dentro dos padrões médicos, além de ser uma forma da operadora identificar possíveis acordos ou vieses entre médicos e fornecedores afim de ganhos não justificados.

A rastreabilidade e comparação dos médicos requerentes com os procedimentos já efetuados servirá para a operadora identificar se o médico requerente está dentro da margem de gastos e utilizações de médicos com a mesma especialidade e complexidade cirúrgica. Em havendo constatação de desvios abruptos dos padrões estabelecidos, será uma maneira da operadora tomar medidas corretivas e adequar a sinistralidade como um todo da operadora,

forçando o médico solicitante para os padrões factíveis de gastos, além de incidências de utilização de determinadas tecnologias de OPMEs.

Por fim, outro quesito considerado pela atuarial e auditoria para a liberação definitiva do uso da tecnologia e conseqüentemente do procedimento são as questões das normas legais estabelecidas pela ANS, uma vez que há uma regulação de prazos, que dependerá de caso a caso. O descumprimento dos prazos poderá incidir não somente multa e restrições à operadora, mas como também sanções administrativas e de funcionamento implicando em casos extremas de intervenção fiscal, além dos médicos responsáveis responderem aos órgãos da medicina.

Dessa maneira, com a checagem do momento mais adequado para a operadora em que haja espaço em seus resultados operacionais não prejudicando o equilíbrio econômico e financeiro, respeitando os prazos impostos pelos órgãos reguladores e atendendo a satisfação do paciente visando o seu bem estar, emite-se a Guia de Autorização para o procedimento.

Na Guia de Autorização estará especificando o médico que fará o procedimento, OPMEs, materiais e medicamentos (caso for necessário no procedimento), bem como as quantidades e marcas toleradas. Itens que a operadora é condizente em arcar no procedimento para o paciente em questão. Além dos que virão fruto do período de internação.

Caso no momento da intervenção se utilize algum item de OPME, material ou medicamento de alto custo não especificado na autorização ou até mesmo haja divergência na quantidade, o médico responsável pelo procedimento terá que fazer uma justificativa médica, justificando de maneira técnica o uso para assim, a operadora reavaliar os custos e realizar os devidos pagamentos ou não (havendo discordância).

Além do médico, OPMEs, materiais e medicamentos, constará na Guia de Autorização o local onde será feito o procedimento, ou seja, em qual hospital credenciado pela operadora está qualificado em termos de pessoal (equipe auxiliar médica e enfermagem), equipamentos e produtos necessários para a intervenção. A importância de se constar o Hospital na Guia de Autorização é uma forma de garantir a integridade dos custos estimados, uma vez que há divergências de valores entre os Hospitais nas diárias, taxas e margens de comercialização em cima de OPMEs, materiais e medicamentos. Os preços são estabelecidos e acordos contratualmente entre o Hospital e a Operadora.

A Guia de Autorização geralmente irá ao Hospital com o paciente. Uma vez com a autorização o médico fará o agendamento no centro cirúrgico do Hospital. Em paralelo o paciente será comunicado dos detalhes que deverá providenciar, desde o jejum até os

documentos necessários para a internação e horário que deverá comparecer no Hospital para ser preparado pela equipe local.

No Hospital, o responsável pelo almoxarifado do centro cirúrgico receberá a autorização da utilização da OPME de maneira a providenciar junto ao fornecedor o material de acordo com as especificações solicitadas e quantidades. Tudo deverá estar em conformidade com a solicitação médica no momento da cirurgia de maneira a garantir o sucesso da intervenção.

De modo geral, as OPMEs especificadamente geralmente não ficam estocadas no Hospital, por se tratarem de itens de alto custo e de extrema especificidade para que o Hospital tenha necessidade de mantê-los estocados. A rotina adotada é um acordo entre Hospital e fornecedores de OPMEs que deixam os materiais em estado de consignação ou de promessa de pronta entrega imediata a partir da solicitação do Hospital ou operadora.

Para se determinar qual fornecedor será credenciado pelo Hospital a fornecer a OPMEs vale a regra de mercado que prevalece melhor preço e qualidade. Salvo exceções, em que determinadas OPMEs requisitadas preveem uma marca específica de um fabricante, no qual o distribuidor (fornecedor) tenha a exclusividade de comercialização para a região em questão. E é justamente por essa razão, que as Operadoras juntamente com as auditorias evitam autorizar a OPMEs especificando a marca ou item de exclusividade de um fornecedor. As especificações procuram atender a demanda técnica do médico requerente, bem como a quantidade solicitada.

Em determinadas circunstâncias como um fator de diferencial competitivo o fornecedor pode disponibilizar um profissional especializado que auxiliará a equipe médica no momento da cirurgia para uma melhor eficácia da OPME utilizada, servindo inclusive como forma de divulgação do produto ou até mesmo com efeito de instrução uma vez que a OPME pode ser recém-lançada no mercado ou de desconhecimento dos médicos.

A relação do fornecedor de materiais e o Hospital é meramente comercial, não havendo contrato formal. O fornecedor ou distribuidor que oferecer melhor preço, produtos de qualidade, garantindo a entrega, tenderão a conquistar o Hospital para garantir o fornecimento.

Ressalta-se que é prática de mercado a cobrança da margem de comercialização pelo Hospital, pelo entendimento que há custos envolvendo a estocagem e manuseio do material. O valor será de acordo com o pactuado entre Hospital e Operadora.

Do ponto de vista de faturamento hospitalar a cobrança dos produtos, dentre eles as OPMEs é uma porcentagem em cima do valor faturado ou seguindo uma tabela referenciada. Em sendo assim, há uma evidencia de um viés de ganho e custo entre Hospital e Operadora

(pagador). Para o Hospital é interessante que a nota fiscal do fornecedor seja a maior possível garantindo maior valor a ser faturado na margem de comercialização. Por outro lado, a Operadora querará uma nota fiscal em valor menor do fornecedor por se tratar de custos.

O conflito de interesse é ajustado mediante acordo contratual entre Hospital e Operadora.

Assim como OPMEs são solicitadas a fornecedores ou estão sob a condição de consignados, os materiais e medicamentos de alto custo também possuem tratamento diferenciado no Hospital, no qual serão analisados detalhadamente pela auditoria da Operadora pela representação de altos valores.

A cobrança dos materiais e medicamentos de alto custo segue alguns moldes diferenciados, indo de acordo com padrões de mercado estabelecidos e aceitos. A regra seguida dependerá do contrato entre Hospital e o requerente do serviço que no caso é a Operadora.

Os detalhamentos de cobrança de materiais, medicamentos e OPMEs já foram amplamente discutidos na presente pesquisa.

Tanto as OPMEs, como os materiais e medicamentos de alto custo e produtos em geral consumidos pelo paciente durante o período de internação precisam necessariamente passar pelo crivo, monitoramento e gestão do Hospital. A passagem do produto em si pelo Hospital se faz necessário devido à questão da rastreabilidade, sendo a garantia de segurança do produto. Toda a evolução do paciente durante sua permanência nas instalações do Hospital é de responsabilidade dele, sendo toda informação armazenada no prontuário do paciente. Por esta razão que se justifica a cobrança da margem de comercialização, pois o Hospital acaba tendo custos para atender as exigências legais. Somente o médico ou por ordem judicial que se pode consultar o prontuário do paciente.

Há casos excepcionais, no qual a Operadora possui acordo com Hospital em que por questão de custos menores, fornece os produtos diretamente ao Hospital, com a condição de serem avaliados e aceitos pelo Hospital, uma vez que possui responsabilidades legais por sua aplicabilidade em conjunto com o médico e fabricante. Dessa forma, justifica-se a cobrança da margem de comercialização, pelo ônus do controle e ao mesmo tempo estocagem e manuseio.

Os custos menores obtidos pela Operadora podem ser por possuir uma central de compras, no qual obtém vantagens competitivas com o fornecedor devido ao volume comprado, ou por identificar que está havendo práticas desleais por parte do Hospital para obter ganhos extraordinários. É tudo uma questão da relação de transparência entre o Hospital e Operadora e até mesmo estrutural das partes.

Uma vez utilizados as OPMEs, materiais e medicamentos de alto custo no procedimento, estes deverão constar no relatório cirúrgico assinado pela enfermeira responsável. O relatório do centro cirúrgico é denominado de nota de sala (ANEXO F).

Para as OPMEs, materiais e medicamentos de alto custo recomenda-se, para manter a transparência nas relações, que seja colado as etiquetas dos produtos utilizados no verso da nota de sala de modo a comprovar a utilização dos produtos à Operadora.

Na nota de sala constará também além das OPMEs, materiais e medicamentos de altos custos utilizados, o horário de início e término do procedimento, bem como os procedimentos realizados, pois pode ser que no momento da realização do procedimento programado identifica-se a necessidade outra intervenção sob pena de comprometer o bem estar do paciente.

A determinação do tempo da realização do procedimento é relevante, uma vez que, servirá de parâmetro para a cobrança da taxa de sala, além da estimativa do quanto de gases para anestesia (gases medicinais), oxigênio ou demais gases utilizados.

Em ocorrendo o acréscimo do procedimento, este será devidamente justificado e relatado pelo médico responsável para assim ser passado à Operadora que analisará por intermédio da auditoria a procedência. Além da justificativa do procedimento é anexado justificativa quanto à utilização de OPMEs, materiais e medicamentos excedentes.

Será portanto, por intermédio da nota de sala que a auditoria da Operadora terá condições de verificar o tempo que se gastou para realizar o procedimento, quais produtos, quantidade e marca que foram efetivamente utilizados, comparando com o que fora autorizado. Em havendo desvios do autorizado versus o utilizado, deverão ser justificados pelo médico.

A auditoria da Operadora avaliará a procedência da justificativa médica. Havendo aceitação, a Operadora arcará com os custos adicionais, tanto relativos a honorários médicos como em relação a taxas hospitalares, materiais e medicamentos. Caso contrário, o médico poderá ser requisitado para maiores esclarecimentos, sob pena de ter os valores descontados de seus honorários ou do pagamento que cabe ao Hospital.

Pode ocorrer o desvio na utilização especialmente de OPMEs, materiais e medicamentos de alto custo por erro no manuseio ou operacional na comprovação da utilização por parte da equipe do Hospital. Nesse caso, é bem provável que a Operadora não conceda o pagamento pelo consumo excedente do produto. A não concordância no pagamento do produto utilizado é denominado de glosa.

Finalizado o procedimento, e o paciente em alta hospitalar, a conta seguirá para a auditoria hospitalar. Pode ocorrer de o paciente ficar por um período longo no Hospital, geralmente tempo superior a de 30 dias corridos à data de sua internação, e o Hospital decide fazer uma cobrança da conta parcial para não deixar um ciclo financeiro muito extenso, pois terá que arcar com os custos que teve no período de internação.

Ressalta-se que da data da cobrança da conta até o efetivo recebimento pelo Hospital da Operadora decorre em média sessenta dias, em caso que não se identifica nenhuma irregularidade no faturamento da conta.

Caberá a auditoria hospitalar analisar a conta antes de ser repassada ao faturamento. Seu objetivo é similar ao desempenhado pela auditoria do convênio, no qual verificará todo o prontuário do paciente, com as observações médicas e da enfermagem, o procedimento realizado, OPMEs, materiais e medicamentos de alto custo utilizados se estão condizentes com o autorizado pela Operadora. A análise se concentrará nos itens de maior valor, assim, observará se o valor cobrado está de acordo com o estabelecido em contrato entre as partes.

Será na auditoria hospitalar que se concretizará a cobrança da margem de comercialização das OPMEs, pois será anexado a nota fiscal de venda do produto. Até o momento antes da realização do procedimento, o Hospital possuía apenas a nota fiscal de simples remessa que configura uma transação do fornecedor para com o Hospital do produto em consignação.

A nota fiscal de venda é o faturamento efetivo do produto pela fornecedora para o Hospital. É praxe o Hospital anexar uma cópia da nota fiscal no prontuário para facilitar o trabalho posterior da auditoria da Operadora e a nota fiscal original é encaminhada ao departamento contábil para ser devidamente contabilizado e paga no departamento financeiro da instituição.

Além da nota fiscal, na auditoria hospitalar é realizada a organização do prontuário, com as devidas autorizações e evolução médica e da enfermagem. A evolução médica e da enfermagem, trata-se de todo o tratamento que o paciente passou pelas partes durante sua permanência no Hospital, sendo de suma importância para posterior cobrança dos demais itens que não constam explícito na Guia de Autorização da Operadora por se tratar de produtos de baixo valor, como por exemplo, algodão, solução fisiológica, medicamentos de baixo custo, seringas, agulhas etc.

Passado pela auditoria hospitalar, a conta é encaminhada para o faturamento que acrescentará as diárias, taxas e gases. As OPMEs já terão sido acrescidas pela auditoria

hospitalar, materiais e medicamentos constarão na conta a partir do momento que o almoxarifado realizar a dispensação do produto para o paciente enquanto internado.

As diárias trata-se da hotelaria do Hospital, podendo ser regime de UTI – Unidade de Terapia Intensiva ou diária clínica que estará em conformidade com o padrão de acomodação que o paciente possuir (quarto com acompanhante ou sem acompanhante). Além das diárias de hotelaria, há as taxas, como as taxas de salas do centro cirúrgico que dependerá do porte do procedimento (tempo de cirurgia, no qual pressupõem a complexidade ou porte anestésico) ou taxa de aplicação de medicamento pela enfermagem ou taxa de aplicação do aerosol com medicação. Por fim, tem-se a cobrança dos gases, como oxigênio, óxido nítrico, protóxido etc.

A conta hospitalar finalizada será exportada eletronicamente para o departamento de pagamento da operadora. Quando não há opção de exportação eletrônica por parte da Operadora e/ou do Hospital é enviado a conta em formatado físico à Operadora.

O pagamento efetivo ocorrerá somente após a última avaliação da auditoria da Operadora que analisará todo o processo, desde os itens e procedimentos que constam na guia de autorização, até procedência das cobranças das diárias, taxas e gases.

Em havendo confirmação da auditoria da Operadora é realizado o pagamento ao Hospital e ao médico. Geralmente o pagamento ao médico é realizado diretamente à ele, sendo informado na conta hospitalar apenas qual procedimento realizado, pois entre o médico e a Operadora tem-se um contrato de credenciado. Em não havendo credenciamento por parte do médico ou se algum procedimento tenha sido realizado por médico do Hospital (exemplo plantonista de UTI) a Operadora paga o Hospital quer fará o repasse ao médico de acordo com contrato estabelecido entre as partes.

No caso de não haver concordância por parte da auditoria da Operadora com o que fora cobrado pelo Hospital, seja por falta de autorização ou cobrança abusiva ou divergência de valores estabelecidos contratualmente, realiza-se o denominado a glosa.

A glosa é simplesmente a recusa de pagamento por parte da auditoria da Operadora, seja por uma questão técnica ou discordância de quantidade ou valor. Sendo assim, caberá ao setor de pagamento médico do hospital avaliar a glosa e montar o recurso questionando.

O recurso será novamente analisado e se não elucidado, manter-se-á a glosa, caso contrário poderá ser pago integralmente o recurso ou parte dele. Tudo dependerá das razões e justificativas apontadas.

Os prazos para recursos veem estabelecidos em contrato entre Hospital e Operadora, mas não costuma ser superior a noventa dias a partir do faturamento inicial. Não havendo conciliação no recurso entre Hospital e Operadora, instaura novamente uma Câmara Técnica

que analisar o caso para emitir um parecer final e definitivo. A composição da Câmara será por membros da Operadora, Hospital e externos.

4.4.1 Análise Crítica da Utilização Tecnologia

O fluxo permitiu ter uma noção do quadro geral para a utilização da tecnologia. Evidencia o eu início quando o paciente requer o procedimento, passa pelo médico que avalia as questões, operadora e por fim chega-se ao hospital, local onde será utilizado e cobrado pela tecnologia.

No processo todo há diversos atores, cada qual com uma certa contribuição para a utilização da tecnologia. Nota-se que o processo iniciado pelo paciente, muitas vezes é motivado pelo desejo de se querer a melhora de saúde por intermédio da utilização dos produtos e procedimentos mais modernos existentes. O paciente em seu estado, muitas vezes frágil, é muito influenciado pela opinião médica, não tendo muitas vezes condições de contestá-la. De toda forma, o paciente é ansioso para que o médico resolva o problema de saúde por qual está passando ou até mesmo desejoso de utilizar o plano médico por meramente pagá-lo todo mês.

No caso do Hospital em estudo por se tratar de procedimentos, em sua maior parte, de cesáreas, o paciente que procura o médico está à procura de segurança para realizar o procedimento. Quando não, o paciente acaba sendo uma criança que terá como ator principal, a mãe, ansiosa por uma alternativa da medicina para o mal que assola o seu filho. De qualquer forma, o paciente estará sempre ansioso para requer e utilizar o procedimento.

Em si tratando do médico, há diversos interesses, destacando o interesse pelo bem estar do paciente e os interesses econômicos. Para os interesses da qualidade de vida que poderá propiciar ao paciente, o médico avaliará o caso, equilibrando o que se tem disponível em termos tecnológicos e a real necessidade do paciente, de modo a garantir uma considerável melhor do seu quadro.

Por outro lado, o médico tem também interesses financeiros, uma vez que o sistema de pagamento contemplado no Hospital em estudo, em sua maior parte consiste no pagamento por procedimento. O médico será assim um grande incentivador para a utilização da tecnologia para poder mais tarde, receber seus honorários. A auditoria da Operadora que terá a função de controlá-lo.

As formas de controle vão desde a análise do que o médico está solicitando até submissão da solicitação de internação do médico a especialista da área, para que avaliem a real necessidade do pedido médico.

É difícil mensurar quando há interesses financeiros médicos prevalecendo sob os interesses pela qualidade dos serviços prestados, especialmente se o médico possuir acordos desconhecidos com fornecedores de materiais ou medicamentos. Uma vez prescrito pelo médico, poderá ter ganhos extras dos fornecedores.

Nessa configuração, o médico que acaba desempenhando o papel de cliente do Hospital, pois pode solicitar a cirurgia em questão para ser realizada em outro local. Obviamente que a Operadora poderá tentar represar o atendimento para o Hospital, mas a palavra final sempre será do médico.

Dessa forma, o Hospital precisa fazer a conciliação entre o desejo médico, versus os interesses da Operadora, e ao mesmo tempo garantir sua rentabilidade. O Hospital precisa conquistar o médico e ao mesmo tempo negociar valores atrativos de tabela com a Operadora.

Assim, o meio de melhor garantir a utilidade e consequente uso da tecnologia é controlar o pagamento médico, ou melhor, mudar a sistemática de remuneração do médico. Talvez adotando políticas de remuneração por pacote ou por desempenho sejam as melhores formas para se equalizar o uso e os custos envolvidos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que tecnologia na saúde é a intervenção usada para promoção, prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças, incluindo medicamentos, equipamentos, procedimentos e protocolos médicos, segundo Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra – NHS. As pessoas estão cada vez mais utilizando dos serviços na área saúde devido a tantos avanços tecnológicos, assim como ao acesso aos serviços que possuem por intermédio dos planos médicos.

Travasso e Martins (2004) traçam fatores determinantes para a utilização dos serviços, em que a influência de cada um está associada ao tipo de serviço (hospitalar, ambulatorial ou de clínica) e se são de cunho preventivo, curativo ou de reabilitação. Os fatores estão ainda relacionados aos prestadores devido a recursos estruturais disponíveis, especialidade atendida,

nível de complexidade, disponibilidade de oferta de serviços, modo de remuneração e acesso ao local, bem como, aos profissionais médicos devido à idade, sexo, tempo de graduação e experiência na área, especialidade médica e forma de pagamento.

Sendo assim, a área da saúde tanto no Brasil como no exterior vem sofrendo com os altos gastos. A área está vivenciando uma progressão sem precedências de gastos, especialmente no emprego de tecnologias, resultado de usos indiscriminado de tecnologia. Os Estados Unidos, por exemplo, é o país que está em primeiro lugar em gastos per capita com assistência médica segundo dados da The Commonwealth Fund (2010). Apesar das altas somas de recursos gastos na saúde pelo país norte-americano não se verifica a mesma evolução na expectativa de vida de sua população e consequentemente da melhora da qualidade de vida.

Uma das razões para os aumentos exorbitantes dos gastos, além da demanda pelos serviços, está na política de pagamento praticada na área da saúde. No Brasil o sistema predominante é o pagamento por procedimento. Política esta, que favorece o uso indiscriminado da tecnologia resultando em grandes somas de recursos gastos, especialmente pelas operadoras de planos de saúde, no pagamento de médicos e prestadores de serviço em geral. A política de remuneração por procedimento pode instigar conflitos de interesses entre operadora e prestador, uma vez que um é pagador e o outro recebedor.

Diante do cenário na saúde, surgiu o problema de pesquisa como sendo a investigação do processo de utilização tecnologia em procedimentos cirúrgicos, dentro de hospitais, no qual operadoras tentam controlar e gerenciar o seu uso. O objetivo central constitui-se como sendo descrever e analisar o processo decisório e os conflitos para utilização de tecnologias utilizadas em procedimentos cirúrgicos em prestadores de serviços para a saúde suplementar.

Com o estudo de caso aplicado a um Hospital materno infantil da cidade de Ribeirão Preto conseguiu-se avaliar e mapear todo o processo para utilização de tecnologia dentro do Hospital, permitindo identificar os principais pontos problemáticos. As ferramentas utilizadas foram as entrevistas, análises de contratos e dos manuais de auditoria.

O resultado alcançado foi a elucidação de que o médico é o principal ator na utilização de tecnologia, embora sofra restrições a todo momento pela operadora. É o médico que solicita e realiza o procedimento no Hospital, tendo seus interesses não somente na melhora da qualidade de vida do paciente, mas também no sistema de remuneração empregado que contempla ganhos por procedimento, ou seja, quanto mais procedimento o médico realizar mais ganhos acumulará.

A operadora tenta atenuar as ações dos médicos, mas fica difícil de controlá-lo. O controle pode ocorrer via análise da área atuarial no qual, a operadora conseguirá criticar os

gastos ocasionados pelo médico sob análise, se estão ou não dentro dos parâmetros da especialidade. Uma forma de parametrizar os gastos médicos é verificar a incidência de exames solicitados.

Uma alternativa para diminuir a ação médica no uso da tecnologia e consequentemente no aumento dos gastos é a alterar a política de remuneração para o sistema de pagamento por performance. Envolvendo o profissional no risco e comprometimento da gestão dos custos, poderá forçar o médico a ser mais eficiente para ter valorização em seus honorários.

O médico não tem noção de que quanto mais incentiva o gasto da operadora, para estimular ganhos individuais, maior será o sinistro e consequentemente não permitirá que a operadora no futuro, repasse ou contemple melhores remunerações para a área médica. Ou seja, o médico usando mais tecnologia, estará contribuindo para a piora de seus rendimentos.

Em paralelo o Hospital caminha também objetivando garantir seus ganhos, nos gastos que os pacientes internados terão e que serão pagos pela operadora.

O sistema de informação imputa algumas limitações operacionais para a operadora impedindo-a que faça o acompanhamento on line do que está sendo utilizado dentro do Hospital. As análises dos usos de tecnologia só ocorrerão bem depois do evento já ter ocorrido.

A auditoria da operadora só controla quando possível, a realização do evento, mas os usos decorrentes da liberação do procedimento não (por exemplo, controla-se se determinado procedimento será realizado, mas não o uso de um medicamento mais caro ou material durante a fase de internação). Assim, mesmo o sistema adequando as mudanças e exigências do setor, não são suficientes para que ocorra uma plena gestão dos usos de tecnologia dentro do Hospital. É como se a Operadora assinasse um cheque em branco a partir do momento que faz a liberação do procedimento, não sabendo o que poderá vir a partir dali.

A alternativa para tal é mudar também os padrões de remuneração dos procedimentos, caminhando para políticas que incentivem o Hospital a atuar mais na gestão do uso de tecnologia, compartilhando os riscos com a operadora. E uma das políticas de remuneração que condiz com esta realidade são os pagamentos por pacote. Os benefícios vão além do controle do uso da tecnologia, permeando também uma simplificação nos trabalhos da auditoria médica e pagamento médico, uma vez que se tira a variabilidade da cobrança.

A auditoria ficará atenta somente se o procedimento cobrado em pacote está nos moldes estabelecidos para tal. E para o pagamento médico é verificar se o que foi cobrado no pacote condiz com o valor acordado.

Ao mesmo tempo em que a remuneração por pacote é benéfica, há o seu lado pernicioso. A premissa do pacote é de se ter procedimentos com pouca variabilidade. O problema é quando há uma variabilidade muito grande nos procedimentos.

Para procedimentos como parto e cesárea, a exemplo do que pode ser verificado na pesquisa, é altamente recomendável para o Hospital em análise, pois não se tem grandes oscilações, e mesmo ocorrendo, pode-se optar pela cobrança de conta aberta (por procedimento). O problema do pacote fica para casos de UTI. Casos de UTI possuem uma variabilidade muito grande de procedimentos, materiais, medicamentos e gases.

Em uma experiência do próprio Hospital no empacotamento de internações de UTI com um convênio mostraram isso. O custo de manutenção e monitoramento é grande. A contrapartida foi o dimensionamento do valor prevendo um extra para casos complicados eventuais. Tanto para a operadora como para o Hospital não está sendo benéfico.

A alternativa para caso de alta variabilidade seria a remuneração por performace, política pouca adotada no Brasil e sem registro no Hospital em estudo. Além também de se parametrizar os indicadores que permitissem a adoção da política.

No caso do pacote de UTI, poderia criar um mecanismo de remuneração do Hospital quando comprovado benefício gerado à operadora. O benefício gerado seria uma comprovada redução de custos em medicamentos e materiais, utilizando por exemplo, medicamentos genéricos ou controlando o uso de materiais sem necessidade. Cria-se um protocolo de redução e constatado a economia, a operadora beneficia o Hospital remunerando melhor suas diárias de UTI.

As operadoras por outro lado, estão repassando suas ineficiências operacionais para o hospital. Atrasando as liberações das internações ou prorrogações, impede que o Hospital fature. É assim uma clara evidencia da ineficiência operacional por parte da operadora que não consegue administrar a demanda por serviços de auditoria e ao mesmo tempo controlar o uso das tecnologias. O Hospital assim amarga os prejuízos.

Além de compartilhar as ineficiências operacionais, o Hospital precisa ter fôlego financeiro suficiente para bancar a utilização de tecnologia. Entre a data de utilização e recebimento pode chegar a sessenta dias. É um fator importante, pois os gastos já foram realizados, enquanto que as receitas ainda não entraram.

É preciso que a cadeia produtiva, independentemente de qualquer coisa, se una para consolidar o mercado e garantir a sobrevivência do setor privado. A evolução da medicina e da tecnologia ligada à área da saúde, bem como a forte regulação que o setor de saúde

suplementar vem passando, operadoras, hospitais, médicos e demais profissionais envolvidos na prestação de serviço precisam unir forças.

Pelo que pode ser notado, as exigências por parte do paciente, amparado pela ação do estado, está se criando condições, no qual em pouco tempo não haverá mais espaço para empresas de pequeno porte. Será necessário a consolidação de cadeias produtivas eficientes e eficazes, prontas para atuarem no setor cada vez mais competitivo.

Os crescentes gastos na saúde precisam ser repensados de forma que haja uma racionalização da utilização das tecnologias. Perdeu-se a noção do princípio básico da saúde que é da qualidade de vida. Porém o que se verifica são as decisões permeadas pelos ganhos financeiros. A preocupação reside na sobrevivência do modelo de indústria da área da saúde que está se criando em detrimento do paciente.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABICALAFFE, C. L. **Pagamento por Performance**. Saúde Web. Disponível <<http://saudeweb.com.br/blog/pagamento-por-performance/>> acesso em 15 Ago. 2012.

ANDERSEN, R.M. **Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?** J Health Soc Behav, 1995.

ANDREAZZI, M. F. S. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Texto para Discussão nº 1066. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Brasília, 2003. Disponível <<http://www.ipea.gov.br>> acesso em 15 de ago. 2012.

ANS - Agência Nacional de Saúde Complementar. 2011. Disponível <<http://www.ans.gov.br/>> acesso em 22 ago. 2011.

ANS – Agência Nacional de Saúde Complementar. **Padrão TISS - Troca de Informações em Saúde Suplementar**. Disponível <<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-prestador-tiss->> acesso em 15 Ago 2012.

ANS – Agência Nacional de Saúde Complementar. **Padrão TUSS - Terminologia Unificada da Saúde Suplementar**. Disponível <<http://www.ans.gov.br/index.php/component/content/article/65-tiss/577-tiss>> acesso em 15 Ago 2012

ANS – Agência Nacional de Saúde Complementar. **Perfil do Setor de Saúde Suplementar – Dados e Indicadores do setor 2010**. Disponível <<http://www.ans.gov.br/>> acesso em 22 ago. 2011.

ANS - Agência Nacional da Saúde Suplementar. **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**.. Disponível em <www.ans.gov.br> acesso 15 Ago. 2012.

ANTUNES, E. VALE, M., MORDELET, P. GRABOIS, V. **Gestão da Tecnologia Biomédica – Tecnovigilância e Engenharia Clínica**. Cooperação Brasil- França. ACODESS, 2002

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2011. Disponível < <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>> acesso em 22 Ago. 2011.

ARROW, K. J. **Uncertainty and the welfare economics of medical care**. American Economic Review, n. 53, 1963.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DE ENSINO – ABRAHUE. **Palestra III Congresso ABRAHUE – Gestão de Suprimentos**. Belo Horizonte, 2009. Disponível em < http://abrahue.org.br/congresso_2009.php> acesso em 15 de Ago 2011.

ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE MINAS GERAIS - AHMG. **Entrevista Krung Jan ao Jornal da AHMG**. Belo Horizonte, 1997.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS – ANAHP. 2011. Disponível em < <http://www.anahp.org.br/>> acesso em 15 Ago 2011.

BALZAN, M.V. **O perfil dos recursos humanos do setor de faturamento e seu desempenho na auditoria de contas de serviços médico-hospitalares**. Dissertação (Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2000.

BANTA, H.D; LUCE B.R. **Health care technology and its assessment: an international perspective**. Oxford University Press. Nova York, 1993.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos da Metodologia: um guia para a iniciação científica**. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.

BRASIL. Lei 8080. **Lei Orgânica da Saúde**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei 9656. **Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde**. Brasília. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ciência e Tecnologia em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2007

CALEMAN, G; SANCHES, M.; MOREIRA, M. **Auditoria e controle e programação de serviços de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo / Série Saúde e Cidadania. Fundação Petrópolis, 1998.

CANADIAN AGENCY FOR DRUGS AND TECHNOLOGIES IN HEALTH – CADTH. Disponível em < <http://cadth.ca/>> acesso em 22 Ago 2011.

CARLSSON, P., JONSSON, E., WERKO, L., BANTA, D. **Health Technology Assessment in Sweden**. Int J Technol Assess Health Care, 2000.

CARROL, J. **Brave New World, Old-Fashioned Fear** . Managed Care Magazine – Cover Story: Managing High-Cost technology, 2004.

CARLSEN, F.; GRYTEN, J. **Consumer satisfaction and supplier induced demand.** Journal of Health Economics, 19(5), 2000.

CFM – Conselho Federal de Medicina. Disponível em < <http://portal.cfm.org.br/>>. Acesso em 15 de Ago 2012.

CHAIX-COUTURIER, C; DURAND, I.Z; JOLLY, D; DURIEUX, P. **Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues.** International Journal for Quality in Health Care, 2000.

CHERCHIGLIA, M.L. **Formas de pagamento e prática médica: teoria e evidência empírica.** Belo Horizonte, 2002.

CHRISTIANSON, J.; LEATHERMAN, S.; SUTHERLAND, K. **Lessons from Evaluations of Peuchaser Pay-for-Performance Programs: A Review of the evidence.** Med Care Res Rev . 65(6), 2008.

CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. R. **Handbook of organization studies.** London: Sage Publications, 1996.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS – DIEESE. **Publicações – Estudos e Pesquisas.** Disponível em: < <http://dieese.org.br/esp/estudos.xml>> acesso em 15 Ago 2011.

DEPARTMENT OF HEALTH – do National Health Service in England (NHS) 2011. Disponível em < <http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>> acesso em 22 Ago 2011.

DEVLIN, R.; SARMA, S. **Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians.** Journal of Health Economics, 2008.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Entering the field of qualitative research. In DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y. editors, **Handbook of Qualitative Research.** Thousand Oaks: Sage, 1-17, 1994.

DUTTON, D. **Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization.** Soc Sci Med, 1986.

EISENHARDT, K. M. **Control: organizational and economic approaches.** Management Science, v. 31, n. 2, 1985.

ESCRIVÃO JR. A.; KOYAMA, M. F. **O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS.** Ciência & Saúde coletiva, 12(4), 2007.

EVANS, R.G.;STODDART, G.L. Producing health, consuming health care. In: EVANS, R.G.; BARER, M.L.; MARMOR, T.R. **Why are some people health and others not?: the determinants of health of populations.** New York: Aldine DeGruyter, 1994.

FAVERET, P.F; OLIVEIRA, P.J. **A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde.** Dados, 1990; 33(2):257-283.

FONTANA, A.; FREY, J. The interview: from structured questions to negotiated text. In DENZIN, N.K., LINCOLN, Y. editors, **Handbook of Qualitative Research**. London: Sage, 2000.

GAWANDE, A. A. **The Cost Conundrum**. The New Yorker. Disponível em <http://www.newyorker.com/reporting/2009/06/01/090601fa_fact_gawande?currentPage=6>

acesso em 15 ago. 2012.

GELIJNS, A. C.; ROSENBERG, N. **The dynamics of technological change in medicine**. Health Affairs, v. 13, 1994.

GENE-BADIA, J. **Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care**. Barcelona: Health Policy, 2007.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo. Editora Atlas, 1987.

GLICKMAN, S.; PETERSON, E. **Innovative Health Reform Models: Pay for Performance Initiatives**. Am J Manag Care, 15, 2009.

GOMES, C. L. S. **Remuneração Médica: Uso de Incentivos financeiros explícitos como indutor da mudança do cuidado na Saúde Suplementar**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

GOODMAN, C. **Introduction to Health Care Technology Assessment (HTA 101)** National Library of Medicine – NICHSR, 1998. 106 p.

GOSDEN, T. **Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: A systematic review**. Journal of Health Services Research & Policy, 2001.

GREENE, S.; NASH, D. **Pay for Performance: An Overview of the Literature**. American Journal of Medical Quality, 24, 2009.

HAILEY, D. **Toward Transparency in Health Technology Assessment – A Checklist for HTA Reports**. Alberta Heritage Foundation for Medical Research. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2003

HATCH, M. J. **Organization theory: modern symbolic and postmodern perspectives**. New York: Oxford University Press, 1997.

HICKMANN C, SALVADOR E. **A arrecadação e o destino dos recursos da CPMF**. Nota Técnica 6/2007. Brasília-DF: Departamento de Estudos Técnicos do Unafisco Sindical; 2007. Disponível em <http://www.sindifisconacional.org.br/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=76&Itemid=172&lang=pt> acesso em 21 ago. 2011

HICKSON, B.; ALTEMEIR, A.; PERRIN, M. **Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study**. Pediatrics, 80(3), 1987.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Contas Nacionais. **Contas Nacionais 2010**. Disponível <www.ibge.gov.br> acesso em 15 Ago 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009**. Disponível: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default.shtm>> acesso em 15 Ago. 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> acesso em 15 Ago. 2011.

_____. **INFORME ATS – Avaliação de Tecnologia em Saúde**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados Eletrônicos. Rio de Janeiro, Nº 07, 2008. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/InformeATS_n7_Radioterapia_de_Intensidade_Modulada_cancer_prostata.pdf> acesso em 15 Ago 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: The National Academy Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Rewarding Provider Performance: aligning incentives in Medicare**. Washington, DC: The National Academy Press, 2007.

INSTITUTO ALBERTO LUIZ COIMBRA DE POS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENGENHARIA – COPPE/UFRJ.2011. Disponível em < <http://www.coppe.ufrj.br/>> acesso em 20 Ago 2011.

INTERFARMA – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. São Paulo. Volume III, 2011.

INTERNATIONAL NETWORK OF AGENCIES FOR HEALTH TECHNOLOGY – INAHTA. 2011. Disponível em < <http://www.inahta.org/>> 22 Ago 2011.

JEGERS, M. **A typology for provider payment systems in health care**. Health Policy, 60(3), 2002.

JENSEN, M.; MECKLING, W. **Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and capital structure**. Journal of Financial Economics, v. 3, 1976.

KOBUS, L.S.G.; DIAS, J.S. **Dados Essenciais para Auditoria de Contas Médicas Hospitalares: experiência em Curitiba-PR**. Anais do Congresso Brasileiro de Informática em Saúde , Ribeirão Preto. Disponível em < <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/457.PDF>> Acesso em 15 de Agos 2012.

KRAUSS, S.L.; ESCOSTEGUY, C.C.; MACHADO, C.V. **Metodologia para a estimativa de padrões de qualidade: o caso do infarto agudo do miocárdio**. Cadernos de Saúde Pública 12, 1996.

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE. Lei nº 9.656 de 3 de Junho de 1998 e suas alterações. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm> Acesso em: 03 Ago. 2012.

LONDRES, A. A **(Indi) Gestão na Área da Saúde**. Hospital em Geral - Coluna e Opiniões. Disponível em < http://www.hospitalgeral.com.br/2_port/colunas_opinioes/adriano.htm> acesso em 20 Ago 2011.

LUGARINHO, L.M. P. **Bioética na incorporação de procedimentos, um olhar exploratório na Saúde Suplementar**. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

MARSDEN, C. **Technology assessment in critical care**. Hert & Lung. v.20, 1991.

MEDICI, A.C. **Incentivos governamentais ao setor privado em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ence, 1992.

MEDICI, A. C. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde in PIOLA, S. F. e VIANNA, S. M. (orgs). **Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde**. Brasília: IPEA, 1995.

MEDDINGS, J.; McMAHON L. **Mesuring Quality in Pay-for-Performance Programs: From 'One-Size-Fits-All' Measures to Individual Patient Risk-Reduction Scores**. Disease Management and Health Outcomes,16(4), 2008.

MERHY, E. E. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MULLEN, K.J.; FRANK, R.G.; ROSENTHAL, M.B. **Can You Get What You Pay For? Pay-For-Performance and the Quality of Healthcare Providers**. Journal of Economics, 41(1), 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional - Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002. Disponível: < <http://sistema.saude.sp.gov.br>> acesso em 15 Ago. 2011.

MOREIRA, D.A. **O Método Fenomenológico na Pesquisa**. 1ª Edição. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

NATIONAL HEALTH SERVICE IN ENGLAND – NHS. 2011. Disponível em < <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>> acesso em 15 Ago 2011.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Instituto de Saúde Coletiva, 2011.

OKAZAKI, R. **Identificação de Ineficiências na Cadeia de Valor da Saúde, a Partir da Análise da Gestão de Compras de Quatro Hospitais Privados do Município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2006.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - OECD **Health Data 2009** - Frequently Requested Data. Disponível <<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH>> acesso em 15 de Ago. 2011.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. **Survey on Health System Characteristics 2008-2009**. 2010. Disponível em < http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2009-en/08/02/index.html?contentType=&itemId=/content/chapter/health_glance-2009-76-en&containerItemId=/content/serial/19991312&accessItemIds=/content/book/health_glance-2009-en&mimeType=text/html> acesso em 15 de Ago. 2012.

_____. PORTARIA Nº 2.121. Portaria de 6 de Março de 1998. Define recursos federais destinados no ano de 1998, por Estado e Distrito Federal, à Atenção Básica, Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Assistência Hospitalar. Disponível em < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2121.html>> acesso em 22 Ago 2011.

PREGER, C.M. et al. **Perfil dos médicos auditores no estado do Rio Grande do Sul**. Rev.Assoc. Med. Bras., vol 51, n° 2, abr, 2005.

REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE - RAS. **Entrevista do Dr. Ganzalo Vecina Neto**. Vol 4, Nº 14, 2002. Disponível em < http://www.cqh.org.br/files/%5Bentrevista%5D%2014_0.pdf> acesso em 15 Ago 2011.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3ª Edição. São Paulo: Atlas, 1999.

ROBINSON, J.C. **Theory and Practice in the design of physician payment system**. Berkeley:The Milkbank Quartely, 2001.

ROBINSON, J.C. et. al. **Measurement of And Reward for Efficiency in California's Pay-for-Preformance**. Health Affairs, 28(5), 2009.

ROSENSTOCK, I.M. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: GLANS, K.; LEVIS, F.M.; RIMER, B.K. **Health behavior and health education: theory, research and practice**. 3ª Edição. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.

ROSENTHAL, M.B.; LANDON, B.E.; NORMAND, S.L.T.; FRANK, R.G.; EPSTEIN, A.M. **Pay for Performance in Commercial HMOs**. The New England Journal of Medicine, 2006.

SCHUSTER, M; MCGLYNN, E; BROOK, R. **How Good is the Quality of Health Care in the United States?** Santa Monica:The Milbank Quarterly, 1998.

SILVA, L.K. **Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, vol 8. Rio de Janeiro, 2003.

SORENSEN, R. J.; GRYTTEN, J. **Competition and supplier-induced demand in a health care system with fixed fees**. Health Economics, 8(6), 1999.

TOBAR, F.; ROSENFELD. N.; & REALE, A. **Modelos de pago em servicios de salud**. Cuaderno Medicos Sociales, nº 74, 1998.

THE COMMONWEALTH FUND. **The Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries**. Novembro de 2010. Disponível <

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Chartbook/2010/PDF_2010_IHP_Survey_Chartpack_FULL_12022010.pdf > acesso em 15 de ago. 2012.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Caderno Saúde Pública, vol.20. Rio de Janeiro, 2004.

TRINDADE, E. **A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo**. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008.

UNITED STATES AGENCY INTERNACIONAL DEVELOPMENT – USAID. **Paying for Performance in Health: Guide to Developing the Blueprint**. 2008. Disponível em < <http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2088/>> acesso em 15 de Ago. 2012.

URQUIZA, R. **Mecanismos de pago para los medicos de Atencion Primaria**. Opciones y Possibilidades. Lima, Peru: MPA e-Journal Med FAM. & At. Prim, 2010.

VAN HERCK, P.; SMEDT, D; ANNEMANS, L.; REMMEN, R.; ROSENTHAL, M.B; SERMEUS, W. **Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care**. BMC Health services Research, 2010.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro. Hucitec – Fiocruz, 2006.

WRIGHT, P. **The impact of the corporate insider, blockholder and institucional ownership on firm-risk taking**. Academy of Management Journal, v. 39, 1996.

WILLIANSO, O. E. **Managerial discretion and business behavior**. American Economy Review, v. 53, 1963.

WISEMAN, R. M.; GOMEZ-MEJIA, L. R. **A behavioral agency model of managerial risk taking**. Academy Management Review, v. 23, 1998.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 3ª Edição. Porto Alegre: Editora Bookman, 2005.

ZUCCHI, P; FERRAZ, M. B. **Economia e Gestão em Saúde**. São Paulo. Manole, 2010

ZUCCHI, P.; DEL NERO,C; MALIK, A.M. **Gastos em Saúde: Os Fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde**. Saúde e Sociedade, 2000.

ANEXOS

ANEXO A - Guia de Solicitação (autorização) Internação frente

LOGO DA OPERADORA		Guia de Solicitação de Internação			2-Nº
1-Registro ANS	3-Data de Autorização	4-Senha	5-Data Validade da Senha	6-Data de Emissão da Guia	
7-Número da Carteira		8-Plano		9-Validade da Carteira	
10-Nome			11-Número do Cartão de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante					
12-Código na Operadora / CNPJ / CPF		13-Nome do Contratado		14-Código CNES	
15-Nome do Profissional Solicitante		16-Conselho Profissional	17-Número no Conselho	18-UF	19-Código CBO S
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação					
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF		21-Nome do Prestador			
22-Caráter da Internação		23-Tipo de Internação			
☐ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência		☐ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica			
24-Regime de Internação			25-Qtde. Diárias Solicitadas		
☐ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar			<input type="text"/>		
26-Indicação Clínica					
Hipóteses Diagnósticas					
27-Tipo de Doença		28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente		29-Indicação de Acidente	
☐ A - Aguda ☐ C - Crônica		☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias		☐ O - Acidente ou doença relacionado ao trabalho ☐ 1 - Trânsito ☐ 2 - Outros	
30-CID 10 Principal		31-CID 10 (2) *Se houver		32-CID 10 (3) *Se houver	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Procedimentos Solicitados					
34-Tabela		35-Código do Procedimento		36-Descrição	
1- <input type="text"/>		<input type="text"/>		37-Qtde. Solic. 38-Qtde. Aut.	
2- <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3- <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4- <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5- <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
OPM Solicitados					
39-Tabela		40-Código do OPM		41-Descrição OPM	
1- <input type="text"/>		<input type="text"/>		42-Qtde.	
2- <input type="text"/>		<input type="text"/>		43-Fabricante	
3- <input type="text"/>		<input type="text"/>		44-Valor Unitário R\$	
4- <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5- <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Dados da Autorização					
45-Data Provável da Admissão Hospitalar		46-Qtde. Diárias Autorizadas		47-Tipo de Acomodação Autorizada	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
48-Código na Operadora / CNPJ		49-Nome do Prestador		50-Código CNES	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
51-Observação					
52-Data e Assinatura do Médico Solicitante		53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Cód. SFS-054 |

ANEXO B - Guia de Solicitação (autorização) Internação verso

Prorrogações					
55-Data ____/____/____		56-Senha _____		57-Responsável pela autorização _____	
58-Tipo Acomod. 59-Acomodação ____				60-Qtde. Autorizada _____	
61-Tabela 62-Código do Procedimento		63-Descrição		64-Qtde. Solic. 65-Qtde. Aut.	
1-____		_____		____	
2-____		_____		____	
66-Tabela 67-Código do OPM		68-Descrição OPM		69-Qtde. 70-Fabricante 71-Valor Unitário R\$	
1-____		_____		____, ____	
2-____		_____		____, ____	

55-Data ____/____/____		56-Senha _____		57-Responsável pela autorização _____	
58-Tipo Acomod. 59-Acomodação ____				60-Qtde. Autorizada _____	
61-Tabela 62-Código do Procedimento		63-Descrição		64-Qtde. Solic. 65-Qtde. Aut.	
1-____		_____		____	
2-____		_____		____	
66-Tabela 67-Código do OPM		68-Descrição OPM		69-Qtde. 70-Fabricante 71-Valor Unitário R\$	
1-____		_____		____, ____	
2-____		_____		____, ____	

55-Data ____/____/____		56-Senha _____		57-Responsável pela autorização _____	
58-Tipo Acomod. 59-Acomodação ____				60-Qtde. Autorizada _____	
61-Tabela 62-Código do Procedimento		63-Descrição		64-Qtde. Solic. 65-Qtde. Aut.	
1-____		_____		____	
2-____		_____		____	
66-Tabela 67-Código do OPM		68-Descrição OPM		69-Qtde. 70-Fabricante 71-Valor Unitário R\$	
1-____		_____		____, ____	
2-____		_____		____, ____	

Atenção: Campos hachurados - Preenchimento não obrigatório

ANEXO C - Guia de Solicitação (autorização) SADT frente

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL /SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA SP/SADT										2-Nº																				
1-Registro da ANS			3-Nº Guia Principal			4-Data da Autorização		5-Senha		6-Data de validade da senha		7-Data de emissão da guia																		
Dados do Beneficiário																														
8-Número da Carteira			9-Plano			10-Validade da Carteira			11-Nome			12-Número do Cartão Nacional de Saúde																		
Dados do Contratado Solicitante																														
13-Código na Operadora / CNPJ / CPF			14- Nome do Contratado			17- Conselho Profissional			18- Número Conselho		19- U.F.		20- Código CBO S																	
16- Nome do Profissional Solicitante																														
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados																														
21-Data/Hora da Solicitação			22-Cardêr da Solicitação			23-CID 10			24-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)																					
25-Tabela			26-Código do Procedimento			27-Descrição			28-Qtde Solic.			29-Qtde Aut.																		
1-1																														
2-1																														
3-1																														
4-1																														
5-1																														
Dados do Contratado Executante																														
30- Código na Operadora / CNPJ / CPF			31- Nome do Contratado			32- TL			33-34-35- Logradouro, número, complemento			36- Município		37- U.F.		38- Cód. IBGE		39- CEP		40- Código CNES										
40a- Cód. na Operadora / CPF do exec. complementar			41- Nome do Profissional Executante/Complementar			42- Conselho Profissional			43- Número Conselho			44- U.F.		45- Código CBO S		45a- Grau de Participação														
Dados do Atendimento																														
46- Tipo Atendimento			47- Indicação de Acidente			48- Tipo de Saída			1- Retorno			2- Retorno SADT		3- Referência		4- Internação		5- Alta		6- Óbito										
01- Remoção 02- Pequena Cirurgia 03- Terapia 04- Consulta 05- Exame 06- Atendimento Domiciliar 07- SADT Internado 08- Quimioterapia 09- Radioterapia 10- TRS Terapia renal Substitutiva			0- Acidente/Doença relacionado ao trabalho 1- Trânsito 2- Outros																											
Consulta Referência																														
49- Tipo de Doença			50- Tempo Doença			C- Crônica			A- Aguda			M- Meses			D- Dias															
Procedimentos e Exames Realizados																														
51-Data			52-Hora Inicial			53-Hora Final			54-Tabela			55-Código do Procedimento			56-Descrição			57-Qtde			58-Via		59-Tec		60-% Red./Acresc.		61-Valor Unitário - R\$		62-Valor Total - R\$	
1-1																														
2-1																														
3-1																														
4-1																														
5-1																														
63- Data e Assinatura de procedimentos em Série (*Quando houver)																														
1-1			2-1			3-1			4-1			5-1			6-1			7-1			8-1			9-1			10-1			
1-1			2-1			3-1			4-1			5-1			6-1			7-1			8-1			9-1			10-1			
B4- Observações																														
65-Total Procedimentos R\$			66-Total Taxas e Aluguéis R\$			67-Total Materiais R\$			68-Total Medicamentos R\$			69-Total Diárias R\$			70-Total Gases Medicinais R\$			71-Total Geral da Guia R\$												
86-Data e Assinatura do Solicitante			87-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização			88-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			89-Data e Assinatura do Prestador Executante																					

ANEXO D - Guia de Solicitação (autorização) SADT verso

OPM Solicitados			
72- Tabela	73- Código do OPM	74- Descrição OPM	77- Valor Unitário - R\$
1- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

75- Qtde	76- Fabricante
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPM Utilizados			
78- Tabela	79- Código do OPM	80- Descrição OPM	84- Valor Total - R\$
1- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

81- Qtde	82- Código de Barras	83- Valor Unitário - R\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

85- Total OPM - R\$

ATENÇÃO: Campos hachurados - preenchimento não obrigatório

ANEXO E - Guia de Honorário Médico

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

2. Nº 4006378

1. Registro ANS		3. Nº Guia de Solicitação / Semá		4. Data do Emissão da Guia	
Dados do beneficiário					
5. Número da Carteira		6. Plano		7. Validade da Carteira	
8. Nome		9. Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contrato (onde foi executado o procedimento)					
10. Código na Operadora / CNPJ / CPF		11. Nome do Contrato			
Dados do Contratado Executante					
13. Código na Operadora / CNPJ / CPF		14. Nome do Contratado Executante		15. Código CNEB	
17. Grau Part.		16. Nome do Profissional Executante		16. Tipo de Acomodação Autorizada	
18. Nome do Profissional Executante		19. Conselho Profissional CRM		21. UF	
20. Número no Conselho		22. Número no CPF		23. Valor Unitário - R\$	
Procedimentos Realizados					
23. Data	24. Hora Inicial	25. Hora Final	26. Tabela	27. Código do Procedimento	28. Descrição
1. / /	1. : :	1. : :	1. a	1. / / /	1. / / /
2. / /	2. : :	2. : :	2. a	2. / / /	2. / / /
3. / /	3. : :	3. : :	3. a	3. / / /	3. / / /
4. / /	4. : :	4. : :	4. a	4. / / /	4. / / /
5. / /	5. : :	5. : :	5. a	5. / / /	5. / / /
6. / /	6. : :	6. : :	6. a	6. / / /	6. / / /
7. / /	7. : :	7. : :	7. a	7. / / /	7. / / /
8. / /	8. : :	8. : :	8. a	8. / / /	8. / / /
9. / /	9. : :	9. : :	9. a	9. / / /	9. / / /
10. / /	10. : :	10. : :	10. a	10. / / /	10. / / /
35. Total Geral Honorários R\$					
36. Observação					
37. Data / Hora e Assinatura do Prestador					
38. Data / Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável					

Cod. - 54012

ANEXO F - Nota de Sala

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CENTRO CIRÚRGICO				N.º de Sala	Data / / Centro de Custo	Número 168259	
--	--	--	--	--------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--

Prontuário		CIRÚRGIA	Porte	Tip.Anest.	Início	Término
Paciente		1º				
Convênio		2º				
Médico		3º				

1	CIRURGIÃO	7	ANESTESIOLOGISTA
2	1º AUXILIAR	8	CIRCULANTE
3	2º AUXILIAR		INSTRUMENTADORA
	PEDIATRA		PERFUSIONISTA

CÓDIGO	QDE	QDE	DISCRIMINAÇÃO	CÓDIGO	QDE	QDE	DISCRIMINAÇÃO	CÓDIGO	QDE	QDE	DISCRIMINAÇÃO
			FIÓS				DIVERSOS				SOROS
601663			KIT CESÁREA KPY 500F	12467			CATETER INTRAVENOSO N° 20 G	19941			AGUA DESTILADA PLAS 250 ML
601664			KIT CESÁREA KPY 500EF	31721			CATETER INTRAVENOSO N° 22 G	83984			SOL. FISIOLÓGICA 0,9% 250 ML
							CATETER INTRAVENOSO N°	83992			SOL. FISIOLÓGICA 0,9% 500 ML
				19518			CATETER EPIDURAL 16 G	84000			SOL. FISIOLÓGICA 0,9% 1000 ML
							CANULA DE GUEDEL N°	84603			SOL. GLICOFISIOL. 5% 500 ML
				11461			CAL SODADA GR	84042			SOL. GLICOFISIOL. 5% 1000 ML
				63045			CAMISA P/MICROCAMERA	7544			SOL. GLICOSE 5% 500 ML
				573230			CAMPO CIRURG. IOBAN 6640	84034			SOL. GLICOSE 5% 1000 ML
				26182			COLETOR DE URINA SIST FECHADO AD.	84051			SOL. RINGER C/LACTATO 500 ML
				567671			COLETOR DE URINA SIST. FECHADO INF.	598715			SOL. RINGER C/LACTATO 1000 ML
							DRENO PENROSE N°	600506			SOL. DE GLICINA 1.5% 3000 ML
							DRENO SUCTOR N°	568007			PURISOLE(SORBITOL/MANTOL)
				597618			ELETRODO DESCARTAVEL ADULTO				EQUIPAMENTOS
				602111			ELETRODO DESCARTAVEL INFANTIL				AR COMPRIMIDO
				600218			EQUIPO INTRAFIX PRIMELINE				OXIGÊNIO
				73237			EQUIPO MICRO GÓTAS INTRAFIX				PROTÓXIDO
				7714			EQUIPO MICRO GTS C/BURETA				Co2 (LITROS)
				599429			EQUIPO POLIFIX 2 - ADULTO				ASPIRADOR (VÁCUO)
			ATADURAS	603130			EXTENSOR PARA BOMBA DE SERINGA				BISTURI ELÉTRICO
600181			COMPRESSA CIRURGICA (P) PCT	597697			FIO GUIA INFANTIL				COLCHÃO TÉRMICO
9652			ATADURA DE CREPOM 10 CM	7765			LAMINA DE BISTURI N.11				MICROSCÓPIO
9661			ATADURA DE CREPOM 12 CM	7781			LAMINA DE BISTURI N.15				SONAR
9679			ATADURA DE CREPOM 15 CM	7790			LAMINA DE BISTURI N.22				CAPNÓGRAFO
9687			ATADURA DE CREPOM 20 CM	77062			LUVA CIR. DESC. 6,5				MONITOR DIXTAL
9695			ATADURA DE CREPOM 30 CM	7897			LUVA CIR. DESC. 7,0				AQUECEDOR (BAFÃO)
600182			COMPRESSA CIRURGICA (G) PCT	7901			LUVA CIR. DESC. 7,5				MEDICAÇÕES
600183			COMPRESSA DE GAZE ESTERIL. C/20	7919			LUVA CIR. DESC. 8,0				
569721			COMPRESSA DE GAZE ESTERIL. C/5	7927			LUVA CIR. DESC. 8,5				
9776			ESPARADRAPO	52981			LUVA P/ PROCEDIMENTO (M)				
35718			GAZE ALGODONADA 15 X 30	597874			LUVA PROCED. ESTERIL (M)				
9903			MICROPORE 12 X 10	28126			PLACA PROTETORA P/BISTURI AD.				
9911			MICROPORE 25 X 10	600419			PLACA PROTETORA P/BISTURI INF.				
8516			MICROPORE 50 X 10	602784			PULSEIRA P/ IDENT. ADULTO				
16489			MICROPORE 100 X 10	602794			PULSEIRA P/ INFANTIL				
			SOLUÇÕES	29149			SERINGA DESC 01ML C/AG INSUL				
597913			ALCOOL 70% 100 ML	602113			SERINGA DESC 03 ML BICO ROSCA				
81337			AZUL DE METILENO AMP	600205			SERINGA DESC 05 ML BICO ROSCA				
84352			DIGLUC. DE CLOREXIDINA 0,5% ALC.	11100			SERINGA DESC 10 ML S/AG BICO LISO				
33367			DIGLUC. DE CLOREXIDINA 2% DEGERM	11118			SERINGA DESC 20 ML S/AG BICO LISO				
10065			ÉTER ETÍLICO				SERINGA DESC 60 ML				
598306			SOLUÇÃO AQUOSA CLOREXIDINA 0,2%	600863			SERINGA DESC 60 ML - BICO CATETER				
22144			SOLUÇÃO PVPI DEGERMANTE				SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQ. N°				
14516			SOLUÇÃO PVPI TINTURA	10341			SONDA DE FOLEY N.12 2 VIAS C/B 30				
14508			SOLUÇÃO PVPI TOPICO	10359			SONDA DE FOLEY N.14 2 VIAS C/B				
			AGULHAS				SONDA ENDOTR. ARAMADA N°				
68446			AGULHA DESC 13 X 3				SONDA ENDOTR. DESC C/B N°				
10898			AGULHA DESC 13 X 4,5				SONDA ENDOTR. DESC S/B N°				
10910			AGULHA DESC 25 x 07				SONDA LEVINE N°				
10928			AGULHA DESC 25 x 08				SONDA RETAL N°				
10944			AGULHA DESC 25 x 10				SONDA URETRAL N°				
28851			AGULHA DESC 40 x 12	602827			TAMPA COM EXTENSÃO DE 5M				
80225			AGULHA DESC TUOHY BD 17G 3 1/2	22675			TORNEIRINHA DE 3 VIAS				
569445			AGULHA DESC. RAQUI 27G 3 1/2	598020			TRANSOFIX N				
597275			AG. ESPINAL G27 X 3 1/2 (PONTA DE LAPIS)								

ANEXO G - Relação de Diárias Taxas e Gases Faturamento

RELAÇÃO DE DIÁRIAS E TAXAS PARA FATURAMENTO		
Qtde	Código	Discriminação das taxas
		Diárias ☐ Cirúrgica ☐ Clínica
		Tx. De Sala ☐ Grande ☐ Média ☐ Pequena
		Tx. de Anestesia ☐ Local ☐ Outras
	90077	Tx. de Expediente
	90069	Diárias de Berçário
	90824	Tx. de Reanimação
	90816	Tx. de Assistência ao RN
	90522	Tx. de tricotomia
	90379	Tx. de Clister
	90808	Tx. de Vácuo _____ h
	90727	Tx. de Oxigênio ☐ Sala de Cir. ☐ Nota anexa
	91006	Tx. de Protóxido de Azoto _____ h
		Tx. de Bisturi Elétrico ☐ 1 90328 ☐ 2 90344 ☐ 2 90361
	91502	Tx. de Cardivan _____ h
	90468	Tx. de Monitor Cardíaco
	91278	Berço Aquecido
	90573	Tx. de Fototerapia
	90123	Tx. de Incubadora
	91251	Diárias de UTI
		Tx. de Curativos ☐ G 90581 ☐ M 90565 ☐ P 90549
		Tx. de Curativos ☐ Umbilicais 91219 ☐ Vaginais 90689
	90107	Tx. de recuperação - Máximo 4 horas
	90085	Tx. de recuperação - Após 4 horas
	90786	Aspiração
Observações		

OP.09.01

ANEXO H - Formulário Solicitação Orteses Próteses e Materiais Especiais (OPMEs)

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS			
<p>paciente: _____</p> <p>sexo: _____</p> <p>convênio: _____</p> <p>Data: ____/____/____ Horário: _____</p>	<p>Médico solicitante (assinatura e carimbo)</p>		
<p><u>Justificativa:</u></p>			
MATERIAIS	Quantidade Solicitada	Quantidade Utilizada	Quantidade Autorizada

ANEXO I - Formulário de Alta

LOGO DO HOSPITAL		FORMULÁRIO DE ALTA	Data ____/____/____
Registro	Leito	Convênio	
Paciente			
Médico			
OBSERVAÇÕES			
VISTO CAIXA		VISTO ENFERMAGEM	

OP 16.11

ANEXO J - Formulário de Honorários Médicos

LOGO DO HOSPITAL	HONORÁRIOS MÉDICOS	43399
Paciente		
Convênio		
Apto	Prontuário	
Médico		
Médico Titular Dr.	R\$	
1º Auxiliar Dr.	R\$	
2º Auxiliar Dr.	R\$	
Médico Clínico Dr.	R\$	
Serviço de Anestesia	R\$	
Laboratório	R\$	
Laboratório	R\$	
Raio X	R\$	
Banco de Sangue	R\$	
Instrumentadora	R\$	
Outros	R\$	
	R\$	
	R\$	
	R\$	
	R\$	
	R\$	
	R\$	
Data / /	TOTAL	R\$
Emitente		

OP.09.04

ANEXO I - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado

1. Nome
2. Local
3. Dia e horário
4. Formação
5. Função
6. Tempo na função
7. Qual sua definição da área?
8. Defina os processos envolvidos em sua rotina.
9. Como inicia o processo?
10. Como você finaliza?
11. Quais as principais áreas do Hospital que estão envolvidas com a sua função?
12. Mostre o processo do setor no sistema de informação.
13. Mostre os principais documentos que utiliza.
14. Quais são as principais limitações que possui para o desempenho da sua rotina?
15. Se pudesse, o que melhoraria na rotina?
16. Qual o principal ponto positivo da sua área?