

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA**



**O DESEQUILÍBRIO ECONÓMICO DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR  
BRASILEIRO COM O DESVIO DO FOCO DA REMUNERAÇÃO DO SERVIÇO  
HOSPITALAR PARA VENDA MERCANTIL DE MATERIAL E MEDICAMENTO.  
ESTUDO DE UM HOSPITAL**

**MARCELO MONCÔRVO BRITTO**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de MESTRE em  
Gestão de Unidades de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor Nuno Crespo, Professor, ISCTE Business School, Departamento de Economia

Co-orientador:

Prof. Horacio Cata Preta, Professor, Fundação Getúlio Vargas

Julho, 2009

**O DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR  
BRASILEIRO COM O DESVIO DO FOCO DA REMUNERAÇÃO DO SERVIÇO  
HOSPITALAR PARA VENDA MERCANTIL DE MATERIAL E MEDICAMENTO.  
ESTUDO DE UM HOSPITAL**

**MARCELO MONCÔRVO BRITTO**

**Julho, 2009**

**O DESEQUILÍBRIO DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO COM O DESVIO DO FOCO DA REMUNERAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR PARA VENDA MERCANTIL DE MATERIAL E MEDICAMENTO. ESTUDO DE UM HOSPITAL**

**Marcelo Moncôrvo Britto**

## RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido visando demonstrar o desvio no formato de remuneração econômica dos hospitais e clínicas brasileiras, que trabalham no mercado de saúde suplementar. Por essência, o mercado prestador de serviços de saúde deve ser remunerado pela prestação de serviços. Na prestação de serviços de saúde suplementar brasileiro, esta regra foi deturpada, estando, hoje, fortemente dependente da venda mercantil de produtos como medicamentos e materiais. Esta realidade encontra uma vítima inocente: os usuários do sistema. Produz ainda, outras vítimas, mas não tão inocentes: os prestadores de serviços de saúde e as operadoras de planos e seguros de saúde. Esperamos demonstrar, economicamente, se seria possível retornar ao foco da remuneração pelos serviços prestados, reduzindo o peso relativo dos produtos, simultaneamente mantendo as margens de rentabilidade inalteradas e, mesmo, reduzindo o valor pago tanto pelas operadoras quanto pelos usuários em seus planos e seguros de saúde e, por final, beneficiar todos os atores do mercado com a real possibilidade de crescer novos usuários ao mercado, novos pacientes aos prestadores e novos clientes ou segurados as operadoras de planos e seguros de saúde.

**Palavras chave:** Remuneração em saúde. Economia na saúde suplementar. Modelo remuneratório em saúde. Desvio de foco econômico na saúde.

**JEL Classification System:** I110, I180

## ABSTRACT

This work was developed to demonstrate the diversion in the format of economical remuneration of the Brazilian hospitals and Brazilian clinics, which work in the market of supplementary health. For essence, the market of services must be remunerated by the services rendered. In the services rendered of health of the Brazilian market of supplementary health this rule was corrupted, being, today, strongly dependent of the mercantile sale of products like medicines and medical materials. This perverse reality finds an innocent victim: the users of the system. It produces still, sacrifice others, but not so innocent: the Brazilian hospitals and Brazilian clinics of services of health and the operators of plans and insurances of health. We hope to demonstrate, economically, that would be possible to return to the focus of the remuneration for the given services, if it reduced the relative weight of the products, simultaneously maintaining the unchanged edges of profitability and, even, reducing the value paid for the users in his plans and insurances of health and, for end, to benefit all the actors of the market with the real possibility to add new users to the market, new patients to the Brazilian hospitals and Brazilian clinics and new clients for the operators of plans and insurances of health.

**Keywords:** Remuneration in health. Economy in the supplementary health.  
Remunerative model in health. Diversion of economical focus in health.

**JEL Classification System:** I110, I180

Agradecimentos,

Agradeço a minha esposa Rita e meus filhos Raymundo e Renato pela paciência nas noites e finais de semana trabalhados nesta dissertação.

Agradeço ao Prof. Nuno Crespo que dedicou parte de seu atarefado tempo as correções e orientações indispensáveis a finalização deste trabalho.

Agradeço ao Prof. Horacio Cata Preta, ex-gestor de operadora de plano de saúde pelo esforço e sinceridade nas opiniões que, por vezes, divergiam das deste autor.

Agradeço a Prof. Tania Furtado pelo sempre presente incentivo e motivação.

Agradeço a Gismália Marcelino Mendonça pelas opiniões técnicas e pelo trabalho de revisão final.

Agradeço aos meus caros colegas de mestrado pela grande oportunidade que foi conhecê-los.

## ÍNDICE

Introdução.....	01
-----------------	----

### CAPÍTULO PRIMEIRO

1. Histórico do Relacionamento Entre Operadoras e Seguradoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviço.....	06
1.1 Origem dos prestadores de serviços de saúde.....	06
1.2 Origem das Operadoras de Planos e Seguros de Saúde.....	07
1.3 Origem do Poder Regulador e Fiscalizador: ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.....	09
1.4 Origem do Relacionamento entre Operadoras de Planos e Seguros de Saúde e os Prestadores de Serviço.....	14

### CAPÍTULO SEGUNDO

2. Os Componentes de Uma Conta Médico-Hospitalar.....	21
2.1 Conceito.....	21
2.2 Classificação.....	25
2.3 Exemplo de Conta Médico-Hospitalar.....	27

### CAPÍTULO TERCEIRO

3. Pesquisa.....	30
3.1 Caracterização da Unidade Pesquisada.....	30
3.2 Parâmetros da Pesquisa.....	30
3.3 Apresentação e Comentários Sobre os Resultados da Pesquisa.....	32

### CAPÍTULO QUARTO

4. O Custo dos Produtos e Sua Rentabilidade.....	43
--	----

4.1	Metodologia para Obtenção do Preço de Custo dos Medicamentos e Resultado.....	43
4.2	Metodologia para Obtenção do Preço de Custo dos Materiais e Resultado.....	44
4.3	Metodologia para Obtenção do Preço de Custo dos Materiais Especiais e Resultado.....	46
4.4	Resultados consolidados dos ganhos nos Materiais e Medicamentos e Materiais Especiais.....	48
4.5	Resultados para redução dos custos das operadoras.....	48

## CAPÍTULO QUINTO

Conclusão.....	55
Referências Bibliográficas.....	57
Anexos.....	59



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Média de Índice de Inflação por Mês – IGP-DI.....	12
Gráfico 2: Crescimento do mercado de seguros privados de saúde. Brasil 1970 / 1998.....	15
Gráfico 3: Variação dos custos da cirurgia do joelho.....	39
Gráfico 4: Variação dos custos para correção da incontinência urinária.....	40
Gráfico 5: Variação dos custos para partos.....	41

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Desvalorização da moeda de maio de 1985 a setembro de 1985.....	18
Tabela 2: Desvalorização da moeda de maio de 1987 a setembro de 1987.....	19
Tabela 3: Faturamento por produtos e por serviços.....	33
Tabela 4: Faturamento por produtos e por serviços discriminado.....	34
Tabela 5: Faturamento por produtos e por serviços, ambos discriminados.....	35
Tabela 6: Faturamento por produtos e por serviços com máxima discriminação.....	36
Tabela 7: Resumo do item medicamentos.....	43
Tabela 8: Resumo do item material.....	45
Tabela 9: Resumo do item material especial.....	47
Tabela 10: Resumo geral dos ganhos.....	47
Tabela 11: Exemplos de variação de preços entre medicamentos de marca e genéricos.....	50
Tabela 12: Exemplos de variação de preços entre marcas de materiais.....	51

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHSEB	Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CH	Coeficiente de Honorários
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Empresa de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
IAP	Institutos de Assistência e Previdência
IGP-DI	Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
FGV	Fundação Getúlio Vargas
OPME	Órtese e Prótese e Material Especial
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados

TISS	Troca de Informações em Saúde Suplementar
TUSS	Terminologia Unificada em Saúde Suplementar

## INTRODUÇÃO

Na perspectiva histórica, os prestadores de serviços em saúde migraram o foco de suas margens de rentabilidade. Estas margens se norteavam como resultados preferenciais sobre seus serviços produzidos e efetivamente prestados. A rentabilidade sobre a venda mercantil de materiais e medicamentos era marginal estando sob o alicerce triplo da reposição do produto, da cobertura do custo de estocagem e reembolso do custo financeiro atribuído ao giro de capital. Com o decorrer dos anos, por várias razões sociais, econômicas e políticas, os resultados sobre serviços declinaram e foram, gradativamente, sendo substituídos por resultados preponderantes sobre a comercialização de produtos (materiais e medicamentos).

O surgimento da margem de comercialização sobre materiais e medicamentos, que doravante chamaremos de margem de mat/med por simplificação, consistindo na aplicação de uma margem percentual, fixa, sobre o preço de compra, gera um resultado com ganhos geométricos. Esta nova realidade provoca uma situação de aplicação de margens exageradas, distorcendo a atividade pura do serviço hospitalar, gerando uma utilização, por vezes, forçada de consumo de material e medicamento. Estes poderiam ser utilizados de forma racional ou com menor custo se os ganhos estivessem focados no serviço hospitalar e não por sobre as margens de mat/med. Na lógica capitalista de maximização dos lucros, os custos de aquisição deveriam ser menores e os preços de venda, sim, suficientes para remunerar o trabalho e o capital. No mercado de saúde esta situação se encontra distorcida como será demonstrado. Os custos de aquisição são deliberadamente maiores porque geram margens de comercialização maiores. Os preços dos produtos potencialmente inflados pela aquisição distorcida acrescido pela margem de comercialização fixa provocam um alto custo dos produtos para a operadora de planos e seguros de saúde, que evidentemente, os repassam aos usuários finais ou consumidores. A população usuária das operadoras parece não suportar maiores aumentos e a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vem

limitando o reajuste à variação do IPCA<sup>1</sup> – Índice de Preços ao Consumidor, muito abaixo dos incrementos verificados nas planilhas de sinistros das operadoras de planos e seguros de saúde. Os índices de inflação da saúde são, geralmente, maiores que os índices de inflação geral de preços do mercado. As operadoras de saúde alegam dificuldades em pagar estes aumentos de custo repassando nominalmente para os usuários estes mesmos custos. A indústria não usa qualquer parâmetro para reajustar seus preços e tem encontrado nos prestadores de serviços em saúde aliados comerciais de interesse e momento. Estes mesmos prestadores de serviço em saúde terminam por ganhar mais quanto mais a indústria reajusta preços. Sua importância para o usuário e o mercado de saúde se reveste na possibilidade de redução dos custos dos prêmios pagos pelos usuários das operadoras na medida em que com a eliminação ou redução de ganhos sobre os materiais e medicamentos de peso proporcional maior com sua conversão para ganhos em serviços de peso proporcional menor. No mercado local aplica-se uma margem de ganhos que oscila entre 35% e 42,85%<sup>2</sup>, sobre o preço de compra. Este fato conduz os prestadores à aquisição de produtos de maior valor que geram maior valor de revenda e maior valor absoluto de rentabilidade. A aquisição de produtos de menor valor conduziria à menor valor de revenda e menor valor absoluto de rentabilidade. Sua conversão para serviço não gera a necessidade de alto valor aquisitivo. O serviço per si não gera custo de aquisição, portanto não há negociação de margem percentual sobre preço de aquisição, retornaríamos a condição de análise de custos de serviços para marcação de valor de venda.

Nossa proposta está em provar a viabilidade que permita a redução dos custos para as operadoras e seus usuários concomitantemente com a manutenção das margens de rentabilidade historicamente praticadas pelos prestadores de serviço, sem implicar em redução de ganhos com risco de perda de qualidade no serviço prestado ou mesmo de insolvência aos prestadores de serviços.

---

<sup>1</sup> IPCA: Índice de Preços ao Consumidor Amplo calculado pelo IPEA.

<sup>2</sup> Fonte: AHSEB – Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia, Regional Feira de Santana (Ba).

A relação entre os prestadores de serviço e as operadoras de planos e seguros de saúde, atualmente, encontra-se em estágio de litígio e divergência permanente, levando a várias demandas de caráter administrativo e mesmo judicial. O foco de tensão nestas relações situa-se sobre a discussão das margens de ganhos sobre produtos e na liberdade de escolha das marcas de fabricantes além das quantidades consumidas dos produtos. As operadoras de planos e seguros de saúde procuram influenciar para a escolha de produtos cujas marcas contemplem menor custo por unidade além do menor volume (quantidade) de consumo. Já os prestadores de serviço em saúde optam, corriqueiramente, pelos produtos de maior custo de aquisição além de uma maior quantidade de unidades. Esta tensão deságua na prática rotineira da auditoria de contas. Mecanismo de ajuste e controle dos gastos que consiste em uma auditoria operativa de avaliação das contas e, por vezes, do prontuário médico com correções não muito claras e impositivas, em sua maior parte. Os prestadores de serviço reclamam com maior ênfase deste mecanismo exigindo equilíbrio nas decisões e mesmo arbitragem quando inexistente consenso.

O tema desta pesquisa diz respeito às relações financeiras e comerciais estabelecidas entre os prestadores de serviços, compreendendo, neste momento, os hospitais e os médicos, e os planos e seguros de saúde e os seus usuários, mantendo como atores coadjuvantes, mas não menos significativos, os fornecedores de materiais e medicamentos.

Tomamos como ponto de partida para este estudo a percepção que houve, há e está avançando, um fator de grave desequilíbrio no mix entre a venda de produtos e os serviços oferecidos pelos prestadores de serviço, o que ocasiona maior custo de desembolso para as operadoras e conseqüentemente para os usuários já que o custo dos produtos, como materiais e medicamentos, está maior que o custo dos serviços. Em termos concretos, nosso tema se concentra, primordialmente, na possibilidade da conversão da atual margem de rentabilidade sobre materiais e medicamentos para margem de rentabilidade em serviços, mas sem se alterar o resultado final para os prestadores e, ainda, assim reduzindo o custo de desembolso para as operadoras de planos e seguros de saúde e de seus usuários.

Assim, o objetivo geral deste estudo é demonstrar, numericamente, a viabilidade da redução da rentabilidade sobre os produtos (medicamentos e materiais) e sua conversão

para a rentabilidade sobre os serviços, tanto para os prestadores de serviços quanto para as operadoras de planos e seguros de saúde e usuários.

Além deste objetivo geral, fixamos ainda, como objetivos específicos:

- Demonstrar que com a redução nas margens de rentabilidade sobre os produtos, como medicamentos e materiais, com sua conversão para a rentabilidade sobre os serviços, pode reduzir o valor do prêmio ampliando por consequência a base de usuários do chamado setor de saúde suplementar formado pelas operadoras de planos e seguros de saúde privados, traduzindo-se, desta forma, em acréscimo no número de usuários, tornando maior o mercado de saúde suplementar, tanto para as operadoras de planos e seguros de saúde privados e, em consequência, para os prestadores de serviços em saúde.

- Demonstrar que o litígio, hoje presente, acerca da escolha dos produtos (marcas, tipos e quantidades), que posicionam os atores no mercado de saúde (prestadores de serviços de saúde privados e operadoras de planos e seguros de saúde privados) em lados antagônicos, pode ser transformado em real parceria, com estes atores trabalhando por um mesmo objetivo com resultados mutuamente satisfatórios, especialmente para os usuários, os principais beneficiários deste entendimento.

Para cumprir estes objetivos, o estudo que vamos desenvolver adota uma estrutura que inclui cinco capítulos.

No primeiro capítulo discorreremos sobre o histórico do relacionamento entre os prestadores de serviço e as operadoras e seguradoras de planos de saúde, destacando suas relações financeiras de origem e sua evolução, chegando ao cerne do problema objeto desta pesquisa.

No segundo capítulo identificaremos quais os componentes de uma conta médico hospitalar classificando em blocos estruturados denominados: produtos (medicamentos e materiais) e serviços (honorários médicos, diárias e taxas hospitalares) e, eventualmente, quando necessário e relevante, as suas subdivisões. Neste capítulo também serão apresentadas as justificativas pela escolha dos blocos estruturados.

No terceiro capítulo delimitaremos o alcance do estudo com o levantamento e apresentação de seis meses de contas médico-hospitalares de uma unidade hospitalar de



foco ortopédico, levantando suas divisões e agrupando-os em blocos estruturados, cuja definição e justificativa encontram-se no capítulo segundo.

No quarto capítulo será apresentado o custo real dos produtos (materiais e medicamentos), aplicando e explicando critérios para estocagem e custo financeiro, comparando-o com os preços de venda negociado com as operadoras de planos e seguros de saúde.

No quinto capítulo serão apresentadas as tabelas, resultantes da pesquisa, com os valores de cobrança atuais, os valores sugeridos, seus resultados para os prestadores, para as operadoras e seguros de saúde e para os usuários.

No sexto capítulo encerraremos com as conclusões.

## CAPÍTULO PRIMEIRO

### 1. HISTÓRICO DO RELACIONAMENTO ENTRE OPERADORAS E SEGURADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇO

#### 1.1 Origem dos Prestadores de Serviços de Saúde

O embrião do primeiro prestador de serviço de saúde, no Brasil, foi a Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada por Brás Cubas em 1543, na então Capitania de São Vicente, atualmente estado de São Paulo. As Santas Casas de Misericórdia surgiam por força da política real portuguesa, iniciada em 1498, pelo Rei Dom Manuel, continuada pela sua irmã, a Rainha D. Leonor de Lencastre com apoio de vários elementos da nobreza e da comunidade religiosa. No ano de 1544, foi inaugurado o Hospital de Todos os Santos, o primeiro do país, que terminou por dar o nome da cidade portuária de Santos.

Segundo Brener (2005) as unidades de saúde surgiram a partir de duas instituições: a Igreja e o exército português. Em 1727 começava a funcionar o primeiro serviço hospitalar militar no Rio de Janeiro, especificamente no morro do São Bento originando o Hospital Real Militar. Os hospitais ligados a Igreja tinham como objetivo primário apoiar uma ampla variedade de pessoas excluídas. Estes excluídos eram alienados mentais, miseráveis sem habitação, doentes terminais e da discriminação dos portadores de doenças infecto-contagiosas. Com o advento da chegada forçada da família real portuguesa em 1808 e a conseqüente abertura dos portos nacionais, o Brasil iniciou o processo de intensa imigração estrangeira. Estes estrangeiros estabeleciam comunidades étnicas levando a criação de mais hospitais, agora associados a estas mesmas comunidades. Como não poderia deixar de ser, a comunidade mais numerosa e poderosa da época foi a comunidade dos descobridores: a comunidade portuguesa. Desta forma, em 1855, surgia o Real Hospital Português de Beneficência do Recife. O Hospital Português de Salvador veio logo em seguida no ano de 1857. Pouco depois, em 1859, surgiam simultaneamente: a Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro e a Real e Benemérita Associação Portuguesa de

Beneficência em São Paulo. Após os portugueses, a comunidade alemã inaugura o Hospital Alemão em 1923, seguido da comunidade japonesa com o Hospital Santa Cruz no ano seguinte. A seqüência de hospitais de comunidade continuava com os hospitais: Sírio-Libanês em 1965 e o israelita Albert Einstein em 1971 ambos localizados na cidade de São Paulo. Segundo Silva (1983) a partir da década dos setenta, o governo militar brasileiro, através de uma série de medidas de reforma na área de previdência e saúde com ações notadamente de caráter administrativo, político e financeiro como criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), orientação para compra de serviços de assistência médica ao setor privado, privilégio para medicina assistencial curativa em detrimento da medicina preventiva. Estes elementos em conjunto permitiram o forte desenvolvimento dos prestadores de serviço com especial atenção ao chamado setor médico assistencial privado. Segundo Faleiros (2006) a partir do advento da Constituição de 1988, com a chamada reforma sanitária, fica estabelecida a prioridade para as unidades públicas de saúde. O Artigo 199 da Constituição Federal permite a participação do setor privado no atendimento ao sistema público de atendimento a população apenas (e restrito) em caráter complementar. Simultaneamente esta mesma constituição permite livremente a iniciativa privada a participação no setor de saúde suplementar ao SUS – Sistema Único de Saúde.

Com as restrições impostas aos prestadores de serviço privados quer em caráter de participação marginal no sistema SUS quer restringindo a remuneração dos serviços através de tabelas subavaliadas surge, formalmente, a saúde suplementar (Lei 9.656/98). A prestação de serviços na saúde suplementar está, basicamente, constituída por prestadores privados.

## 1.2 Origem das Operadoras de Planos e Seguros de Saúde.

Segundo Derengowski (2003) o surgimento das atividades na, hoje, chamada saúde suplementar no Brasil iniciou-se na década de 60 quando empresas do setor industrial e de serviços passam a oferecer planos de saúde diferenciados para seus funcionários através de convênios-empresa ou por meio de caixas de assistência a entidade patronal ou mesmo através de planos auto-administrados. Estes benefícios

visavam atrair ou manter em seus quadros empregados com formação diferenciada, através do benefício da assistência médica, concorrendo com vantagens contra outras empresas que não ofereciam estes benefícios. Na década de 70, a Previdência Social cria incentivos tributários para as empresas que ofertassem e assumissem o ônus com o atendimento médico de seu quadro de empregados. Desencadeou-se, portanto, uma forte expansão nesta modalidade alternativa à assistência médica pública. O diferencial: melhores médicos, hospitais, clínicas e laboratórios de exames complementares e menor prazo de atendimento. As empresas são formadas e constituídas, preferencialmente por médicos, visando fornecer este tipo de atendimento diferenciado por um valor aceitável e com incentivos governamentais. Nasceram as cooperativas médicas e as de medicina de grupo.

Nos final dessa década com o choque do petróleo e dificuldade de caixa do estado brasileiro, a previdência pública oficial deixa de ofertar incentivos, levando estas empresas ainda embrionárias a perder suas benesses financeiras, tendo que se adaptar rapidamente para sobreviver.

Com as restrições orçamentárias (a retirada dos incentivos às empresas que forneciam serviços de assistência médica privada), as empresas de assistência médica passam a ofertar planos individuais a pessoas físicas e as famílias da classe alta e média. Focando um segmento social de mais alta renda, as empresas passam a comercializar planos com cobertura individualizada, discriminando seus prêmios (preços) em função do público alvo e da cobertura oferecida. O grande marketing era a rede prestadora de serviços. Quanto maior, qualificada e diversificada a rede, maior o apelo para aquisição deste ou daquele plano ou seguro de saúde. Surgiam as operadoras de planos e seguros de saúde.

Com a promulgação da Lei 9.656/98 estava criado o marco legal que define e disciplina o mercado das operadoras de planos e seguros privados de saúde.

Mesquita (2001) define saúde suplementar algo como acréscimo à assistência integral e universal prestada pelo SUS.

Segundo a Lei 9.656/98, é considerada Operadora toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, que ofereça plano mediante contraprestação pecuniária, com

atendimento em serviços próprios ou terceirizados. Segundo Cata Preta (2004), o mercado esta segmentado em seis tipos básicos de operadoras: medicina de grupo, seguradoras, filantrópicas, auto-gestão patrocinada e não patrocinada, cooperativas e administradoras de planos de saúde. Cada qual com suas especificidades. A caracterização detalhada das operadoras de planos e seguros de saúde foram objeto de diversos estudos acadêmicos.

Gama (2003) analisa e caracteriza o segmento das autogestões. KORNIS e Caetano (2002) faz uma análise mais ampla descrevendo a estrutura e a dimensão dos diversos segmentos das operadoras. Deixamos de tecer maiores explicações por não ser objetivo desta dissertação.

### 1.3 Origem do Poder Regulador e Fiscalizador: ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

No século XX, especificamente no ano de 1923, cuja Lei Eloy Chaves institui o modelo de financiamento conjunto de aposentadorias e previdência social com a criação do sistema de CAP's: Caixas de Aposentadorias e Pensões. Este modelo determinava que os funcionários de grandes empresas e organizações, que mantivessem caixa de aposentadoria própria, passassem a ter direito, também, a assistência médica, medicamentos (a preço vantajoso e diferenciado) além das aposentadorias e pensões (núcleo original das caixas).

Segundo Vilarinho (2003), neste contexto, foi permitido às CAP's o arrendamento do trabalho médico (hoje credenciamento), onde, eram realizados os atendimentos dos funcionários e familiares com direitos de assistência e, também, sendo permitida a possibilidade de constituição de serviços médicos próprios. Este marco inicial do sistema de saúde complementar era inteiramente financiado por dois atores. Os funcionários e as empresas. O Estado brasileiro não participava, não financiava e nem fiscalizava, gerando um componente de exclusão social para os demais trabalhadores e mesmo para o restante da população. Segundo Médici (2003), ficava criada a base para um sistema de privilégios sociais voltados para uma classe específica de trabalhadores especializados, de alto poder

aquisitivo e organizados sob forma de sindicatos e associações de classe com capacidade de exercer pressão sob o governo.

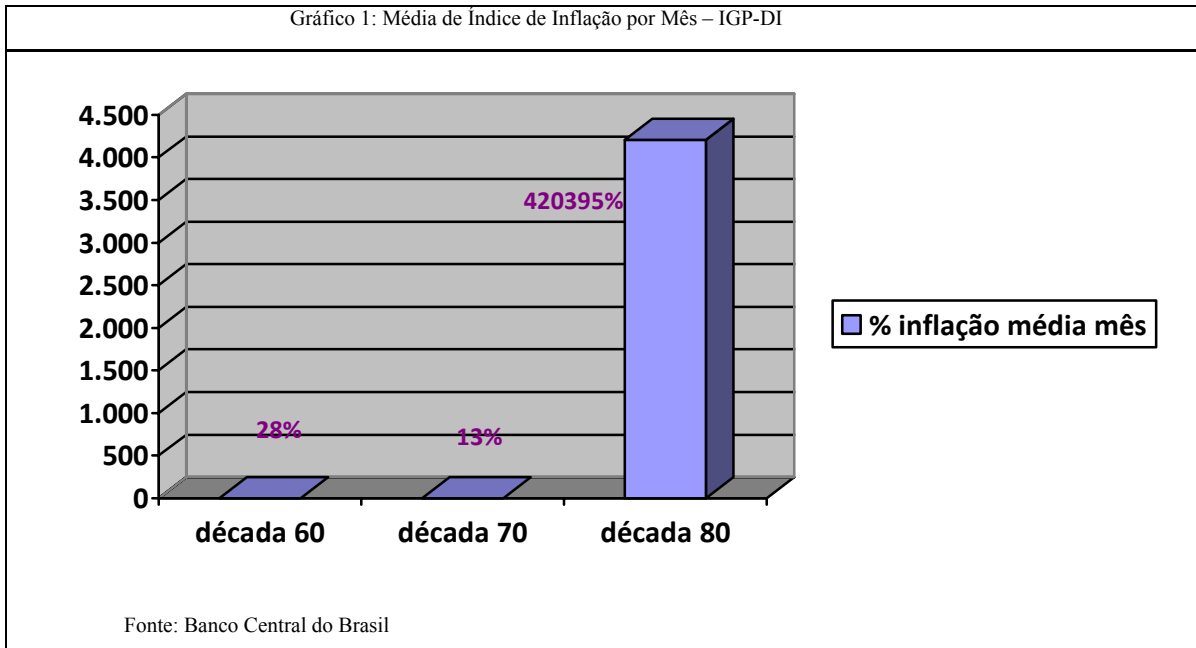
Conforme Reis (2000), a partir do segundo governo Vargas (1950 a 1954), com o forte incentivo do governo Kubitscheck (1956 a 1960), várias indústrias multinacionais instalam-se no Brasil. Entre estas, a indústria automobilística que trouxe um novo padrão de tecnologia, até então desconhecido no Brasil. A produção em série com foco em produtividade tendo como meios para este objetivo: a sistemática de treinamento, assiduidade e integração da força de trabalho. As empresas passam a ter interesse econômico pelo controle sobre a assistência médica prestada a seus funcionários com vias a obtenção de seus objetivos comerciais. Segundo Bahia (2001) neste mesmo período inicia-se o desenvolvimento de sistemas de assistência voltados exclusivamente para os servidores públicos.

A partir do golpe de estado de 1964 instala-se um regime de exceção. Para Reis (2000), o Estado brasileiro, sinaliza sua preferência pelo relacionamento com os estabelecimentos médicos privados. A enorme deficiência na rede de assistência pública aliada a premência na adoção de políticas públicas que atendessem aos anseios da população fica como justificativa para a decisão de governo em atender a necessidade da população em termos de assistência à saúde contemplando a iniciativa privada com e sem fins lucrativos com linhas de crédito e financiamentos diretos, por vezes com taxa de juros negativa, salienta Reis (2000). Ampliava-se a assistência médica a todos os trabalhadores e dependentes com contribuição ao novo INPS, criado pela unificação dos IAP's (institutos de assistência e previdência), por sua vez oriundos da unificação não linear das CAP's (caixas de assistências e previdência). Deixava-se de limitar a assistência apenas aos funcionários de maior casta social ou das empresas de maior porte para atingir a todos os trabalhadores formais do Estado Brasileiro.

Choque do petróleo nos idos da década de 70. Crise econômica mundial com retração da atividade produtiva. Inflação em alta galopante (gráfico 1). O governo brasileiro sofre com a ausência de crescimento, o aumento do desemprego e declaração de moratória frente aos organismos credores internacionais. Desta forma, destaca Reis (2000), o aprofundamento da recessão econômica implica em retração nas contas dos

fornecedores do governo. Sem recursos em caixa e com forte aumento da demanda fruto da decisão de estender o benefício da assistência médica a maior parcela da população, o governo contingência pagamentos e nega o reajustamento, da tabela dos prestadores de serviço, na mesma escala da inflação. Ainda segundo Reis (2000), a rede de prestadores de serviços privados opta pelo incremento no relacionamento com as empresas e entidades de saúde complementar como forma de manutenção da qualidade na assistência à saúde ou mesmo da própria sobrevivência.

A década de 90 trouxe a redemocratização do Estado Brasileiro sendo refeito todo o arcabouço jurídico da assistência médica com a criação do SUS - Sistema Único de Saúde, e seus amplos objetivos de universalização, equidade e integralidade no atendimento através de suas estratégias como descentralização do atendimento, unicidade de comando em cada esfera governamental e participação social no planejamento e fiscalização na execução dos serviços. Médici (2003) destaca a queda substancial na qualidade e abrangência da cobertura do sistema público de assistência médica face à crise institucional e financeira, levando o SUS a realizar um atendimento precário, tanto na qualidade quanto na abrangência. Este atendimento deficitário termina por afastar as classes sociais de maior renda e educação, restando ao atendimento às classes menos favorecidas e excluídas. Percebe-se um novo impulso nos sistemas privados de medicina, com grande aumento de novos entrantes neste sistema pago. Tanto prestadores de serviço privados, quanto operadoras e usuários percebem este mercado como indispensável e uma alternativa real ao deficitário SUS.



Simultaneamente, as relações entre os prestadores, usuários e operadoras iniciam, lentamente, um movimento de aumento de complexidade e dificuldade. Durante a década de 90, várias operadoras começam a enfrentar concorrência em um mercado que passou a ficar disputado. Investimentos em propaganda e marketing vendem a idéia do uso infinito com os melhores prestadores médicos e hospitalares, enfatizando a mais moderna (e cara) tecnologia. Praticamente sem restrições de entrada o usuário era compelido a acreditar que o sistema mutualista<sup>3</sup> em que se baseiam as seguradoras e operadoras de saúde não impunha limitações, principalmente de uso. Na medida em que os balanços das seguradoras de saúde apontam para prejuízos pela utilização (sinistros) cada vez maior por responsabilidade do aumento na quantidade de eventos, do uso de novas tecnologias e mesmo no aumento dos custos unitários por evento, dá-se início à política de contenção e restrição de custos.

Este mecanismo tem duas direções objetivas. A primeira direcionada ao usuário com o movimento de restrição à utilização via direcionamento de demanda para

<sup>3</sup> Mutualismo: simbiose, dependência, sobrevivência, benefício mútuo, base de um sistema de sustentação econômica onde muitos contribuem para que poucos possam utilizar os recursos de um fundo mútuo administrado segundo ALVES.



prestadores de menor custo, negativa ou postergação de autorização para procedimentos de maior custo, exclusão unilateral de usuários com maior idade ou maior índice de sinistralidade ou utilização, limitadores financeiros de utilização, prazos de carência e mesmo negativa de cobertura com os mais variados argumentos. A segunda direcionada ao prestador de serviços em saúde com o movimento de represamento ou contenção dos reajustes nas varias tabelas praticadas: tabela de honorários médicos, tabelas de serviços e diárias hospitalares, tabelas de materiais e medicamentos, na política de negativa de pagamentos de contas sob a égide da (in) justificativa técnica ou administrativa, descredenciamento dos prestadores que recusassem qualquer das políticas impostas, postergação de pagamentos reconhecidos, enfim toda sorte de medidas que visavam, em última análise, garantir os resultados positivos nos balanços das operadoras.

Avolumavam-se queixas de operadoras contra prestadores e usuários, queixas de prestadores contra operadoras e de usuários contra operadoras e prestadores. Muitas destas queixas desaguaram (e deságuam) sobre o Poder Judiciário. A cada momento o Judiciário era instado a intervir, decidindo conflitos tortuosos, principalmente contra as operadoras, entendidas como a face mais economicamente robusta do sistema. Denúncias eram quase diárias com criticas ao excesso de ganância das ricas operadoras.

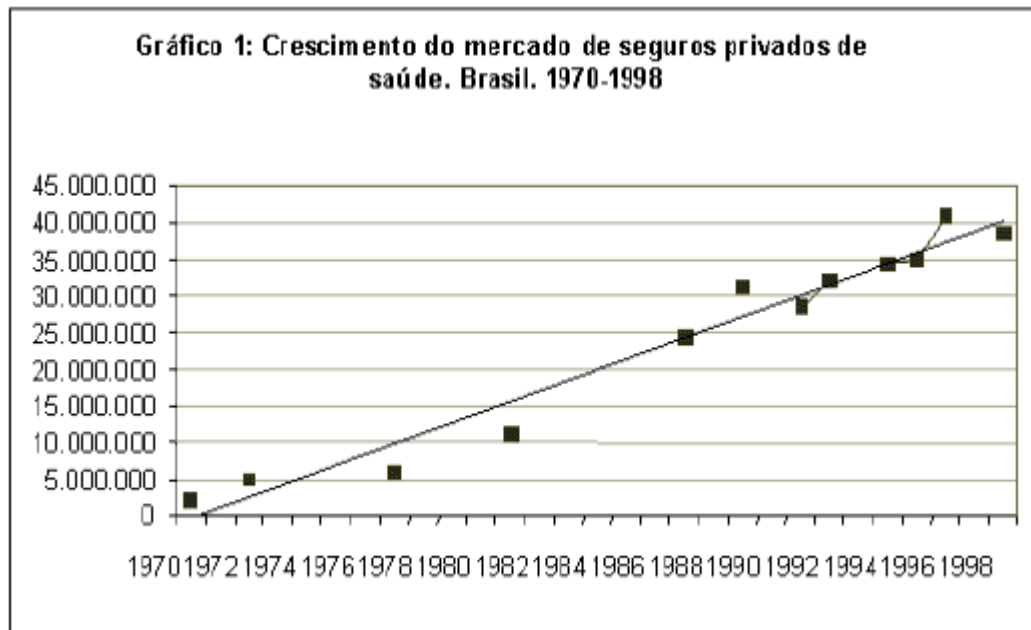
Mesquita (2002) defende que neste ambiente de conflitos, seus atores perceberam a necessidade da intervenção estatal sobre a atuação das operadoras, culminando com a Lei nº 9.656/98 que dispôs sobre os planos de saúde privados e, logo depois, pela criação da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar pela Lei nº 9.961/00. Fica criada a instância de regulação de um setor econômico que nunca seguiu qualquer regra de funcionamento operacional, técnico ou econômico. Considera-se como única exceção a essa regra as operadoras de seguro de saúde que como seguradoras tradicionais, com foco de atuação na área da saúde, estavam sob a fiscalização direta da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, órgão regulador das companhias de seguro que estabelece regras rígidas mas limitadas à liquidez e solvência. Presentemente, as seguradoras especializadas em saúde, desvincularam-se da fiscalização da SUSEP, estando submetidas à ANS, conforme estabelecido pela Lei nº 10.185/01.

A ANS detém poder regulatório para estabelecer regras, e fiscalizar, tanto em critérios de liquidez e solvência como em critérios da assistência médica e cobertura.

#### 1.4 Origem do Relacionamento entre Operadoras de Planos e Seguros de Saúde e os Prestadores de Serviço.

Na década de 80 existiam aproximadamente 15 milhões de usuários dos planos de saúde, considerando as medicinas de grupo e as cooperativas médicas (gráfico 2). Não estão consideradas as auto-gestões e as seguradoras que acabavam de adentrar neste mercado. Ficava consolidado o mercado de saúde suplementar como alternativa onerosa ao serviço público e gratuito. Segundo Silva (2003), o mercado de saúde suplementar estava em pleno aquecimento com a entrada das grandes seguradoras e de seus planos individuais.

A resposta da classe média foi de entusiasmo. Enfim uma garantia de atendimento não aos exorbitantes preços do atendimento particular e nem a gratuidade e as longas esperas sem qualidade do atendimento público. Um meio termo bastante atrativo. Consolidava-se o modelo de medicina suplementar prestada essencialmente por prestadores privados, com distanciamento da baixa qualidade de atendimento das unidades públicas. Como mais um catalisador que explica o rápido crescimento do mercado: a entrada de novos usuários oriundos de grupos de trabalhadores públicos e de médias empresas que lutaram e conquistaram acesso ao mercado suplementar de saúde, via suas respectivas empresas.



Fonte: Andreazzi e Komis (2003)

Outro fator que contribuía para o aumento vertiginoso de usuários no mercado de saúde suplementar eram os reduzidos valores cobrados pelos planos individuais. Uma estratégia de ampliação de usuários. As operadoras reduzem artificialmente os preços dos prêmios cobrados aos usuários, visando atrair maior parcela da população. O contrato entre operadora e usuário ou não era claro quanto à política de reajustamento de preços ou vinculava o reajustamento ao gasto anual (sinistro anual) do usuário, representando correções irrealistas ou abusivas, negando o princípio de mutualismo originário do sistema. A justificativa para venda a valor abaixo do custo era seu realinhamento ao longo do tempo. Aguardava-se que o usuário utilizasse os serviços da rede de atendimento e, uma vez comparado ao setor público, evidenciava seu acerto de escolha pelo seguro ou plano privado, melhor que a opção pública e mais barato que a opção particular. Agregada a política de preços baixos, uma forte campanha de marketing e propaganda incentiva a população a adquirir um seguro ou plano de saúde. Segundo Miranda (2003), a propaganda é centrada na oferta de múltiplos serviços médicos de excelência, profissionais renomados e a mais alta tecnologia disponível na medicina, com transporte em UTI aéreo, se necessário e a mais ampla cobertura. Utiliza-se para tanto a televisão, rádio, imprensa escrita e falada,

com apoio das maiores agências publicitárias do país. Este tipo de propaganda induz ao usuário à utilização excessiva e desnecessária. O usuário passa a exigir do prestador de serviço o mais avançado (e caro) dos métodos diagnósticos apenas para confirmar um diagnóstico já estabelecido pelo seu médico assistente, além de exigir os melhores (em sua opinião) e mais caros métodos de tratamento, nem sempre condizente com o melhor resultado ou a melhor prática médica.

Quanto ao prestador de serviços, este está vinculado a uma política de remuneração denominada “fee for service” ou “honorário por serviço prestado” cujo modelo foi importado dos EUA. Segundo Escrivão Junior et al (2007), este é o modelo base nas relações entre prestadores de serviços em saúde e as operadoras de seguros e planos de saúde na medicina suplementar brasileira.

Criam-se incentivos indiretos à sobre utilização dos serviços com aumento de custos para o sistema. Inexistem garantias que este aumento de custos resulte em melhor qualidade de assistência. Ademais, vincula a complexidade do ato e ao gasto de insumos do procedimento praticado ao valor da remuneração cobrada numa razão diretamente proporcional. Traduzindo, quanto mais complexo, demorado e dispendioso o ato médico praticado maior será a remuneração e o seu conseqüente resultado operacional. Esta lógica termina por reverter-se contra as operadoras quando incentiva a prática de procedimentos médicos mais onerosos (com finalidades de caráter curativo) em detrimento aos procedimentos médicos mais simples (com finalidades de caráter preventivo). Os investimentos dos prestadores de serviços foram direcionados aos procedimentos de melhor custo benefício (retorno financeiro) e de maior ônus para as operadoras.

Aliando-se a propaganda com efeitos negativos sobre os custos com sinistralidade e os incentivos a práticas médicas de maior custo, sem garantias de qualidade, obtemos um resultado explosivo em termos de sinistros (gastos) com atendimentos dos usuários.

Neste cenário promissor no curto prazo, aparentemente paradoxal, as operadoras vendiam muito e por preços de razoáveis a baratos, focando seu marketing institucional na garantia de um atendimento em qualquer lugar, mas começavam a apresentar os primeiros resultados operacionais negativos. Sinalizando para futuros problemas financeiros, as operadoras criam uma gama de complexidade no mercado. Criam-se regras multifacetadas,

administrativas e técnicas, voltadas à contenção da utilização dos serviços. Inicialmente, visavam impedir a utilização exagerada por parte do usuário mas acabaram por tornar o sistema de atendimento e cobrança dos prestadores de serviços uma das mais árduas e complexas tarefas.

De relações que teriam por objetivo organizar e fiscalizar a qualidade do atendimento, sem se afastar do modelo de liberdade e amplitude do atendimento, vendido e prometido pela propaganda, acabam por desvirtuar para reduções unilaterais de faturas, glosas, auditoria a distância, adoção de formulários complexos, adoção da autorização prévia para procedimentos que não previam esta prática, postergação de pagamentos, imposição de tabelas defasadas e congelamento das tabelas de remuneração médica. Todas as práticas sempre à revelia dos prestadores de serviços. A operação rotineira do atendimento e faturamento tornou-se de grande complexidade sempre sujeita ao erro e recusa de pagamento.

Conforme Silva (2003), outro complicador foi à entrada de várias novas operadoras carentes de estrutura, sem expertise e sem lastro econômico-financeiro. Estas novas operadoras entraram no mercado em busca de lucros rápidos e fáceis.

O ganho fácil estava baseado no modelo de cobrança existente a época. O modelo exigia que o usuário pagasse antecipadamente o prêmio de seu seguro ou a parcela de seu plano de saúde enquanto ao prestador cabia o recebimento de sua fatura, em regra, após 60 ou 90 dias contados a partir da data do atendimento. No quadro 1, demonstramos o peso do índice inflacionário, a época, sobre o resultado da conta entre recebimentos a vista e pagamentos a prazo. A simulação considera, por hipótese, um usuário padrão que pagasse um prêmio mensal de Cr\$ 100,00<sup>4</sup> (cem cruzeiros) todo dia cinco de cada mês. Assumindo-se que no dia do pagamento do prêmio acordado o usuário precisasse de atendimento em um prestador de serviço da rede credenciada da operadora e, mais, que este serviço custasse, novamente por hipótese, os mesmos Cr\$ 100,00 (cem cruzeiros). Aparentemente em uma economia estável não haveria ganhos para a operadora (desconsiderando os gastos

---

<sup>4</sup> Cr\$ ou Cruzeiro era a denominação da moeda utilizada por três vezes pelo Brasil de 1942 a 1967, de 1970 a 1986 e de 1990 a 1993.

administrativos e de impostos). Mas quando consideramos o período estudado percebemos os ganhos inflacionários estratosféricos de quem recebesse a vista e pagasse a prazo. A resposta de quanto este serviço efetivamente custaria encontra-se demonstrado no quadro 1. Neste exemplo o contrato com o prestador de serviço define uma data de entrega da fatura para o dia cinco do mês posterior ao atendimento (como de praxe). Também define o prazo para quitação do pagamento para trinta ou sessenta dias contando da data da entrega da fatura (a praxe também definia ou trinta ou sessenta dias de acordo com o tamanho e a capacidade negocial do prestador). Consideremos os dias 05 do mês 05 (maio) do ano de 1985 como o dia do pagamento do prêmio e o dia do atendimento do usuário em uma unidade prestadora de serviço da rede da operadora. A mesma situação descrita utilizando-se o dia 05 do mês 05 (maio) do ano de 1987, dois anos depois, encontra-se descrita no quadro 2. Em ambos os casos utilizamos o índice oficial de correção adotado pelo governo, o IGP-DI: Índice Geral de Preços Disponibilidade Interna calculado pela FGV: Fundação Getúlio Vargas.

Na tabela 1, ano de 1985, a desvalorização monetária permitia um ganho pela operadora de mais de 14% para cada mês quanto maior estiver a diferença entre a data de recebimento do usuário e a data de pagamento ao prestador. Se houvesse atraso de trinta dias na quitação da fatura a perda ultrapassava os 57%. Não havia previsão contratual de pagamento de multa e/ou juros e/ou correção monetária ao prestador.

Tabela 1 – Desvalorização da moeda de maio de 1985 a setembro de 1985

	<b>Valor em 05.05.85</b>	<b>Valor em 05.06.85</b>	<b>Valor em 05.07.85</b>	<b>Valor em 05.08.85</b>	<b>Valor em 05.09.85</b>
<b>Valor em Cruzeiros - Cr\$</b>	100,00	≈ 116,23	≈ 126,60	≈ 144,32	≈ 157,50
<b>Percentual Acumulado- %</b>	-	≈ 16,23%	≈ 26,60%	≈ 44,32	≈ 57,50

Fonte: FGV

Na tabela 2, ano de 1987, a desvalorização monetária permitia um ganho pela operadora de mais de 24% para cada mês quanto maior estiver a diferença entre a data de

recebimento do usuário e a data de pagamento ao prestador. A cada quatro meses em uma aplicação financeira simplificada quase dobrava o capital inicial em juros simples. Em juros compostos mais que dobrava. A regra do não pagamento de multa e/ou juros e/ou correção monetária ao prestador permanecia como permaneça até os dias atuais.

Tabela 2 – Desvalorização da moeda de maio de 1987 a setembro de 1987

	<b>Valor em 05.05.87</b>	<b>Valor em 05.06.87</b>	<b>Valor em 05.07.87</b>	<b>Valor em 05.08.87</b>	<b>Valor em 05.09.87</b>
<b>Valor em Cruzeiros - Cr\$</b>	100,00	≈160,60	≈ 175,58	≈ 183,48	≈ 198,20
<b>Percentual Acumulado- %</b>	-	≈ 60,60%	≈ 75,58%	≈ 83,48	≈ 98,20

Fonte: FGV

O ambiente inicial de cooperação e interesse mútuo torna-se rapidamente em um ambiente de grandes e complexos conflitos. Usuários exigindo liberdade de escolha para realizar seus procedimentos prometidos na aquisição do seguro ou plano de saúde. Prestadores de serviço exigindo correção em suas tabelas de preço de procedimentos e exigindo pagamentos na datas de vencimento acordadas, além de pagamento integral e sem descontos de suas faturas. Operadoras reclamando dos gastos excessivos e desnecessários de seus usuários e reclamando dos prestadores de serviço que utilizam em demasia seus meios diagnósticos e a escolha dos métodos de tratamento ficavam cada vez mais direcionados às práticas mais onerosas.

O Poder Judiciário freqüentemente interveio nesta relação normalmente acatando a tese dos usuários, considerados hipo-suficientes na relação com as operadoras. Denúncias na imprensa tornavam-se freqüentes. A opinião pública socializava as informações tornando as disputas individuais em guerra entre o grande capital e o trabalhador usuário do plano ou seguro de saúde.

Neste ambiente o governo brasileiro é compelido a criar um órgão regulador que pacificasse as relações, com ênfase na defesa do consumidor. Criou-se, então, a ANS através da Lei 9.961/00.

Criada para definir e especificar as regras de operações entre as operadoras e os usuários e entre as operadoras e seus prestadores de serviço. Segundo Vilarinho (2003) a ANS desenvolve ações de revisão, uniformização e regulamentação em dois pólos distintos e complementares: de caráter econômico e de caráter relativo à assistência a saúde. No pólo de caráter econômico destaca-se: o sistema de informações econômico-financeiras, plano de contas padrão, sistema de garantias, regras de direção fiscal e liquidação extrajudicial, sistemática de reajustes. No pólo relativo à assistência a saúde destaca-se: rol de procedimentos mínimo, direção técnica e sistema de informação de produtos.

Nosso trabalho está focado na relação financeira entre os prestadores de serviço e as operadoras. Especificamente na grande queixa das operadoras sobre o reajuste dos materiais e medicamentos muito acima dos índices oficiais de inflação, elevando seus custos e encarecendo seus produtos para os usuários.

Seria possível reduzir o valor e o peso relativo dos materiais e medicamentos redistribuindo os resultados para outros componentes da fatura médico-hospitalar reduzindo no final o seu valor absoluto, mas preservando o resultado dos prestadores de serviço ? Esta resposta deverá ser estar provada ao final da pesquisa.

No próximo capítulo passamos a descrever, para melhor entendimento, os componentes possíveis de uma conta médico-hospitalar.



## CAPÍTULO SEGUNDO

### 2. OS COMPONENTES DE UMA CONTA MÉDICO-HOSPITALAR

#### 2.1 Conceitos

O cidadão brasileiro pode ter atendimento em uma unidade de saúde privada, em território brasileiro, desde um consultório médico para realização de uma consulta médica básica até o atendimento em um hospital com internamento de média e/ou alta complexidade, começando desde uma diária até centenas de diárias com múltiplos atos cirúrgicos, vários exames complementares e a utilização de unidade de terapia intensiva. Para este cidadão brasileiro e em qualquer destas situações, isolada ou conjuntamente, descritas é gerada uma conta, ou também comumente chamada, de fatura médico-hospitalar que pode ser a cobrança de uma consulta básica, significando uma única linha de fatura, até uma complexa conta hospitalar de dezenas de páginas, quando decorrente de internações de média e/ou alta complexidade. Este é um resumo, bastante simplificado, do que acontece com o sistema privado ou oficialmente denominado de Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro.

Segundo a Wikipédia, enciclopédia livre da Web, fatura é um documento comercial que representa a venda de mercadorias ou serviços para clientes domiciliados em território nacional.

No caso específico da saúde, a conta ou fatura médico-hospitalar é o resumo (ou histórico) meramente financeiro do que foi disponibilizado e/ou utilizado e/ou prestado em termos de produtos e em termos de serviços ao paciente em qualquer regime de atendimento de saúde.

Esta conta ou fatura deve conter os dados pessoais do paciente e do responsável legal, discriminar e relacionar todos os itens que compõe a conta desde os produtos utilizados ou disponibilizados até os serviços prestados ou disponibilizados. Deve utilizar uma codificação específica que permita uma padronização mínima e deve especificar os

valores, que somados geram o valor total devido. Esta conta deve ser quitada pelo próprio usuário, por seu representante legal ou mesmo pela sua operadora ou seguradora de saúde, quando houver sido autorizado a internação ou o serviço prestado.

A conta ou fatura médico-hospitalar, ainda de forma ampla, pode ser dividida em dois componentes básicos: os produtos e os serviços.

Segundo Kotler (2000), um produto é algo que pode ser oferecido ao mercado para satisfazer uma necessidade ou desejo. No caso do mercado de saúde esta definição fica incompleta, pois o usuário final apenas sabe que necessita e deseja seu bem-estar como um fim, mas desconhece os produtos como meio para ascensão ao bom estado de saúde. Como componente de uma conta médico-hospitalar os produtos são todos os insumos, materiais descartáveis de uso único, materiais não de uso único, mas de uso limitado e restrito no tempo ou na quantidade de vezes de uso, medicamentos, materiais de implante médico cirúrgico, materiais de uso externo, materiais de proteção individual ou coletiva, enfim todo e qualquer produto que esteja indicado como indispensável, facilitador ou que possa acrescentar precisão para ao diagnóstico, tratamento, como meio ou como fim, visando à melhoria da condição quer curativa quer preventiva da saúde individual ou mesmo coletiva.

Segundo Meireles (2006), serviço é trabalho em forma processo. Para o mercado de saúde esta definição novamente tem se mostrado insuficiente. O termo assume um sentido ainda mais amplo. No caso especial das faturas médico-hospitalares os serviços significam: o próprio trabalho médico em toda sua amplitude conceitual (também chamada de honorário médico), desde a consulta passando pelos exames complementares e mesmo os honorários de procedimentos médico-cirúrgicos, as diárias hospitalares, as taxas de serviços, as taxas de aluguéis de salas e equipamentos e mesmo as taxas de serviços incidentes sobre os demais serviços.

Em todo o vasto conceito, definem-se por tradição mercadológica na saúde algumas tabelas, de repercussão nacional, como balizadoras de preços. Publicações especializadas, de repercussão nacional, divulgam, em forma de tabelas e listas, os valores atribuídos aos diversos componentes presentes.

Especificamente no mercado de saúde brasileiro, a base da tabela de preços de produtos esta vinculada ao SIMPRO HOSPITALAR. Publicação periódica que visa definir,

via tomada de preços do fabricante, o valor de fábrica dos insumos médico-hospitalares. A publicação SIMPRO HOSPITALAR também divulga uma relação de medicamentos, mas o mercado não costuma utilizá-lo como balizador de preços dos medicamentos, optando pelo BRASÍNDICE.

A base da tabela de preços de medicamentos está vinculada ao BRASÍNDICE, publicação periódica que define, via coleta de preços diretamente junto aos laboratórios farmacêuticos ou ao diário oficial, quando se trata de medicamentos com preços controlados pelo Estado, o valor de venda ao consumidor dos medicamentos aprovados para uso e comercialização no Brasil pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A ANVISA é o órgão que autoriza a comercialização e o uso de qualquer medicamento em território brasileiro. É de se notar uma pequena, mas importante, diferença entre as tabelas já citadas, enquanto a do SIMPRO HOSPITALAR publica o preço base de fábrica enquanto o BRASÍNDICE publica o preço de venda direta ao consumidor. Caberia, no caso do SIMPRO HOSPITALAR, a aplicação de uma margem qualquer de remuneração ou “mark up” sobre o preço publicado no SIMPRO HOSPITALAR, mas não caberia esta margem nos preços dos medicamentos publicados no BRASÍNDICE, pois estes já se encontrariam contemplados.

A base da tabela de preços específicos dos serviços médicos está vinculada à Tabela de Honorários Médicos. Publicação de caráter técnico produzida pela AMB - Associação Médica Brasileira. Contempla todos os procedimentos médicos aprovados e considerados éticos pelo CFM - Conselho Federal de Medicina. Existem várias versões da Tabela de Honorários Médicos: Tabela AMB: versão ano 90, versão ano 92, versão ano 96, versão ano 99, versão LPM, versão AMB & CIEFAS e a mais nova a CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, atualmente já em cinco diferentes versões. Até o ano de 1999, cada uma destas tabelas estabelecia um coeficiente como indexador de preços. Ao invés da tabela conter o valor em moeda de cada procedimento previsto, continha um numeral inteiro significando um indexador que deveria ser multiplicado por um valor negociado entre o prestador de serviço de saúde e a operadora de planos e seguros de saúde. Cada um dos prestadores deveria negociar um valor específico e individual com cada uma das operadoras. A este indexador deu-se o nome de CH –

Coeficiente de Honorários. Originalmente estipulou-se como o valor inicial do CH um centésimo do salário mínimo vigente. O desejo embutido no indexador, CH, era reajustar este valor a cada aumento do salário mínimo, mantendo a paridade no valor da CH de um para cem. Frustrada a expectativa, nos anos finais de vigência das tabelas com indexador de CH, a paridade encontrava-se oscilando na média de um milésimo do salário mínimo vigente. A defasagem havia atingido níveis muito elevados.

Novamente, a AMB lança-se na elaboração de um novo formato de lista de procedimentos médicos. Contrata a FIPE para padronizar, classificar, hierarquizar e valorar cada um dos milhares de procedimentos médicos aprovados como éticos e possíveis, do ponto de vista técnico-científico. Com o lançamento da CBHPM, muda-se a forma. As classificações exibem um código que remete a uma lista de página única que converte os códigos em moeda corrente. Também estabelece uma banda de margem comercial de, no máximo, 20% para mais ou para menos. Deve cada estado, cidade, região ou mesmo individualmente o prestador de serviços em saúde, negociar diretamente com as operadoras de planos e seguros de saúde ou através de suas representações de classe.

Na realidade, ainda hoje, os prestadores ainda convivem com todas as versões de tabelas citadas. Depende do processo comercial conduzido ou estabelecido, quase sempre, pela operadora. O prestador de serviço em saúde, sempre menor em termos de estrutura, capacidade técnica organizacional e profissionalização que a operadora, tornou-se refém de um suposto processo comercial equilibrado. Processos esses, invariavelmente mal conduzidos e, principalmente, dissociado de uma estrutura, mesmo básica, de planilha de custos.

Restando ainda as tabelas de diárias e taxas que englobam os gases medicinais. Estas tabelas definiriam a remuneração da unidade de saúde pelo aluguel do seu espaço, da utilização de seu pessoal não médico, da utilização ou disponibilização dos seus equipamentos médicos de maior valor agregado. As tabelas de diárias e taxas são negociadas entre os prestadores de serviços e as operadoras de planos e seguros de saúde. Utilizam uma nomenclatura própria, não padronizada, permitindo um sem número de interpretações e frequentemente motivo para glosas e divergência. Não existe um balizador

ou mesmo indexador desta tabela. Atualmente a ANS trabalha com vistas a padronização da nomenclatura com a criação do TUSS – Terminologia Unificada em Saúde Suplementar.

Sempre que um credenciamento é negociado e estabelecido entre um prestador de serviço e uma operadora de plano ou seguro de saúde, necessariamente, quatro marcadores precisam ser definidos: uma das tabelas de honorários médicos com seu CH ou sua banda (dependendo da tabela escolhida), a tabela de diárias e taxas (com seus valores), a tabela de medicamentos (vinculada ao BRASÍNDICE, com ou sem desconto) e a tabela de materiais (vinculada ou não ao SIMPRO HOSPITALAR com seu mark up). Cabe, aqui, frisar que a clareza destes marcadores é fundamental para a sincronia de relações entre os prestadores de serviço e as operadoras de planos e seguros de saúde. A falta de informações claras e objetivas nestes marcadores leva a crises de relacionamento. Exemplo claro e frequente da falta de clareza esta no item materiais que não estando vinculados à tabela SIMPRO HOSPITALAR e ao seu respectivo mark-up ficam estabelecidos como preço o “valor de mercado”, eufemismo para permissão de um sem numero de interpretações que levam a estado de beligerância e divergência entre as partes. Em todas as opções devem ser claramente definidos os prazos de reajustamento das tabelas e o indexador, se possível.

## 2.2 Classificação

As organizações ou empresas de saúde são empresas mistas, sendo de origem conceitual fornecedoras de serviços, tornaram-se fortemente vendedoras mercantis de produtos. Desta forma, as organizações de saúde podem ser caracterizadas como, predominantemente, vendedoras de produtos ou fornecedoras de serviços. É imperativo que a organização estabeleça sua grade de faturamento como premissa para identificação. Para entender a realidade de uma organização de saúde precisaríamos compreender e classificar seu faturamento.

A primeira grande divisão do faturamento, de forma didática e adotando caráter bastante ampliado, seria estabelecer uma divisão entre o faturamento oriundo da venda de produtos (materiais e medicamentos) e o faturamento com origem no fornecimento de

serviços médicos e hospitalares. Nesta classificação identificaríamos as características mais marcantes da organização de saúde estabelecendo o peso total e relativo entre as duas origens do faturamento. Esta forma de classificar ressaltaria sua característica mais importante, quantificando esta relação. Estando a organização atrelada à receita com peso significativo oriundo da venda dos produtos teríamos uma empresa comercial que também vende serviços. Do contrário, quando o peso relativo da venda de serviços médicos sobressai em relação à venda de produtos, teríamos uma empresa de serviços que também vende produtos médicos. Permanece a possibilidade da terceira opção, a empresa que não tenha uma prevalência clara, tanto no peso da venda de produtos quanto no peso da venda de serviços, sua relação é equilibrada ou equivalente, teríamos uma empresa de características mista.

Estabelecida a característica principal, devemos aprofundar o levantamento dividindo os grandes blocos de classificação básica. No quesito denominado “produtos”, devemos dividir classificação entre o que são medicamentos e o que são materiais. Nos medicamentos, e sua relação direta com o BRASÍNDICE, não precisamos aprimorar o detalhamento, seu simples levantamento satisfaz. Já nos materiais devemos separar o que é material comum, de uso corrente, e os chamados materiais especiais, síntese, órtese e próteses médicas, de uso restrito, normalmente sob pré-autorização de uso e de alto valor agregado unitário. Esta separação é necessária, pois em unidades que tenham uso destes produtos poderia haver um peso bastante superior deste bloco de classificação. Os materiais comuns são de uso universal e indispensáveis para qualquer organização de saúde, independente de seu tamanho, e os materiais especiais possuindo maior valor agregado são de uso em unidades com maior complexidade.

Para o quesito serviços, a classificação precisa de maior detalhamento. Inicialmente, nos serviços estão compreendidos e devem ser discriminados: os honorários médicos e as diárias e taxas. No item honorários médicos, seria importante discriminar seus componentes principais: as consultas, os exames diagnósticos e os procedimentos. Esta grade de itens nos leva a analisar as características da organização quanto a sua complexidade e a seu perfil assistencial. Na classe de diárias e taxas, discriminar especificamente o faturamento

oriundo das diárias e o das taxas nos traria a percepção quanto a importância dos leitos de internamento e mesmo o perfil de complexidade da organização.

Outra maneira importante de classificar a organização de saúde seria separar o faturamento oriundo do internamento do faturamento oriundo do ambulatório ou simplesmente do atendimento ao paciente não internado. Esta forma de classificação evidenciaria outro perfil da organização se predominantemente hospitalar ou predominantemente ambulatorial. A importância deste resultado se traduz na visão de importância destas unidades em termos de rentabilidade e de prioridade para eventual investimento.

Sob qualquer aspecto, é de importância mister que o pesquisador conheça o perfil de faturamento da organização que ira trabalhar pois somente com estas informações seria possível propor uma mudança no escopo de receita da organização. Qualquer tentativa de proposta de mudança no perfil dos pesos relativos da grade de faturamento poderá resultar em absoluto desastre, com repercussões catastróficas para a organização.

### 2.3 Exemplo de Conta Médico-Hospitalar

Segundo a ANS (2007) as contas médico-hospitalares devem obedecer ao formato introduzido pela normativa TISS – Troca de Informações em Saúde Suplementar. Nos quadros 3 a 9, temos exemplo de uma única conta ou fatura médico-hospitalar real com sete páginas, em formato obrigatório da ANS, tipo TISS, versão 3.0. Todo e qualquer dado que possa identificar o paciente, a operadora, a instituição ou mesmo o médico estará intencionalmente omitido por razões de sigilo médico profissional.

A conta ou fatura médico-hospitalar é constituída de dados de identificação dos agentes e da discriminação da fatura propriamente dita. Na identificação temos a identificação do usuário, da unidade de atendimento, do profissional de saúde solicitante e executor, responsável pelo atendimento, pelos dados da própria guia e pelos dados geradores e conseqüentes atribuídos ao atendimento. Na discriminação dos dados da fatura

teremos o detalhamento das despesas com os valores em moeda faturados contra a operadora de planos e seguros de saúde.

Começamos com os dados do beneficiário ou a identificação do usuário que consiste no nome civil do usuário, no nome de registro atribuído ao seu plano, no número do cartão de identificação individual de usuário do plano além da sua validade e do número do cartão nacional de saúde. Na área reservada a identificação da unidade de atendimento encontramos o nome da instituição de atendimento, o código ou CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, vinculado à instituição e o número do CNES – Cadastro Nacional de Empresa de Saúde, do Ministério da Saúde. Depois na identificação dos dados da operadora, encontra-se descrito o número de registro na ANS e o nome da operadora. Na parte de identificação da guia descreve-se o número da guia, data de autorização, data de expedição, senha e data de validade. Na identificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento encontramos o nome e o registro profissional no respectivo órgão ou conselho de classe. E por final pelos dados do atendimento como data e hora, duração do atendimento, tipo de atendimento, tipo de acomodação do atendimento, especialidade médica do atendimento, caráter do atendimento, regime de internação, CID – Classificação Internacional de Doenças, diagnóstico etiológico, motivo de saída, ocorrência de óbito com razão e CID do óbito, além de espaços para assinatura da instituição de atendimento e dos auditores da operadora.

No detalhamento das despesas encontramos áreas específicas para a discriminação das despesas. Nos serviços profissionais o número de código dos procedimentos executados com o número da tabela aplicável e o nome do profissional executante e seu respectivo registro no conselho de classe. No detalhamento das despesas: o nome do material ou medicamento, a data e hora de utilização, a classificação própria, o código do item, a quantidade, o percentual de aumento ou desconto aplicável, o valor unitário e o valor total do item.

Ao final da conta médico-hospitalar os valores totalizados por gases medicinais, medicamentos, materiais, taxas, diárias, aluguéis e total geral.

Na conta dos quadros 3 a 9, identificamos uma guia de resumo de internação, discriminando um usuário internado, eletivamente, em 04/01/2008 com alta hospitalar em



06/01/2008, que apresentava CID S-83.7, tendo realizado um procedimento cirúrgico de código 52.130.18-5 para correção de instabilidade crônica de joelho. A fatura importou em R\$ 18.929,69 sendo R\$ 25,60 de procedimentos, R\$ 134,10 de diárias, R\$ 454,81 de taxas e alugueis, R\$ 689,01 de medicamentos e de R\$ 17.626,17 de materiais. Não houve faturamento dos honorários médicos do cirurgião e da equipe cirúrgica pois a equipe mantinha credenciamento direto com a operadora. Nesta rara hipótese os honorários são cobrados através deste mesmo formulário TISS mas diretamente pelo medico como pessoa física, ficando a instituição impedida de cobrar estes honorários.

## CAPÍTULO TERCEIRO

### 3. ESTUDO DE UMA UNIDADE MÉDICO HOSPITALAR

#### 3.1 Caracterização da Unidade Pesquisada.

Realizamos a pesquisa com base nos dados de uma unidade médico-hospitalar do interior da Bahia. Esta unidade mantém credenciamento com todos os segmentos das operadoras: medicina de grupo, cooperativa, seguradora e autogestão. Possui serviço de urgência e emergência em regime de vinte e quatro horas com internamento. A unidade mantém banco de dados informatizado há mais de uma década conferindo confiabilidade à sua base de dados utilizada. Utiliza o sistema informatizado de forma intensa. Possui corpo clínico aberto, com mais de três dezenas de profissionais médicos, todos com contrato formal de trabalho, mas apenas três em regime de dedicação exclusiva. Não possui serviço acadêmico ligado a qualquer instituição de ensino superior. Unidade privada com fins lucrativos, possui mais de uma centena de colaboradores em regime de contratação formal em carteira de trabalho.

#### 3.2 Parâmetros da Pesquisa.

Tomando como escopo o faturamento enviado às operadoras de planos e seguros de saúde, desconsiderando se houve ou não o respectivo pagamento e se foi aplicada glosa ou não sobre o faturamento. A glosa formal esta na casa dos 5,5% e a inadimplência ou não recebimento sem qualquer justificativa em torno de 2,3%. Entendemos como faturamento o total das contas atendidas e enviadas, formalmente e sob protocolo, às operadoras de planos e seguros de saúde. Entendemos como não recebimento a inadimplência ou como a

ausência da quitação referente ao respectivo crédito sem que tenha havido qualquer contestação ou glosa que justificasse a falta do recebimento.

Nesta pesquisa consideramos as contas ou faturas atendidas entre (e inclusive) os dias primeiro de janeiro de 2008 até (e inclusive) o dia trinta de junho de 2008. Consideramos este período como o mais significativo, pois retrata uma base de datas recentes e como se refere ao período de seis meses traduz eficazmente um retrato da grade de faturamento da organização.

Para obtenção dos dados utilizamos uma estrutura informatizada composta de um SGBD (sistema gerenciador de banco de dados) tipo Microsoft SQL Server®, versão Microsoft SQL Server 2000 Enterprise Edition®. Esta versão cliente servidor permite utilização em diversas plataformas nas estações de trabalho. O Microsoft SQL Server permite grande escalabilidade como: serviços de análise abrangentes, serviço de transformação de dados, data mining, OLAP - online analytical processing, flexibilidade OLAP, análise closed-loop, modos de exibição indexados, meta-data services, integração com o Office XP®, data warehousing alliance análise web, english query, e-commerce. Segundo Riordan (2002) nesta versão diversas funcionalidades nativas estão disponíveis como: suporte a risco XML, acesso web aos dados, modo de exibição particionados distribuídos, maximizar uptime, web e hosting de aplicação de segurança, administração simplificada de banco de dados, análise click-stream, integração com o Microsoft Windows Server System, BizTalk Server, e-commerce Server virtual interface system area network (VI SAN), busca full textline-of-business. Esta versão esta indicada para uso em ambiente hospitalar crítico de alta disponibilidade e com alta performance como também para nossa pesquisa pois permite realizar grande número de transações em reduzido espaço de tempo, além de possuir visões distribuídas (Distributed Partitioned Views) que podem ser utilizadas para balancear e distribuir as cargas entre múltiplos servidores SQL Server 2000®.

### 3.3 Apresentação e Comentários Sobre os Resultados da Pesquisa.

Serão apresentados vários resultados compilados sobre a pesquisa descrita no presente capítulo, todas retratando a organização já conceituada.

Na tabela 3, apresentamos o primeiro resultado da pesquisa. Neste quadro utiliza-se um critério de divisão bastante ampliado dos dados obtidos. No termo produtos, incluímos todos os materiais e medicamentos faturados e no termo serviços todo o faturamento que não significasse a aplicação ou utilização final sem retorno ou possibilidade de re-uso de um produto. Resumimos o resultado pelo valor em moeda corrente brasileira (em real) e pela quantidade (em unidade) dos serviços e dos produtos faturados no período compreendido de primeiro de janeiro até trinta de junho de 2008, inclusive. Determinamos seu peso relativo ao valor total do item analisado. Analisando o valor do produto ou serviço em unidades faturadas (segunda coluna) o percentual relativo seria seu próprio valor em unidades dividido pelo valor total em unidades faturadas. Analisando o valor em moeda do produto (quarta coluna) o percentual relativo seria seu valor em moeda dividido pelo valor total em moeda faturado. O quadro demonstra que o faturamento total corresponde a R\$ 4.558.646,51 ou 100% sobre a venda total de serviços e produtos. A classe serviços tem um peso muito importante no faturamento global significando o valor de R\$ 3.083.657,05 ou 67,64% do total, ou ainda pouco mais que dois terços do faturamento total. Contrastando este resultado a quantidade, em unidades, dos serviços faturados significa 159.818 unidades ou apenas 36,19% do total de unidades faturadas. Analisando o resultado da venda dos produtos chegamos ao valor de R\$ 1.474.989,46 ou 32,36% sobre o total faturado. Novamente o contraste fica por conta da quantidade de produtos ou unidades faturadas: 281.777, respondendo por 63,81% do total das quantidades faturadas. A leitura destes dados do quadro 10, inicial, permite concluir que o valor médio por serviço faturado é de R\$ 19,29 enquanto que o valor médio por produto faturado é de R\$ 5,23. O valor médio por serviço faturado é de 3,68 vezes o valor médio por produto faturado. Fica, portanto, reforçado o papel essencial e preponderante do serviço sobre o produto. O valor médio do faturamento desta unidade hospitalar é de R\$ 10,32.

**Tabela 3 – Faturamento por produto e serviço**

VALOR MÉDIO	QUANTIDADE	DESCRIPTIVO	VALOR TOTAL	PESO (valor)
5,23	281.777	PRODUTOS	1.474.989,46	32,36%
19,29	159.818	SERVIÇOS	3.083.657,05	67,64%
10,32	441.595	TOTAL	4.558.646,51	100,00%

Na tabela 4, a pesquisa começa a determinar com maior exatidão a composição do faturamento. Nesta visão, os valores totais não são modificados nem os produtos sofrem qualquer alteração, mas os serviços foram expandidos visando aperfeiçoar o entendimento e análise. Neste quadro os serviços estão desdobrados em: honorários médicos (previstos nas tabelas médicas não importando sua origem), diárias mais taxas e pacotes. Como resultado da análise, podemos concluir que o maior valor da classe serviços localiza-se nos honorários médicos com valor de R\$ 2.575.772,06 e peso relativo de 56,5% sobre o total faturado e de 83,52% quando computada apenas os honorários médicos inserido na classe dos serviços. As diárias e taxas no valor de R\$ 504.336,87 tem peso relativo de 11,06% sobre o total faturado e de 16,35% quando computada apenas as diárias e taxas inserida na classe de serviços. O valor médio dos honorários médicos esta em R\$ 19,98 enquanto que o valor médio dos produtos esta em R\$ 5,23 e as diárias e taxas encontra-se em R\$ 16,29. Neste quadro passa a aparecer um dado com outra classificação que, após análise no banco de dados, foi localizada como um único procedimento chamado de pacote. Neste particular, o pacote é um ato ou procedimento médico executado a preço pré-determinado e fixo, imutável, independente dos custos para sua execução. Neste pacote a operadora discrimina apenas o valor dos produtos não havendo qualquer alteração nas diversas tabelas. Como a operadora não discrimina o valor dos serviços impossibilita sua classificação. Como o valor do único pacote faturado foi de R\$ 3.548,12 e seu peso relativo sobre o total de 0,08% poderemos considerar este como valor residual sem revestimento de importância para o resultado global da pesquisa. O mesmo se aplica sobre o peso relativo à classe de serviços no valor também residual de 0,11%. Nesta hipótese também o valor médio perde propriedade de análise por tratar-se de item único.

**Tabela 4 – Faturamento por produto e por serviço discriminado**

<b>PESO (quantidade)</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>DESCRIPTIVO</b>	<b>VALOR</b>	<b>PESO (valor)</b>
19,98	128.874	HONORARIOS MEDICOS	2.575.772,06	56,50%
5,23	281.777	PRODUTOS	1.474.989,46	32,36%
16,29	30.943	DIARIAS E TAXAS	504.336,87	11,06%
3.548,12	1	OUTRA CLASSIFICAÇÃO	3.548,12	0,08%
10,32	441.595	TOTAL	4.558.646,51	100,00%

Na tabela 5, a pesquisa avança determinando com ainda maior exatidão a composição do faturamento. Neste quadro os valores totais novamente não são modificados. Os produtos são expandidos para incorporar a divisão entre materiais e medicamentos. Os serviços foram ainda mais detalhados. Os honorários médicos passam a incorporar o conceito de pagamento dos serviços médicos de consultas e tratamento separando os honorários de fisioterapia e os exames necessários ao estabelecimento de diagnóstico. Esta análise permite a avaliação dos serviços destinados a exames e os serviços destinados a tratamento, esta visão permite, ainda, a tomada de decisão para investimentos futuros. Neste quadro os serviços estão desdobrados em: honorários médicos (de consulta e tratamento), exames, tratamento fisioterápico, material, medicamento, diárias mais taxas com gases e pacotes. Novamente os valores totais não são alterados mantendo-se em R\$ 4.558.646,51 ou 441.595 unidades que significam 100% do faturamento. Como resultado exibido no quadro 5, podemos concluir que o maior valor da classe serviços se mantém nos honorários médicos com valor de R\$ 1.092.513,13 e peso relativo de 23,97% e 37.762 unidades com 8,55% sobre o total de unidades faturadas. No item exames seu valor chega a R\$ 806,589,84, ou 17,69% do total faturado, e de 25.438 unidades ou 5,76% das unidades faturadas. No item fisioterapia o valor é de R\$ 676.669,09 ou 14,84% do total faturado. Quando analisado a quantidade faturada encontramos para fisioterapia 65.674 unidades faturadas ou 14,87% do total em unidades. Para os produtos o item material tem valor de R\$ 933.271,69 com peso de 20,47% sobre o total faturado. Quando analisado sobre o perfil da quantidade encontramos 214.104 unidades ou 48,48% sobre o total em quantidade. Ainda nos produtos o item medicamentos tem valor de R\$ 541.717,77 e peso de 11,88%

sobre o total faturado. Na análise da quantidade temos 67.673 unidades ou 15,32% sobre o total da quantidade faturada. Não existem diferenças nos itens diárias e taxas mantendo seu valor de R\$ 504.336,87 com peso relativo de 11,06% sobre o total faturado e de 30.943 unidades com peso de 7,01% sobre o total em quantidade. O item pacote mantém seu status de pouco significado estatístico. Em análise mais detalhada podemos deduzir que o valor médio da classe de serviços dos honorários médicos é de R\$ 28,93, o valor médio dos exames é de R\$ 31,70 e o valor médio da fisioterapia é de R\$ 10,30. Ainda na classe de serviços temos as diárias e taxas com gases com valor médio de R\$ 16,29. Na classe de produtos os materiais têm valor médio de R\$ 4,35 e os medicamentos de R\$ 8,00. Nota-se que apesar do valor dos materiais corresponderem a pouco mais de 20% do faturamento estes respondem por quase metade da quantidade em unidades faturadas, por esta razão seu baixo valor médio. O maior valor médio encontra-se com os honorários médicos de consultas e tratamentos que também mantém a primazia de maior faturamento dentre os itens listados. Mantemos a observância da perda do caráter analítico do pacote ou “outra classificação” por tratar-se de item único. O valor médio total do faturamento desta unidade hospitalar é de R\$ 10,32.

**Tabela 5 – Faturamento por produtos e serviços, ambos discriminados**

VALOR MÉDIO	QUANTIDADE	DESCRIPTIVO	VALOR	PESO (valor)
28,93	37.762	HONORARIOS MEDICOS	1.092.513,13	23,97%
31,70	25.438	EXAMES	806.589,84	17,69%
10,30	65.674	FISIOTERAPIA	676.669,09	14,84%
4,35	214.104	MATERIAL	933.271,69	20,47%
8,00	67.673	MEDICAMENTOS	541.717,77	11,88%
16,29	30.943	DIARIAS E TAXAS COM GASES	504.336,87	11,06%
3.548,12	1	OUTRA CLASSIFICAÇÃO	3.548,12	0,08%
10,32	441.595	TOTAL	4.558.646,51	100,00%

Na tabela 6 a pesquisa chega a seu grau máximo de detalhamento. Neste quadro os valores totais novamente não são modificados. Os produtos além da expansão para incorporar a divisão entre materiais e medicamentos, ainda distingue os materiais em materiais de uso comum e materiais ditos especiais ou órtese, prótese e síntese. Este

material especial pode e deve ser discriminado, pois além de seu valor revestido de enorme importância para o paciente pertence a uma classe própria de produtos de alto valor agregado de aplicação exclusiva em unidade de centro cirúrgico com maior complexidade técnica e pessoal médico com habilitação própria. Na classe serviços os honorários médicos foram novamente separados em consultas médicas e honorários de procedimentos, mantendo o formato de distinção em exames e fisioterapias. Esta visão permite visualizar o peso das consultas, elemento básico do ato médico, do peso dos procedimentos, permitindo uma visão mais clara do perfil da unidade de saúde. Além do aperfeiçoamento de uma possível tomada de decisão para investimentos futuros. Ainda neste quadro e na classe de serviços as diárias mais taxas com gases são discriminadas em cada uma de sua composição.

Os valores totais não são alterados mantendo-se em R\$ 4.558.646,51 ou 441.595 unidades significando 100% do faturamento quer por valores quer por unidades faturadas. Como resultado exibido no quadro 6, podemos concluir que o maior valor da classe serviços item honorários médicos são os valores de consulta médica com valor de R\$ 643.580,24 e peso relativo de 14,12% e de 21.759 consultas individuais faturadas com peso de 4,93% sobre o total em unidades faturadas. No item exames não existe qualquer alteração com valor de R\$ 806.589,84, ou 17,69% do total faturado, e de 25.438 unidades ou 5,76% das unidades faturadas. No item fisioterapia o valor se mantém em R\$ 676.669,09 ou 14,84% do total faturado. O mesmo se aplica quando analisado a quantidade faturada nas mesmas 65.674 unidades faturadas ou 14,87% do total em unidades. Para os produtos o item material de uso comum tem valor de R\$ 638.056,71 com peso de 14,00% sobre o total faturado. Quando analisado sobre o perfil da quantidade de material de uso comum encontramos 213.556 unidades ou 48,36% sobre o total em quantidade. Ainda nos materiais o novo item materiais especiais tem valor significativo de R\$ 295,214,98 com peso de 6,48% sobre o total em moeda faturado e de apenas 548 unidades faturadas com peso de apenas 0,12% sobre o total em unidades faturadas. O item medicamentos não tem alteração nos seus valores que se mantém em R\$ 541.717,77 e peso de 11,88% sobre o total faturado. Em termos de quantidade temos 67.673 unidades ou 15,32% sobre o total da quantidade faturada. Ainda na classe de serviços as diárias têm valor de R\$ 26.699,66 com



peso de 0,59% sobre o total do valor das diárias faturadas. Em quantidades corresponde a 493 diárias com peso de 0,11% sobre a quantidade total faturada. Nas taxas encontramos o valor de R\$ 473.014,02 com peso relativo de 10,38% sobre o total faturado e em quantidade de 30.163 em quantidade de taxas faturadas com peso de 6,83% sobre o total em quantidade. No item gases medicinais o valor faturado corresponde a R\$ 4.623,19 com peso de 0,1% do total faturado e em termos de quantidade 287 horas de aplicação de gases medicinais foram faturadas com peso de 0,06% sobre o total em quantidade. O item pacote mantém seu status de pouco significado estatístico com valor inalterado de R\$ 3.548,12 e com peso relativo abaixo de 0,01%. Destes números é possível concluir que o valor médio das consultas médicas é de R\$ 29,57. Dos procedimentos médicos é de R\$ 28,05. Dos exames mantém inalterado o valor de R\$ 31,70 bem como o valor médio da fisioterapia também fica mantido em R\$ 10,30. Ainda na classe de serviços temos as diárias com valor médio de R\$ 54,15. As taxas com valor médio de R\$ 15,68 e os gases a base do valor médio de R\$ 16,10. Na classe de produtos os materiais têm seu valor médio diminuído para R\$ 2,98 por causa da separação dos materiais especiais com alto valor médio chegando a R\$ 538,71. Os medicamentos têm seus valores médios inalterados mantendo-se fixo em R\$ 8,00. Surpreende uma percepção de mercado que aponta, como verdade absoluta, os materiais especiais como grandes vilões do alto custo da medicina. Este item não tem peso suficiente para desencadear uma forte agressão ao custo, com peso de apenas pouco mais que 6% do faturamento total. Nova surpresa na classe produtos, é no item materiais de uso corrente onde seu preço médio é significativamente baixo, por volta de R\$ 2,98 por produto faturado. Na classe serviços o grande peso esta na consulta médica com valor médio de R\$ 29,57 quando o preconizado e defendido pela AMB é de R\$ 42,00. Outro ponto de destaque é o valor médio da diária em torno de R\$ 54,15. Este valor deveria, em tese, remunerar todos os serviços hospitalares de internação como refeições, custos administrativos, de enfermagem e de higienização e asseio.

**Tabela 6 – Faturamento por produtos e serviços com máxima discriminação**

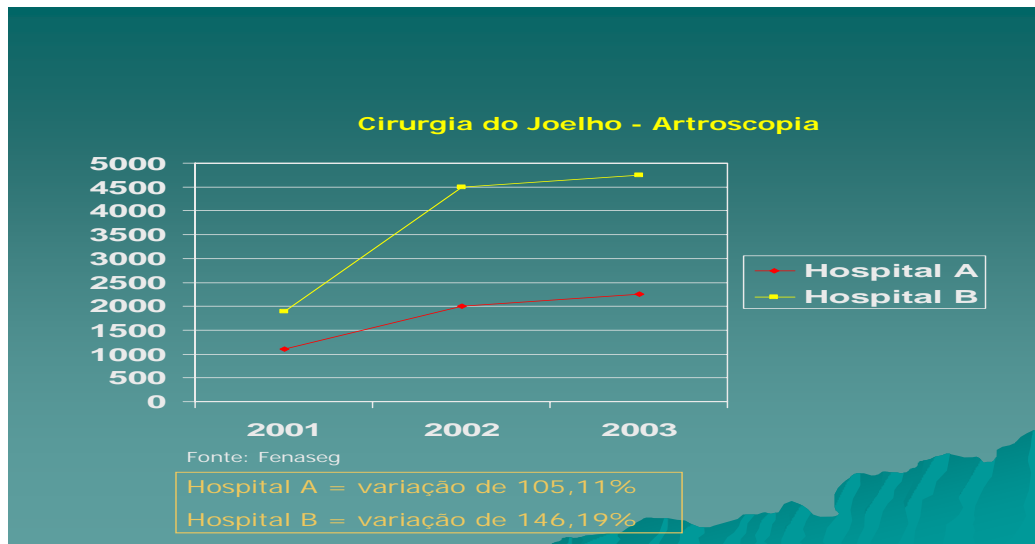
<b>VALOR MÉDIO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>DESCRIPTIVO</b>	<b>VALOR</b>	<b>PESO (valor)</b>
29,57	21.759	CONSULTAS	643.580,24	14,12%
28,05	16.003	HONORARIOS MEDICOS (PROCEDIMENTOS)	448.932,89	9,85%
31,70	25.438	EXAMES	806.589,84	17,69%
10,30	65.674	FISIOTERAPIA	676.669,09	14,84%
2,98	213.556	MATERIAL	638.056,71	14,00%
538,71	548	MATERIAL ESPECIAL	295.214,98	6,48%
8,00	67.673	MEDICAMENTOS	541.717,77	11,88%
54,15	493	DIARIAS	26.699,66	0,59%
15,68	30.163	TAXAS	473.014,02	10,38%
16,10	287	GASES MEDICINAIS	4.623,19	0,10%
3.548,12	1	PACOTE	3.548,12	0,08%
10,32	441.595	TOTAL	4.558.646,51	100,00%

Nossa expectativa, quando do início da pesquisa, era encontrar um peso de mais da metade dos custos sobre os itens produtos. Estudos de Deslandes et al (1998) demonstram que os custos de atendimentos, em dois dos maiores hospitais públicos do Rio de Janeiro (Hospital Municipal Miguel Couto e Hospital Municipal Salgado Filho), podem variar muito a depender do diagnóstico etiológico dos pacientes a serem tratados. Um fator primordial neste estudo é que a autora utiliza uma metodologia bastante distinta na classificação dos itens apresentados em relação à nossa pesquisa. O estudo classifica os atendimentos com forte ênfase sobre as causas do atendimento hospitalar, além de classificar os custos em cirurgias e material e medicamentos não ficando claro se nesta classe estaria incluído o material e medicação inerente a este procedimento. Outro fator de grande relevância é a utilização, para a pesquisa, de unidades hospitalares públicas. As unidades hospitalares públicas só apresentam faturamento contra o SUS por motivos estatísticos. Este faturamento não é repassado à instituição. Segundo a legislação do SUS o resultado do faturamento das unidades públicas é creditado no fundo estadual ou municipal de saúde cujo gestor tem autonomia plena para aplicar nesta ou em outras instituições ou programas de saúde pública. Os recursos necessários ao funcionamento das unidades públicas são oriundos de orçamento aprovado pelo Estado e freqüentemente motivo de novas e maiores dotações orçamentárias sempre que preciso. Por esta razão é baixa a

preocupação das unidades com custos pois estes ficam por conta do Estado e não da instituição. Considerando estes elementos de diferenciação o estudo conclui que os materiais e medicamentos têm peso de 9,5% no Hospital Municipal Miguel Couto e de 12,3% no Hospital Municipal Salgado Filho. Este resultado contrasta com nosso estudo que encontrou o valor para medicamentos e materiais de 32,36%, por volta do triplo do valor encontrado nos estudos de Deslandes (2008). Os argumentos para tamanha diferença pode se encontrar nos dois fatores já apresentados de diferenciação das pesquisas.

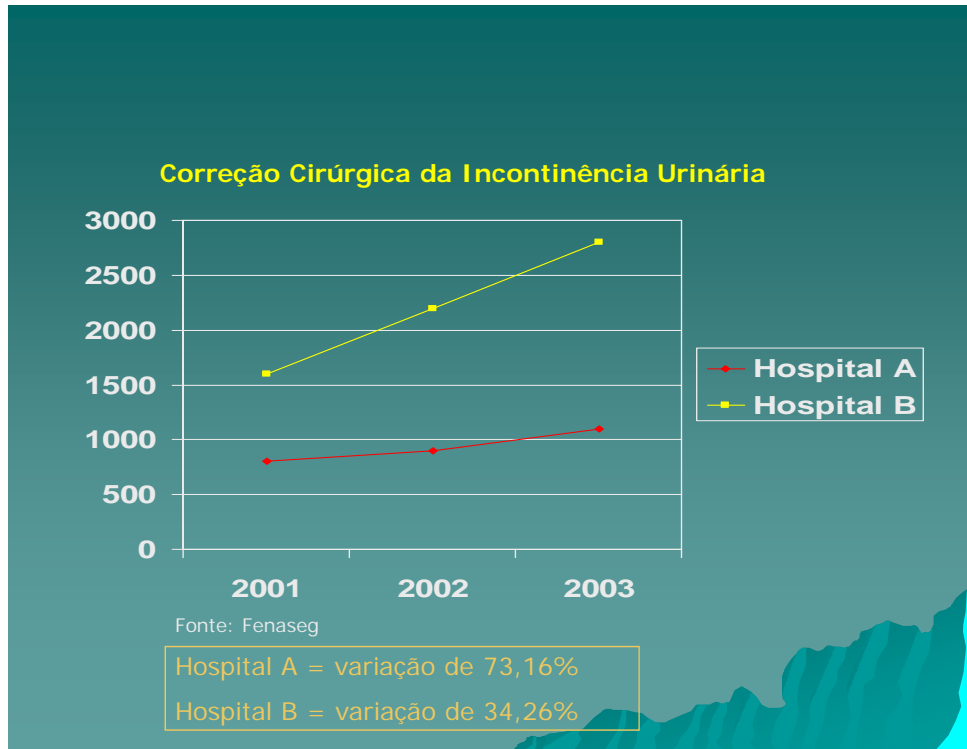
O mercado de saúde suplementar brasileiro, com maior ênfase na Bahia, costuma responsabilizar, diretamente, os fornecedores de materiais e medicamentos hospitalares pelo incremento dos altos custos da medicina. Para corroborar esta afirmação uma das maiores operadoras de seguros de saúde brasileira, realizou uma pesquisa denominada “Agressores de Custos na Medicina”, tomando como base os valores pagos por esta seguradora para dois hospitais de grande porte, não nominados, localizados na cidade de São Paulo. Este estudo foi disponibilizado à Comissão Estadual de Honorários Médicos da Bahia, em parte, quando do movimento para implantação da CBHPM permitindo a divulgação de apenas parte da pesquisa. O gráfico 3 demonstra a variação de custos para uma cirurgia de artroscopia do joelho. Os valores médios pagos indicam um incremento de mais de cem por cento em um curto intervalo de tempo: apenas dois anos.

**Gráfico 3 – Variação dos custos da cirurgia do joelho**



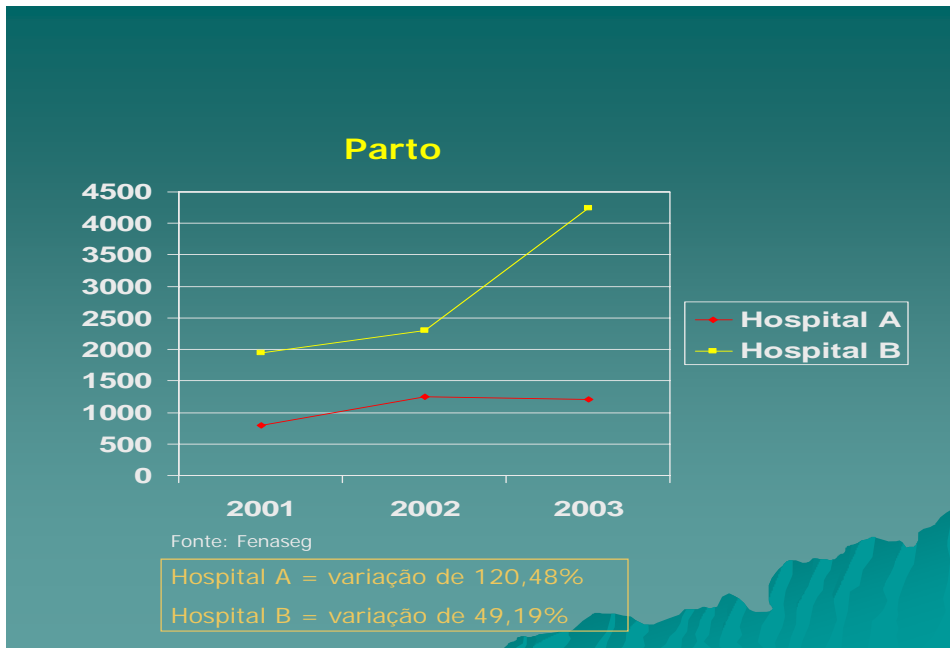
O Gráfico 4 apresenta a variação dos custos também em dois hospitais não nominados de grande porte na cidade de São Paulo para realização da cirurgia de correção da incontinência urinária. A variação fica em 73,16% e 34,26% no intervalo de dois anos.

**Gráfico 4 – Variação dos custos da cirurgia para correção da incontinência urinária**



O gráfico 5 apresenta a variação dos custos para realização de parto Cesário em dois hospitais não nominados também na cidade de São Paulo. Estes custos apresentam variação de 49,19% e de 120,48% entre os anos de 2001 a 2003.

**Gráfico 5 – Variação dos custos para partos**



No próximo capítulo analisaremos os custos diretos referentes aos produtos comparando-os aos preços de venda chegando às margens operacionais de ganhos.

## CAPÍTULO QUARTO

### 4. O CUSTO DOS PRODUTOS E SUA RENTABILIDADE

No presente capítulo abordaremos a metodologia para obtenção dos custos dos medicamentos, dos materiais e dos materiais especiais (OPME), os valores somados destes custos e a margem de rentabilidade líquida por cada item de classificação dos produtos.

De forma geral para obtermos o preço dos custos dos produtos levantamos as notas fiscais de cada medicamento adquirido, independente da data de aquisição. O sistema informatizado da unidade hospitalar nos fornece cada item faturado, os preços de aquisição e a quantidade consumida além de ponto médio de estoque, margem percentual de ganhos, ponto de suprimento, de segurança, crítico, estabelecimento da curva ABC, dentre outros vários cálculos que permitem um bom controle de estoque. Como cada um dos produtos pode ter uma metodologia semelhante mas não igual passaremos a detalhar cada item:

#### 4.1 Metodologia para Obtenção do Preço de Custo dos Medicamentos e Resultado.

Para o item medicamentos levantamos cada medicamento consumido e faturado no período já descrito de seis meses. Na pesquisa do preço de aquisição encontramos várias notas fiscais de compra com preços diferentes fruto de variações, já esperada, do preço de compra. Este preço variava de acordo com vários fatores comerciais tipo momento de promoção do fabricante, forma de pagamento escolhida, opção de forma de entrega, bonificação do medicamento e mesmo simples variação de preço no período estudado. No levantamento encontramos também como preço de aquisição o valor da caixa ou do lote que contem muitas apresentações em ampolas, frascos, drágeas ou comprimidos que determina o enquadramento dos preços conforme a forma de faturamento. Se a aquisição acontece em forma de caixa com 10 ampolas e as contas só contemplariam a venda em

forma de ampola individual, o preço era dividido por dez, conforme o caso. Em algumas situações os medicamentos de baixo consumo não precisaram ser adquiridos neste período desencadeando a procura e localização de notas fiscais de aquisição em período anterior ao estudado. Não existe impacto no estudo pois o objetivo é determinar a margem de ganho em relação ao preço de aquisição e o preço de venda de cada produto faturado. Os preços de aquisição diferentes não provocam resultados conflitantes pois levantamos o preço total de aquisição dos medicamentos versus o preço total de faturamento dos medicamentos. Apenas para efeito de preço médio adotamos uma média não ponderada do preço de aquisição e venda dos medicamentos. Tomemos como exemplo o medicamento Buscopan® 0,2g ampola. Este medicamento é vendido em caixas contendo 5 unidades ou ampolas. O faturamento é feito pela ampola individualmente aplicada e consumida. Encontramos 4 notas fiscais do produto, representando a aquisição de 130 caixas ou 650 ampolas individuais. Considerando apenas as ampolas faturadas e como os preços de venda total do medicamento Buscopan® somaram R\$ 996,66 para um consumo de 586 ampolas, encontramos o valor médio de R\$ 1,70 por ampola. O preço total para aquisição deste medicamento foi de R\$ 609,44 para as mesmas 586 ampolas, com valor médio de aquisição de R\$ 1,04. O ganho é de R\$ 387,22. Não estão considerados impostos, custo de estocagem e mesmo perdas por manuseio devido ou indevido. Este produto é adquirido em forma de caixa contendo 5 ampolas cada.

Para o item medicamento temos um custo de aquisição de R\$ 283.625,97 e um valor de venda de R\$ 541.717,77 resultando em ganho de R\$ 258.091,80. Na tabela 7 segue o resumo.

**Tabela 7 – Resumo do item medicamentos**

PRODUTO	QUANTIDADE	VALOR VENDA	VALOR AQUISIÇÃO	GANHO
MEDICAMENTOS	67.673	R\$ 541.717,77	R\$ 283.625,97	R\$ 258.091,80

#### 4.2 Metodologia para Obtenção do Preço de Custo dos Materiais e Resultado.

Para o item material levantamos através do sistema informatizado todo e qualquer item descrito como material consumido e faturado no período já descrito de seis meses. Na pesquisa do preço de aquisição encontramos uma imensa variedade de notas fiscais de compra com preços bastante diferentes. Também aqui as variações já eram esperadas. O preço de compra variava enormemente de acordo com múltiplos fatores comerciais, como já mencionados, tipo momento de promoção do fabricante, forma de pagamento escolhida, opção de forma de entrega, bonificação do material e mesmo simples variação de preço no período estudado. Neste item acrescemos a variedade de fornecedores. No caso dos medicamentos os fornecedores são laboratórios multinacionais que detém a patente dos medicamentos, só restando à opção dos medicamentos genéricos. No caso dos materiais a maior parte é considerada commodities, permitindo grande variedade na qualidade e nos fornecedores. No levantamento também nos deparamos com a distinção entre a apresentação da forma de aquisição e a forma de venda. É necessário dividir o preço de aquisição da caixa para encontrarmos o valor da unidade que é a forma do faturamento. Se a aquisição acontece em forma de caixa com 50 unidades do material e as contas só permitem a venda em forma de unidade, o preço era dividido por cinquenta, conforme o caso. Identicamente aos medicamentos, em algumas situações os materiais de baixo consumo não precisaram ser adquiridos neste período requerendo a procura e localização de notas fiscais de aquisição em período anterior ao estudado. Também não existe impacto no estudo pois o objetivo é determinar a margem de ganho em relação ao preço de aquisição e o preço de venda de cada produto faturado. Idem os preços de aquisição diferentes não provocam resultados conflitantes pois levantamos o preço total de aquisição dos medicamentos versus o preço total de faturamento dos medicamentos. Apenas para efeito de preço médio adotamos uma média não ponderada do preço de aquisição e venda dos medicamentos. Tomemos como exemplo o material Mononylon Ethicon 4.0 com agulha 1/3 de círculo. Este material de uso cirúrgico é vendido em caixas contendo 24 unidades individuais. O faturamento é feito pela unidade individualmente consumida. Encontramos 3 notas fiscais do produto, representando a aquisição de xxx caixas ou xxx unidades individuais. Considerando apenas os fios faturados e como os preços de venda total do material Mononylon Ethicon 4.0 com agulha 1/3 de círculo somaram R\$ 2.279,72 para um



consumo de 114 fios, encontramos o valor médio de R\$ 19,99 por fio. O preço total para aquisição deste material foi de R\$ 296,40 para os mesmos 114 fios, com valor médio de aquisição de R\$ 2,60. O ganho é de R\$ 1.983,32. Não estão considerados impostos, custo de estocagem e mesmo perdas por manuseio devido ou indevido. Na pesquisa nos deparamos com alguns materiais de valor incerto tipo álcool, éter, água oxigenada e iodo, todos precisaram ser estimados. No faturamento destes produtos estão incluídos no item curativo, não comportando seu faturamento individualizado. Por sua vez a real utilização ou o volume necessário para aplicação no paciente dependem de cada caso atendido e mesmo do profissional que executa o procedimento. Estes itens foram calculados por estimativa.

Para o item material temos um custo de aquisição de R\$ 92.665,80 e um valor de venda de R\$ 638.056,71 resultando em ganho de R\$ 545.390,91. Na tabela 8 segue o resumo.

**Tabela 8 – Resumo do item material**

PRODUTO	QUANTIDADE	VALOR VENDA	VALOR AQUISIÇÃO	GANHO
MATERIAL	213.556	R\$ 638.056,71	R\$ 92.665,80	R\$ 545.390,91

#### 4.3 Metodologia para Obtenção do Preço de Custo dos Materiais Especiais e Resultado.

Para o item material especial levantamos a cadeia de utilização e faturamento em cada conta ou fatura médico-hospitalar na qual foi faturado o material especial (também comumente denominado OPME- Órtese e Prótese e Material Especial) no período já descrito de seis meses. Neste item, como os preços dos materiais especiais são de maior valor agregado individual, localizamos cada uma das notas fiscais de compra, aplicando-as em planilha Excel. Também aqui, encontramos grandes variações do preço de compra. A exemplo dos demais itens, estes produtos variavam de acordo com múltiplos fatores comerciais como: momento de promoção do fabricante, forma de pagamento escolhida,

opção de forma de estocagem, se consignado ou não, e mesmo simples, e inexplicável, variação de preço no período estudado. Encontramos itens idênticos, do mesmo fabricante, com variação de 300% entre um fornecedor e outro. E mesmo com o mesmo item e do mesmo fornecedor esta variação chegou a espetaculares 60%. A grande maioria dos materiais especiais são disponibilizados às instituições hospitalares através do regime de consignação. Nesta modalidade o material é enviado à instituição hospitalar e fica sob seus cuidados até a sua utilização. Apenas neste momento é gerada uma cobrança contra a instituição. As vantagens deste regime são que como os produtos consignados são de alto valor agregado a instituição não precisa comprar estoque prévio permitindo que seu pagamento apenas seja realizado após a efetiva utilização, equilibrando seu fluxo de caixa. No levantamento não existem variações quanto a apresentação dos produtos, pelos seus altos valores o faturamento, invariavelmente, acontece em produtos unitários. Em todas as situações as notas fiscais dos produtos especiais foram encontradas e estavam faturadas no período estudado. Foram considerados, rigorosamente, os preços de aquisição e os preços de venda. Nos preços de aquisição são considerados os preços efetivamente pagos. A existência de descontos financeiros foram efetivamente considerados como redução de preços e lançados pelo valor efetivamente descontado. Os valores acrescidos de multa e/ou juros moratórios por atraso de pagamento não foram considerados no estudo. Apenas para efeito de preço médio adotamos uma média não ponderada do preço de aquisição e venda dos materiais especiais. Tomemos como exemplo o material especial o Agrafe de Ligamento. Este material especial é utilizado em cirurgia ortopédica para reforço na fixação tibial nas reconstruções ligamentares do joelho. No levantamento do preço de aquisição do Agrafe de Ligamento ou Inter-Lock, chegamos ao preço de R\$ 675,00 a R\$ 927,75, com preço médio de aquisição de R\$ 784,50. Encontramos 3 notas fiscais do produto, representando a aquisição de 3 unidades do Agrafe de Ligamento. Considerando apenas os Agrafes de Ligamento faturados o preço de venda total somou R\$ 4.709,37 para um consumo de 3 unidades, encontramos o valor médio de venda de R\$ 1.569,79 por unidade. O preço total para aquisição deste produto foi de R\$ 2.353,50. O ganho é de R\$ 2.355,87. Não estão considerados impostos, custo de estocagem e mesmo perdas por manuseio devido ou indevido.

Para todo o item material especial ou OPME temos um custo de aquisição de R\$ 158.931,81 e um valor de venda de R\$ 295.214,98 resultando em ganhos de R\$ 136.283,17. Na tabela 9 segue o resumo.

**Tabela 9 – Resumo do item material especial**

PRODUTO	QUANTIDADE	VALOR VENDA	VALOR AQUISIÇÃO	GANHO
MATERIAL ESPECIAL (OPME)	547	R\$ 295.214,98	R\$ 158.931,81	R\$ 136.283,17

4.4 Resultados consolidados dos ganhos nos Materiais e Medicamentos e Materiais Especiais.

Na tabela 10, fica demonstrado o ganho por item de cada classe e o resultado final para análise. O ganho em seis meses de levantamento e análise chega a R\$ 939.765,88. O peso relativo de contribuição de medicamento é de 27,46%, do material é de 58,03% e do material especial é de 14,50%, demonstrando que o maior peso respondendo por pouco mais da metade do resultado o item material.

**Tabela 10 – Resumo Geral dos Ganhos**

PRODUTO	QUANTIDADE	VALOR VENDA	VALOR AQUISIÇÃO	GANHO
MEDICAMENTO	67.673	R\$ 541.717,77	R\$ 283.625,97	R\$ 258.091,80
MATERIAL	213.556	R\$ 638.056,71	R\$ 92.665,80	R\$ 545.390,91
MATERIAL ESPECIAL (OPME)	547	R\$ 295.214,98	R\$ 158.931,81	R\$ 136.283,17
RESULTADO FINAL	281.776	R\$ 1.474.989,46	R\$ 535.223,58	R\$ 939.765,88

4.5 Resultados para redução dos custos das operadoras.

Tomemos o exemplo do medicamento Tilatil® ampola de 20mg cujo preço unitário médio de aquisição foi de R\$ 3,30 e o preço unitário médio de venda foi de R\$ 7,60 com

ganhos unitários brutos de R\$ 4,30. Existe uma medicação genérica do produto denominado de Tenoxicam cujo preço de venda, segundo o Brasíndice, é R\$ 5,32 com custo de aquisição de R\$ 2,31. Este medicamento genérico não encontra apelo comercial para aquisição por parte dos prestadores pela razão já explicada. Nossa proposta sugere que a operadora concorde com o a aquisição e uso do Tenoxicam pelo prestador além da concordância em repassar para as tabelas de diárias e taxas a rentabilidade ou seja o valor de R\$ 4,30 pelo medicamento utilizado. Estaria eliminado e sem razão prática o apelo comercial por parte do prestador em adquirir o produto de maior valor agregado passando a utilizar um produto de menor valor comercial sem o receio da perda de rentabilidade. Analisando esta proposta concluímos que a operadora pagaria por cada ampola de Tenoxicam 20mg o valor de R\$ 6,61 que seria a soma do preço de custo do medicamento (R\$ 2,31) mais a rentabilidade do prestador que seria cobrado se utilizado o medicamento de marca (R\$ 4,30). A operadora teria um ganho real de R\$ 0,99 por ampola que multiplicada pela quantidade de 9.435 ampolas, utilizadas no período pesquisado, se transformaria em redução de custos no valor de R\$ 9.337,68 considerando apenas um único produto e em um só prestador.

Agora, tomemos como exemplo um material descartável como a atadura gessada de 15 cm x 3,0 m produzido pela Cremer do Brasil cujo preço unitário médio de aquisição foi de R\$ 0,90 e o preço unitário médio de venda foi de R\$ 4,60 com ganhos unitários brutos de R\$ 3,70. Existem varias marcas deste produto sem perda de qualidade, como a Cristal cujo preço de venda, segundo o Simpro Hospitalar com margem de comercialização de 35%, é R\$ 1,01 com custo de aquisição de R\$ 0,20. Este material de marca Cristal não encontra apelo comercial para aquisição por parte dos prestadores, também, e obviamente, pela razão já explicada. Mantendo nossa proposta de sugerir que a operadora concorde com a aquisição e uso da Atadura Gessada de 15 cm x 3,0 m produzida pela Cristal pelo prestador além da concordância em repassar para as tabelas de diárias e taxas a rentabilidade ou seja o valor de R\$ 3,70 pelo material utilizado. Estaria eliminado e sem razão prática o apelo comercial por parte do prestador em adquirir o material de maior valor agregado passando a utilizar um produto de menor valor comercial sem o receio da perda de rentabilidade. Analisando esta proposta concluímos que a operadora pagaria por cada

Atadura Gessada de 15 cm x 3,0 m da Cristal o valor de R\$ 3,90 que seria a soma do preço de custo do material (R\$ 0,20) mais a rentabilidade do prestador que seria cobrado se utilizado o material de marca mais cara ou o hoje utilizado (R\$ 3,70). A operadora teria uma redução do valor pago de R\$ 0,70 por Atadura Gessada de 15 cm x 3,0 m que multiplicada pela quantidade de 9.435 Ataduras, utilizadas e faturadas no período pesquisado, se transformaria em redução de custos no valor de R\$ 6.604,50 considerando apenas um único material e em um só prestador.

Na tabela 11 abaixo, aplicamos o ganho sobre seis medicamentos da curva A, considerado a curva ABC de criticidade sobre os estoques, replicando identicamente a sistemática do cálculo dos exemplos de produtos já citados.

Nesta tabela, comparamos o preço dos medicamentos de marca e seus respectivos genéricos logo abaixo em cores idênticas. Em todos os casos, a exceção do Keflin com seu respectivo genérico Kefazol, existe economia quando o prestador opta pelo genérico. No caso específico destes medicamentos citados o valor normal faturado foi de R\$ 153.365,34. Se houvesse a opção pelos medicamentos de menor valor o faturamento seria de R\$ 133.580,93 com economia de R\$ 19.784,41 ou 12,9 % do faturamento total destes medicamentos. Perceba-se que não existe redução de ganhos do prestador conforme demonstrado na coluna “Ganhos Totais”.

Podemos extrapolar modelo para inferir que se faturamos o valor de R\$ 541.717,77 em medicamentos de marca ou de valor mais elevado poderíamos conseguir uma economia, neste modelo, de 12,9% ou R\$ 69.881,59 em optando pelos medicamentos de menor valor sem qualquer perda na rentabilidade do prestador.

Tabela 11 – Exemplos de variações de preço entre medicamentos de marca e genéricos

MEDICAMENTO	PREÇO MÉDIO COMPRA	PREÇO VENDA	GANHO UNITÁRIO	QUANTIDADE FATURADA	GANHOS TOTAIS	VALOR OPERADORA	ECONOMIA
Tilatil 20mg	3,30	7,60	4,30	9.435	40.570,50	71.706,00	0,00
Tenoxicam 20mg	2,31	6,61	4,30	9.435	40.570,50	62.365,35	9.340,65
Rocefin IV 1g	24,00	44,25	20,25	61	1.235,25	2.699,25	0,00
Ceftriaxona IV 1g	12,67	32,92	20,25	61	1.235,25	2.008,12	691,13
Sylador 100mg Inj.	2,02	9,34	7,32	3.809	27.881,88	35.576,06	0,00
Cloridrato Tramadol 100mg Inj.	1,27	8,59	7,32	3.809	27.881,88	32.719,31	2.856,75
Lanexat 0.5mg / 1ml	17,38	35,12	17,74	542	9.615,08	19.035,04	0,00
Flumazenil 0,5mg / 1ml	11,07	28,81	17,74	542	9.615,08	15.615,02	3.420,02
Kefazol 1g	4,00	12,19	8,19	873	7.149,87	10.641,87	0,00
Keflin 1g	2,78	10,97	8,19	873	7.149,87	9.576,81	1.065,06
Cloreto Sódio 0,9 250ml (marca A)	1,86	5,97	4,11	2.296	9.436,56	13.707,12	0,00
Cloreto Sódio 0,9 250ml (marca B)	0,81	4,92	4,11	2.296	9.436,56	11.296,32	2.410,80
<b>TOTAL:</b>							<b>19,784,41</b>

Na tabela 12 abaixo, aplicamos o ganho sobre seis materiais descartáveis de uso comum da curva A, considerado a curva ABC de criticidade sobre os estoques, replicando identicamente a sistemática do cálculo dos exemplos de medicamentos já citados.

Nesta tabela, comparamos o preço dos materiais de marca mais caras e tradicionais e seus concorrentes preservando a qualidade do produto logo abaixo em cores idênticas. Em todos os casos, sem exceção, existe economia quando o prestador opta pela marca mais barata ou menos tradicional. No caso específico destes materiais citados o valor normal faturado foi de R\$ 120.643,72. Se houvesse a opção pelos materiais de menor valor o faturamento seria de R\$ 96.590,73 com economia de R\$ 24.052,99 ou 19,93 % do faturamento total destes materiais. Perceba-se que não existe redução de ganhos do prestador conforme demonstrado na coluna “Ganhos Totais”.

Podemos extrapolar modelo para inferir que se faturamos o valor de R\$ 638.056,71 em materiais escolhidos pela marca tradicional ou de valor mais elevado poderíamos, neste

modelo, conseguir uma economia de 19,93 % ou R\$ 127.164,70 em optando pelos materiais de menor valor sem qualquer perda na rentabilidade do prestador.

Tabela 12 – Exemplos de variações de preço entre marcas de materiais

MATERIAL	PREÇO MÉDIO COMPRA	PREÇO VENDA	GANHO UNITÁRIO	QUANTIDADE FATURADA	GANHOS TOTAIS	VALOR OPERADORA	ECONOMIA
At. Gessada 15cm X 3m	0,90	4,60	3,70	9.435	34.909,50	43.401,00	0,00
At. Gessada 15cm X 3m	0,20	3,90	3,70	9.435	34.909,50	36.796,50	6.604,50
Compressa Cirur. 7,5X7,5	0,10	0,27	0,17	4.390	746,30	1.185,30	0,00
Compressa Cirur. 7,5X7,5	0,04	0,21	0,17	4.390	746,30	921,90	263,40
Fio Mononylon 4-0 ag. 2,4	2,60	19,13	16,53	432	7.140,74	8.263,94	0,00
Fio Mononylon 4-0 ag. 2,4	1,00	17,53	16,53	432	7.140,74	7.572,74	691,20
Luva Cirurgica Esteril 7,5	0,82	2,39	1,57	1.261	1.979,14	3.013,16	0,00
Luva Cirurgica Esteril 7,5	0,33	1,90	1,57	1.261	1.979,14	2.395,27	617,89
Cateter Intravascular Periferico	7,15	25,23	18,08	898	16.237,19	22.657,89	0,00
Cateter Intravascular Periferico	1,15	19,23	18,08	898	16.237,19	17.269,89	5.388,00
Equipo Soro 2 vias	6,13	16,07	9,94	2.622	26.049,57	42.122,43	0,00
Equipo Soro 2 vias	2,13	12,07	9,94	2.622	26.049,57	31.634,43	10.488,00
<b>TOTAL:</b>							<b>24.052,99</b>

Claro que o modelo requer análise personalizada e detalhada em cada medicamento e em cada material isoladamente. Quanto mais trabalhado o valor de aquisição maior a economia com a concordância inequívoca do prestador. Um grande acordo entre prestador e operadora permitiria uma economia significativa para a operadora.

Na soma da economia dos materiais e medicamentos poderemos chegar a uma economia geral de R\$ 197.046,29 em uma conta total de R\$ 1.474.989,46 ou de 13,36% de economia na conta total. Em mero exercício de estatística no Brasil os gastos com os sinistros da medicina suplementar chegaram a R\$ 44 bilhões no ano de 2008, se chegarmos a uma redução de 13,36% em média, atingiremos o significativo valor de R\$ 5,88 bilhões por ano.

O modelo pode e deve ser replicado para cada produto individualmente desde os materiais descartáveis, aos materiais especiais e os medicamentos. Fica claro que a adoção

deste modelo significará, simultaneamente, uma redução dos custos das operadoras com redução do custo do sinistro, a manutenção dos ganhos dos prestadores de serviço e uma possível redução dos prêmios pagos pelos usuários das operadoras, tudo simultaneamente. Esta redução permitirá um aumento da população usuária das operadoras pois com menor valor dos prêmios, maior a faixa da população que terá condições econômicas para adquirir um plano ou seguro de saúde para si e/ou sua família ou mesmo as empresas oferecerem cobertura de planos para seus colaboradores. Os próprios prestadores também se beneficiarão da redução dos custos das operadoras e dos usuários pelo aumento da população usuária dos planos e seguros de saúde.

No próximo capítulo iremos analisar os resultados frente ao objetivo geral e frente aos objetivos específicos traçados na introdução desta dissertação, visando demonstrar que é possível a reversão destes ganhos no item serviços com ganhos para a operadora e com amplas possibilidades de ganhos para o usuário.



## CAPÍTULO QUINTO

### 5. CONCLUSÃO

A pesquisa reforça nossa impressão inicial do cenário de distanciamento da rentabilidade sobre serviços e a forte dependência dos ganhos sobre a venda mercantil de material e medicamentos. Esta realidade permite uma inferência tão absurda quanto perversa. Na relação diretamente proporcional entre o valor de aquisição e o valor de venda reforça a convicção do mercado de saúde brasileiro que quanto maior o valor de compra unitário agregado dos materiais, medicamentos e material especial (OPME), maior é o preço de venda e igualmente maior a sua rentabilidade. O sentido inverso também é verdadeiro quanto menor for o valor de compra unitário agregado do material, medicamento e do material especial (OPME), menor será o valor de venda e igualmente menor será o ganho. Deste princípio decorre um aumento brutal nos custos das operadoras. Vejamos pelo ponto de vista do acionista dos prestadores de serviços. O prestador deseja maximizar seus resultados e logo opta por adquirir os produtos de maior valor agregado para possibilitar sua venda pelo maior valor. Vejamos pelo ponto de vista das operadoras de planos e seguros de saúde cujos acionistas também desejam maximizar seus resultados e para este objetivo deseja que o prestador adquira o produto de menor valor agregado para possibilitar sua venda por valor mais baixo permitindo, por sua vez, redução dos custos das operadoras e melhor resultado financeiro. Este é precisamente o principal ponto de discórdia e fonte dos maiores conflitos entre os prestadores e as operadoras.

Como objetivo geral, citado no capítulo de introdução, está provado com base na pesquisa que é perfeitamente possível a pura e simples conversão matemática das margens de ganho das tabelas de material e medicamentos em ganho nas tabelas de diárias e taxas e ainda permitir a manutenção da sobrevivência dos prestadores com redução dos custos diretos das operadoras na medida em que a pressão para escolha de matérias, medicamentos e materiais especiais de maior valor agregado desaparecerá. Deixará de existir interesse, por

parte dos prestadores, em adotar uma política de ganhos, hoje necessários e exacerbados sobre os materiais e medicamentos.

Atendendo aos objetivos específicos estabelecidos, demonstramos que com a redução do valor do prêmio amplia-se a base de usuários do chamado setor de saúde suplementar formado pelas operadoras de planos e seguros de saúde privados, traduzindo-se, desta forma, em acréscimo no número de usuários, tornando maior o mercado de saúde suplementar, tanto para as operadoras de planos e seguros de saúde privados e também para os prestadores de serviços em saúde. Demonstramos também que o principal motivo de litígio, hoje presente, acerca da escolha dos produtos utilizados e faturados pelos prestadores de serviço fica anulado pois inexistente motivação econômica para escolha dos produtos de maior custo estabelecendo-se uma parceria real de meios e fins, especialmente para os usuários enquanto principais beneficiários deste entendimento.

Fica como sugestão para futuras investigações a ampliação do número de unidades pesquisadas e de suas características enquanto unidades de saúde especializadas ou gerais com ou sem foco específico. Provavelmente as características de atendimento de cada unidade de saúde e as negociações de tabelas entre os prestadores individualmente e as operadoras podem significar reduções menores ou maiores dos custos das operadoras. O modelo pode ser aplicado a qualquer ambiente da saúde suplementar brasileira.

Outra frente de estudos poderia estabelecer uma equação matemática que permitisse converter os ganhos dos materiais descartáveis, materiais especiais e medicamentos (ganhos mercantis) em ganhos nas diárias e taxas (ganhos sobre serviços). Esta equação poderia ser aplicada em qualquer ambiente corporativo de saúde que possuísse uma base mínima de dados confiáveis. Com o conceito estabelecido e aceito pelos prestadores e as operadoras aplicar-se-á o caçulo e chegaríamos a uma redução específica sobre os sinistros e outra sobre os prêmios. Não será uma tarefa fácil. A cultura implantada no mercado brasileiro de saúde suplementar gera muitas desconfianças entre os atores. O sistema implantado é autodestrutivo, antieconômico, perverso para com a população usuária e cada vez mais excludente para com a população sem acesso a este mercado. Discutindo de forma ética e direta encontraremos um caminho para normalizar estas relações. Esta dissertação

visa contribuir com esta discussão apontando um possível caminho, uma trilha que seja para uma solução que já esta ficando cada dia mais atrasada.

## BIBLIOGRAFIA

- Alves, S. L. (2007), Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulamentação. *Encontro Nacional de Economia*, 35, ANPEC.  
<http://www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/A07A081.pdf>
- Andreazzi, M. F. S.; Kornis, G. E. M. (2003), Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 13(1), p.157-191.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (2007), *Padrão Tiss*. Versão 3.0. Rio de Janeiro.
- Guia Farmacêutico Brasíndice (2008), São Paulo: Andrei Publicações Médicas
- Brasil. Lei 9.656, de 3 de junho de 1988. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>
- Brasil. Lei 9.661, de 28 de janeiro de 2000. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>
- Brasil. Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência a saúde. <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>
- Brener, J. (2005), História da medicina suplementar no Brasil: uma trajetória de desafios – 1543-2006. *Revista Pangea*.
- Cata Preta, H. L. N. (2004), *Gerenciamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Mapfre Estudos / Funenseg.
- Deslandes, S. F. et al. (1998), O custo do atendimento emergencial às vítimas de violências em dois hospitais do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 14(2), p. 287-299.
- Derengowski, M. G. et al (2003), *Fórum de Debates Sobre Saúde Suplementar, Nota Introdutória Sobre Estrutura de Mercado, Concentração e Mercados Relevantes*. ANS.
- Escrivão-Junior A. et al. (2007), O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualidade da Saúde Suplementar da ANS. *Ciência e Saúde Coletiva*. 12(4), 903-914.
- Faleiros, V. P. et al. (2006), *A construção do Sus: história da reforma sanitária e do processo participativo*. , Brasília: Ministério da Saúde do Brasil.

Gama, A. M.(2003), *Caracterização da Autogestão no Processo de Regulamentação do Setor Suplementar de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro,

Kornis, G. E.; Caetano, R. (2002) *Dimensão e Estrutura Econômica da Assistência Médica Suplementar no Brasil*. *Regulação & Saúde*. Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar, Ministério da Saúde do Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, Rio de Janeiro.

Kotler, P. (2000), *Administração de marketing: a edição do novo milênio*, 10. ed. São Paulo: Prentice Hall,.

Médici, A. C. (1990), *O setor privado prestador de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento*. Rio de Janeiro: IBGE/ENCE, Relatório Técnico n 2/90 – EX2.

Mesquita, M. A. (2002), *A regulação da Assistência Suplementar à Saúde: legislação e contexto institucional*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ ANS, Serie C, Projetos, Programas e Relatórios, n° 76.

Miranda, C. R. (2003), *Gerenciamento de custos em planos de assistência à saúde*. Projeto ANS/PNUD.

Reis, C. O. O. (2000), O estado e os planos de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público* 5(1), 123-147.

Riordan, R. M. (2002), *Microsoft SQL Server 2000 – Programando Passo a Passo*. Makron Books.

Russell-Wood, A. J. R. (1968), *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Silva, A. A. (2003), *Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um relacionamento estratégico*. Porto Alegre.

Silva, P. L. B. (1983), O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década dos 70. *Cadernos Fundap* 3(6), 27-50.

Meirelles, D. S. (2006). O conceito de serviço. *Revista de Economia Política* 26(1), p. 119-136.

Revista Simpro Hospitalar, 10(56) , Junho/Julho, 2008.

Vilarinho, P. F. (2003). A formação do campo da saúde suplementar no Brasil. Dissertação de Mestrado em Gestão Empresarial. Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

WIKIPEDIA: Enciclopédia livre da web. [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com).

Anexos:

Quadro 3 – Guia de Internação página 1 de 7

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO							2 - Nº 0001421939					
1 - Registro ANS		3 - Nº da Guia de Solicitação		4 - Data da Autorização		5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia				
		000		04/01/2008		000	06/01/2008	04/01/2008				
<b>Dados do Beneficiário</b>												
8 - Número da Carteira				9 - Plano			10 - Validade da Carteira					
							31/12/2008					
11 - Nome						12 - Número do Cartão Nacional de Saúde						
<b>Dados do Contratado Executante</b>												
13 - Código operacional/CNPJ				14 - Nome do Contratado			15 - Código CNES					
				Hospital								
16 - T.L.		17 - 18 - 19 - Logradouro - Número - Complemento		20 - Município		21 - UF	22 - IBGE	23 - CEP				
008												
<b>Dados da Internação</b>												
24 - Caráter da Internação		25 - Tipo Acomodação Autorizada	26 - Data/Hora da Internação	27 - Data Hora da Saída Internação	28 - Tipo Internação		29 - Regime Internação					
E - Eletiva U - Urgência/Emergência		07	04/01/2008 09:17	06/01/2008 09:37	2		1-Clinica 2-Cirurgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica					
30 - Internação Obstétrica - (Mais de um é permitido)												
<input type="checkbox"/> -Em gestação <input type="checkbox"/> -Aborto <input type="checkbox"/> -Transforno materno relacionado a gravidez <input type="checkbox"/> -Complic. Puerpério <input type="checkbox"/> -Atend. ao RN na sala de parto <input type="checkbox"/> -Complicação Neonatal <input type="checkbox"/> -Bx peso <2.5 Kg <input type="checkbox"/> -Parto Cesáreo <input type="checkbox"/> -Normal												
31 - Se Óbito em Mulher			32 - Se Óbito Neonatal		33 - Nº Decl. Nasc. Vivos	34 - Qtd. Nasc. Vivos a Termo	35 - Qtd. Nasc. Mortos	36 - Qtd. Nasc. Vivos Prematuro				
1-Grávida 2-até 42 Dias Após Término Gestação 3-de 43 a 12 Meses Após Término Gestação			<input type="checkbox"/> -Qtd. precoce <input type="checkbox"/> -Qtd. tardio									
<b>Dados da Saída da Internação</b>												
37 - CID 10 Principal		38 - CID 10 (2)	39 - CID 10 (3)	40 - CID 10 (4)	41 - Indicador de Acidente		42 - Motivo Saída	43 - CID 10 Óbito	44 - Nº Declaração do Óbito			
S837					0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros		12					
<b>Procedimentos e Exame Realizados</b>												
45 - Data	46 - Hora Inicial	47 - Hora Final	48 - Tabela	49 - Código do Procedimento	50 - Descrição	51 - Qtd.	52 - Via	53 - Téc.	54 - % Red./Acrec.	55 - Valor Unitário - R\$	56 - Valor Total - R\$	
1 - 04/01/2008	15:21	15:21	01	25060066	REC.FUNCIONAL - FRATURA/LUXACAO 1 MEMB	2				3,24	6,48	
2 - 04/01/2008	11:00	14:00	01	32040067	RX DO JOELHO :AP-LATERAL	1				19,12	19,12	
<b>Identificação da Equipe</b>												
57 - Seq Ref	58 - Gr Part	59 - Código na Operadora/CPF	60 - Nome do profissional			61 - Conselho	62 - Nº Conselho	63 - UF	64 - CPF			
1	12											
<b>Resumo Financeiro</b>												
73 - Tipo Faturamento		74 - Total Procedimentos R\$		75 - Total Diárias R\$		76 - Total Taxas e Aluguéis R\$		77 - Total Materiais R\$		78 - Total Medicamentos R\$	79 - Total Gases Medicinais R\$	80 - Total Geral R\$
T -Total P-Parcial		25,60		134,10		454,81		17.626,17		689,01	0,00	18.929,69
82 - Data e Assinatura do Contratado					83 - Data e Assinatura dos Auditor(es) da Operadora							
<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>							

**Quadro 4 – Guia de Internação página 2 de 7**

Procedimentos e Exame Realizados (Continuação)											
45 - Data	46 - Hora Inicial	47 - Hora Final	48 - Tabela	49 - Código do Procedimento	50 - Descrição	51 - Qtde.	52 - Via	53 - Téc.	54 - % Red./Acrec.	55 - Valor Unitário - R\$	56 - Valor Total - R\$
Identificação da Equipe (Continuação)											
57 - Seq.Ref.	58 - Gr.Part.	59 - Código na Operadora/CPF	60 - Nome do profissional	61 - Conselho	62 - Nº Conselho	63 - UF	64 - CPF				
OPM Utilizados											
65 - Tabela	66 - Código OPM	67 - Descrição OPM	68 - Qtde	69 - Código de Barras	70 - Valor Unitário R\$	71 - Valor Total R\$					
1 - 00	00000010	FIO DE AÇO MALEÁVEL	1		936,00	936,00					
2 - 00	00000002	LAMINA DE SHAVER PARA ARTROSCOPIA	2		845,00	1.690,00					
3 - 00	00010378	EQUIPO PJ BOMBA INFUSÃO ARTROSCOPIA	1		724,75	724,75					
4 - 00	00010624	PARAFUSO ABSORVIVEL	1		3.104,40	3.104,40					
5 - 00	00040076	DRENO DE SUCCÃO	1		109,20	109,20					
						80 - Total Geral R\$	18.929,69				
81 - Observação											



Quadro 5 – Guia de Internação página 3 de 7

GUIA DE OUTRAS DESPESAS																								
1 - Registro ANS				2 - N° da Guia Referenciada																				
<b>Dados do Contratado</b>																								
3 - Código na Operadora/CNPJ/CPF				4 - Nome do Contratado					5 - Código CNES															
<b>Códigos de Despesas Realizadas CD = 1 - Gases Medicinais, 2 - Medicamentos, 3 - Materiais, 4 - Taxas Diversas, 5 - Diárias, 6 - Aluguéis</b>																								
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd	13 - % Red / Acres.	14 - Valor Unitário - R\$	15 - Valor Total - R\$	16 - Descrição														
1- 2	04/01/2008	11:00	14:00	00	000000801	2		11,86	23,72	DORMONID 15 MG AMPOLA														
2	04/01/2008	11:00	14:00	00	000000838	1		0,92	0,92	EFORTIL /01ML														
3- 2	06/01/2008	09:37	09:37	00	0000001549	1		7,84	7,84	NOVALGINA GOTAS / 2 ML														
4- 2	06/01/2008	09:37	09:37	00	0000001753	1		1,12	1,12	PLASIL AMPOLA														
5- 2	04/01/2008	11:00	14:00	00	0000002165	6		7,27	43,62	TILATIL 20 MG AMPOLA														
6- 2	06/01/2008	09:37	09:37	00	0000002716	2		40,70	81,40	CLEXANE 40MG														
7- 2	04/01/2008	11:00	14:00	00	0000002972	1		3,95	3,95	DIMORF 0,2MG														
8- 2	04/01/2008	11:00	14:00	00	0000003078	1		7,66	7,66	MARCAINA PESADA 0,5% C/V 04ML (ASTRA ZENECA)														
9- 2	04/01/2008	11:00	14:00	00	0000004935	1		19,82	19,82	DIPROSPAN HYPAK														
10- 2	06/01/2008	09:37	09:37	00	0000008064	2		1,47	2,94	PROFENID 100MG/02ML														
11- 2	04/01/2008	11:00	14:00	00	0000010483	1		6,44	6,44	NILPERIDOL 2ML														
12- 2	06/01/2008	09:37	09:37	00	0000011937	8		2,33	18,64	CODATEN 50MG														
13- 2	04/01/2008	11:00	14:00	00	00001236	12		9,44	113,28	KEFAZOL 1G														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>17 - Total de Gases Medicinais R\$</td> <td>18 - Total de Medicamentos R\$</td> <td>19 - Total de Materiais R\$</td> <td>20 - Total de Taxas Diversas R\$</td> <td>21 - Total de Diárias R\$</td> <td>22 - Total de Aluguéis R\$</td> <td>23 - Total Geral R\$</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">331,35</td> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">1.877,34</td> </tr> </table>											17 - Total de Gases Medicinais R\$	18 - Total de Medicamentos R\$	19 - Total de Materiais R\$	20 - Total de Taxas Diversas R\$	21 - Total de Diárias R\$	22 - Total de Aluguéis R\$	23 - Total Geral R\$	0,00	331,35	0,00	0,00	0,00	0,00	1.877,34
17 - Total de Gases Medicinais R\$	18 - Total de Medicamentos R\$	19 - Total de Materiais R\$	20 - Total de Taxas Diversas R\$	21 - Total de Diárias R\$	22 - Total de Aluguéis R\$	23 - Total Geral R\$																		
0,00	331,35	0,00	0,00	0,00	0,00	1.877,34																		

Quadro 6 – Guia de Internação página 4 de 7

GUIA DE OUTRAS DESPESAS																								
1 - Registro ANS			2 - N° da Guia Referenciada																					
<b>Dados do Contratado</b>																								
3 - Código na Operadora/CNPJ/CPF				4 - Nome do Contratado					5 - Código CNES															
<b>Código de Despesas Realizadas CD = 1 - Gases Medicinais, 2 - Medicamentos, 3 - Materiais, 4 - Taxas Diversas, 5 - Diárias, 6 - Aluguéis</b>																								
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde	13 - % Red. / Acres.	14 - Valor Unitário - R\$	15 - Valor Total - R\$	16 - Descrição														
14- 2	06/01/2008	09:37	09:37	00	00002732	2		69,78	139,56	PANTOCAL 40MG														
15- 2	04/01/2008	11:00	14:00	00	00004908	27		0,53	14,31	ÁGUA BI-DESTILADA 10ML														
16- 2	06/01/2008	09:37	09:37	00	00014940	2		7,67	15,34	CLOR.SÓD.0,9% MINIFLAC100ML B.BRAUN														
17- 2	04/01/2008	11:00	14:00	00	00010190	1		1,30	1,30	POVIDINE TOPICO 37ML RIOQUIMICA (RIO QUIMICA)														
18- 2	04/01/2008	11:00	14:00	00	00010535	21		2,90	60,90	POVIDINE DEGERMANTE 75ML RIOQUIMICA														
19- 2	04/01/2008	11:00	14:00	00	00010754	12		6,54	78,48	CLOR.SÓD.0,9%ECOF.PLUS500ML B.BRAUN														
20- 2	04/01/2008	11:00	14:00	00	00010755	5		9,29	46,45	SORO FISIOLÓGICO 2000ML														
21- 2	04/01/2008	11:00	14:00	00	00051008	12		0,11	1,32	ALCOOL P / INJECAO 5ML														
22- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00040063	1		205,72	205,72	FIO ETHIBOND 5 - MB 46 G J&JETHICON (J&JETHICON)														
23- 3	06/01/2008	09:37	09:37	00	00050001	19		0,16	3,04	AGULHA DESCARTAVEL 30X07														
24- 3	06/01/2008	09:37	09:37	00	00050003	1		1,31	1,31	APARELHO P/TRICOTOMIA PLAST.PROBAK PBK (C.FERNANDE)														
25- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050006	6		7,80	46,80	ATADURA DE CREPOM 15X4,5MT - CREMER (CREMER)														
26- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050011	75		0,21	15,75	GAZE 7,5X7,5 ESTERIL - CREMER (CREMER)														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>17 - Total de Gases Medicinais R\$</td> <td>18 - Total de Medicamentos R\$</td> <td>19 - Total de Materiais R\$</td> <td>20 - Total de Taxas Diversas R\$</td> <td>21 - Total de Diárias R\$</td> <td>22 - Total de Aluguéis R\$</td> <td>23 - Total Geral R\$</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">357,66</td> <td style="text-align: center;">272,62</td> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">1.877,34</td> </tr> </table>											17 - Total de Gases Medicinais R\$	18 - Total de Medicamentos R\$	19 - Total de Materiais R\$	20 - Total de Taxas Diversas R\$	21 - Total de Diárias R\$	22 - Total de Aluguéis R\$	23 - Total Geral R\$	0,00	357,66	272,62	0,00	0,00	0,00	1.877,34
17 - Total de Gases Medicinais R\$	18 - Total de Medicamentos R\$	19 - Total de Materiais R\$	20 - Total de Taxas Diversas R\$	21 - Total de Diárias R\$	22 - Total de Aluguéis R\$	23 - Total Geral R\$																		
0,00	357,66	272,62	0,00	0,00	0,00	1.877,34																		

Quadro 7 – Guia de Internação página 5 de 7

GUIA DE OUTRAS DESPESAS												
1 - Registro ANS			2 - Nº. da Guia Referenciada									
Dados do Contratado												
3 - Código na Operadora/CNPJ/CPF				4 - Nome do Contratado				5 - Código CNES				
Código de Despesas Realizadas CD = 1 - Gases Medicinais, 2 - Medicamentos, 3 - Materiais, 4 - Taxas Diversas, 5 - Diárias, 6 - Aluguéis												
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd	13 - % Red. / Acres.	14 - Valor Unitário - R\$	15 - Valor Total - R\$	16 - Descrição		
27- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050015	3		0,50	1,50	SERINGA DESC 05ML C/ AG. INJEX (INJEX)		
28- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050016	9		0,60	5,40	SERINGA DESC. C/ AG. 10ML INJEX (INJEX)		
29- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050017	11		3,79	41,69	SERINGA DESC. C/ AG 20ML INJEX (Injex)		
30- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050031	18		3,97	71,46	COMPRESSA CIRURGICA GRANDE (CREMER)		
31- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050035	4		5,37	21,48	ESCOVA CIRURGICA IDEX DESCARTÁVEL - CRISTÁLIA (CRISTÁLIA)		
32- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050042	5		0,21	1,05	GORRO CIRURGICO DESCARTÁVEL DESCARPACK (DESCARPACK)		
33- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050053	4		0,33	1,32	MÁSCARA DESCARTÁVEL - DESCARPACK (DESCARPACK)		
34- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050058	5		0,43	2,15	PROPÉ DESCARTÁVEL (CRISTAL)		
35- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050059	1		14,76	14,76	EQ. MACRO SORO GTS FILTRO AR FILTRO B.BRAUN (B.BRAUN)		
36- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050081	1		3,21	3,21	ELETRODO PARA MONITORIZACÃO DESCARTÁVEL 3M (3M BRASIL)		
37- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050085	5		1,19	5,95	ALGODAO ORTOPEDICO 15CM - NEVE (NEVE)		
38- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050106	3		2,46	7,38	LUVA CIRÚRGICA ESTERIL N.8.0 - MUCAMBO (MUCAMBO)		
39- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050277	3		20,24	60,72	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 4-0 45CM AG.2,4CM 1129T (J&JETHICON)		
17 - Total de Gases Medicinais R\$		18 - Total de Medicamentos R\$		19 - Total de Materiais R\$		20 - Total de Taxas Diversas R\$		21 - Total de Diárias R\$		22 - Total de Aluguéis R\$		23 - Total Geral R\$
0,00		0,00		238,07		0,00		0,00		0,00		1.877,34

Quadro 8 – Guia de Internação página 6 de 7

GUIA DE OUTRAS DESPESAS																				
1 - Registro ANS						2 - N° da Guia Referenciada														
Dados do Contratado																				
3 - Código na Operadora/CNPJ/CPF				4 - Nome do Contratado				5 - Código CNES												
Código de Despesas Realizadas CD = 1 - Gases Medicinais, 2 - Medicamentos, 3 - Materiais, 4 - Taxas Diversas, 5 - Diárias, 6 - Aluguéis																				
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd	13 - % Red. / Acres.	14 - Valor Unitário - R\$	15 - Valor Total - R\$											
40- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050289	1		41,67	41,67											
16 - Descrição: POLYVICRIL 2 J166H - J&JETHICON 70CM (J&JETHICON)																				
41- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050529	1		12,69	12,69											
16 - Descrição: CATETER INTRAVENOSO 20G JELCO PLUS 7066 (SMITHS)																				
42- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050535	2		2,46	4,92											
16 - Descrição: LUVAS CIRÚRGICAS ESTÉRIL N.7,5 - MUCAMBO (MUCAMBO)																				
43- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050537	1		0,56	0,56											
16 - Descrição: LAMINA BISTURI ESTERIL NR.21 100UNID WILTEX LW21 (C.FERNANDE)																				
44- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050540	3		2,46	7,38											
16 - Descrição: LUVAS CIRÚRGICAS ESTÉRIL N.8,5 - MUCAMBO (MUCAMBO)																				
45- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050549	4		0,71	2,84											
16 - Descrição: LUVAS PARA PROCEDIMENTO MEDIA (CIR.BRASIL)																				
46- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050599	4		0,16	0,64											
16 - Descrição: AGULHA DESC.30X8 100UNID INJEX																				
47- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050625	24		0,05	1,20											
16 - Descrição: ALGODÃO BOLA (CREMER)																				
48- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050768	1		0,56	0,56											
16 - Descrição: LÂMINA BISTURI N.11 - C. FERNANDE (C.FERNANDE)																				
49- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050773	1		1,18	1,18											
16 - Descrição: ESPARADRAPO PARA IMOBILIZAÇÃO CREMER 50CM (CREMER)																				
50- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	00050782	1		0,40	0,40											
16 - Descrição: ESPARADRAPO P/ CONTENÇÃO - CREMER (CREMER)																				
51- 3	04/01/2008	11:00	14:00	00	72140046	1		14,69	14,69											
16 - Descrição: AGULHA P/RAQUI SPINAL S/INTROD.22GX3" 80X07 DESC.UNISIS S228 (C.FERNANDE)																				
52- 4	04/01/2008	11:00	14:00	97	61210250	1		70,70	70,70											
16 - Descrição: TAXA DE SALA CIRURGIA PORTE 3																				
17 - Total de Gases Medicinais R\$			18 - Total de Medicamentos R\$			19 - Total de Materiais R\$			20 - Total de Taxas Diversas R\$			21 - Total de Diárias R\$			22 - Total de Aluguéis R\$			23 - Total Geral R\$		
0,00			0,00			88,73			70,70			0,00			0,00			1.877,34		

Quadro 9 – Guia de Internação página 7 de 7

GUIA DE OUTRAS DESPESAS																				
1 - Registro ANS					2 - N° da Guia Referenciada															
Dados do Contratado																				
3 - Código na Operadora/CNPJ/CPF					4 - Nome do Contratado					5 - Código CNES										
Código de Despesas Realizadas CD = 1 - Gases Medicinais, 2 - Medicamentos, 3 - Materiais, 4 - Taxas Diversas, 5 - Diárias, 6 - Aluguéis																				
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - % Red / Acres.	14 - Valor Unitário - R\$	15 - Valor Total - R\$											
53- 4	04/01/2008	11:00	14:00	97	61210250		1	141,40	141,40											
16 - Descrição: TAXA DE SALA CIRURGIA PORTE 3																				
54- 4	04/01/2008	11:00	14:00	97	61250252		1	20,72	20,72											
16 - Descrição: TAXA SALA R.P.A. - PERIDURAL / RAQUI																				
55- 4	06/01/2008	09:36	09:36	97	61332380		2	23,16	46,32											
16 - Descrição: TX ASS ENFERMAGEM NÍVEL II - P/DIA																				
56- 4	06/01/2008	09:36	09:36	97	61370851		1	8,53	8,53											
16 - Descrição: TX INTERNAÇÃO E EXPEDIENTE																				
57- 4	04/01/2008	11:00	14:00	97	61400017		1	48,76	48,76											
16 - Descrição: TX. ARTROSCÓPIO (P/ USO)																				
58- 4	04/01/2008	11:00	14:00	97	61400300		1	14,63	14,63											
16 - Descrição: BISTURI ELÉTRICO (P/ USO)																				
59- 4	04/01/2008	11:00	14:00	97	61401200		1	31,20	31,20											
16 - Descrição: TAXA INSTRUMENTAL CIRURGIA PORTE 3																				
60- 4	04/01/2008	11:00	14:00	97	61401803		3	8,53	25,59											
16 - Descrição: TX MONIT RITMO CARDÍACO -P/ HORA																				
61- 4	04/01/2008	11:00	14:00	97	61413860		3	2,44	7,32											
16 - Descrição: OXÍMETRO PULSO (P/ HORA)																				
62- 4	04/01/2008	11:00	14:00	97	61414751		1	4,88	4,88											
16 - Descrição: TRÉPANO ELÉTRICO P/CIRURGIA (P/ USO)																				
63- 4	04/01/2008	11:00	14:00	97	61432768		3	5,49	16,47											
16 - Descrição: VÁCUO POR HORA																				
64- 4	06/01/2008	09:37	09:37	97	62030604		1	18,29	18,29											
16 - Descrição: CURATIVO MÉDIO																				
65- 5	06/01/2008	09:36	09:36	97	61030104		2	67,05	134,10											
16 - Descrição: DIÁRIA APARTAMENTO STANDART																				
17 - Total de Gases Medicinais R\$			18 - Total de Medicamentos R\$			19 - Total de Materiais R\$			20 - Total de Taxas Diversas R\$			21 - Total de Diárias R\$			22 - Total de Aluguéis R\$			23 - Total Geral R\$		
0,00			0,00			0,00			384,11			134,10			0,00			1.877,34		