



## Gestão Estratégica de Leitos Hospitalares

Fórum realizado na AHERJ discutiu a mudança no cenário que ocorreu nos últimos anos, tanto no âmbito da saúde suplementar quanto no Sistema Único de Saúde (SUS). “O que vai conduzir o mercado é a diluição do risco da sinistralidade entre todos os parceiros”.

## Expediente



**Correio**  
HOSPITALAR

**Órgão Oficial da  
Associação de Hospitais do  
Estado do Rio de Janeiro**

Sede: Rua dos Andradas, 96 - 13º  
Andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ  
CEP: 20051-002  
Tel.: (21) 2203-1343 (PABX)  
Fax: (21) 2263-3398  
E-mail: [aherj@aherj.com.br](mailto:aherj@aherj.com.br)

**Diretoria Executiva  
Período: 2018 a 2021**

Dr. Mansur José Mansur -  
Presidente  
Dr. Marcus Camargo Quintella -  
Vice-Presidente Executivo  
Dr. Hebert Sidney Neves - Vice-  
Presidente Administrativo  
Dr. Leonardo G. Barberes - Sec. Geral  
Dra. Maria Luiza Cid Loureiro -  
Diretora Tesoureira  
Dr. Luiz Felipe Scofano - Diretor de  
Patrimônio  
Dr. Graccho B. Alvim Neto - Diretor  
de Atividades Culturais

**Conselho Fiscal**

Dr. José Elias Mansur - Titular  
Dr. Ricardo Elias Restum - Titular  
Dr. Orlando Bottari - Suplente  
Dr. Luiz Fernando Frintchuk -  
Suplente  
Pastor Isáias de Souza Maciel -  
Suplente

**Conselho Editorial**

Marcus Quintella, Gracco Alvim,  
Leonardo Barberes, Roberto Vellasco,  
João Beck e João Maurício Carneiro.

**Produção Editorial e Gráfica**

Libertta Comunicação  
Editor: João Maurício Carneiro  
Rodrigues (reg. Mtb18.552)  
Diagramação e arte: Higo Lopes  
Tiragem: 2.500 exemplares  
Distribuição: gratuita e dirigida

# A construção de um novo cenário político

Em 2019, a Associação de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro celebrará 50 anos. Muito mais do que um jubileu de ouro, é um momento especial e de profunda reflexão entre o passado e o futuro de uma entidade com uma longa trajetória na defesa e representatividade do setor, reunindo hospitais, clínicas, casas de saúde e unidades assistenciais de saúde.

Capital do país e concentrando a maior rede pública de referência nacional, o Rio de Janeiro passou por profundas reformas políticas e organizacionais que mudaram o quadro da assistência médico-hospitalar. Dentro de um novo cenário, os hospitais privados e filantrópicos, passaram a buscar novos modelos de prestação de serviços.

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966 se consolidou a necessidade de uma entidade para defender os interesses do setor. Em 1988, com a promulgação da nova Constituição, mudanças ainda mais profundas acabaram acontecendo. Com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), as relações entre os prestadores de serviços de saúde e o poder público ganharam novos agentes e um módulo organizacional muito mais complexo, gerando dificuldades operacionais. Com as mudanças no modelo assistencial, surgiram os planos de saúde e, na sequência, a ANS | Agência Nacional de Saúde.

Na verdade, são muitos os fatos e acontecimentos a serem registrados, que com certeza serão lembranças no evento comemorativo do Cinquentenário da AHERJ.

Mas é bom lembrar a importante contribuição da AHERJ na criação de outras entidades e organizações, como os sindicatos patronais, sociedades educacionais e grupos de saúde, com ênfase na administração, qualidade, tecnologia, acreditação e sustentabilidade. É claro, contribuindo na formação de médicos e outros profissionais da Saúde.

A AHERJ mantém regionais e representações em todo Estado do Rio de Janeiro, em prol dos interesses coletivos para garantir saúde com qualidade e segurança para a sociedade.

Contando com um novo Governador em nosso Estado e também um novo Presidente do País, que 2019 seja para unir esforços para construir um novo cenário político, social e econômico. E ainda que desafiador, possamos consolidar propostas e projetos essenciais para todos os setores, especialmente na área de Saúde.

**João Beck**

*Diretor de comunicação da AHERJ*

# Inovação, empreendedorismo e sustentabilidade

Seminário discutiu novas estratégias para a gestão da saúde



Mesa que compôs a discussão dos temas do Seminário.

Inovação, empreendedorismo e sustentabilidade na Saúde foram os temas discutidos no Seminário promovido pela AHERJ, no dia 25 de outubro, na Associação Médica Fluminense, em Niterói. O evento foi realizado em parceria com o Sindicato dos Hospitais e Clínicas e Casas de Saúde de Niterói e São Gonçalo (Sindhleste), Unicred e Sebrae.

O evento teve a presença do presidente da AHERJ, Mansur José Mansur e outros membros da diretoria, como o secretário-geral Leonardo Barberes e o diretor de convênios Roberto Vellasco, além do presidente do Sindhleste, Vinicius Queiroz e conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj), Antonio Werneck.

O diretor do IBKL – empresa de soluções educacionais para a Saúde, Josier Villar, apresentou os desafios para a construção de um sistema integrado de saúde que contemple tanto público quanto o privado como complementares e colaboradores. “O modelo atual não é sustentável e temos que racionalizar os recursos disponíveis”.

Outro desafio apontado pelo palestrante é modificar a relação de desconfiança múltipla existente entre todos os participantes do setor de saúde suplementar. “Para iniciar a mudança é essencial restabelecer essa confiança, pois atualmente ninguém confia em ninguém”.

Complementando sua palestra, Josier Villar aponta a gestão de saúde populacional como uma janela de oportunidades que se abrirá para os empresários do setor. “Tem que começar com um projeto piloto numa região como a Baixada Fluminense, por exemplo, para analisar os resultados e depois ir expandindo o modelo”.

A organização do evento convidou para compor a mesa, Josier Villar (IBKL), Vinicius Queiroz (Sindhleste), Silvio Ceroni (presidente da ICTech Porto alegre), Antônio Francisco (Unicred), Leonardo Barberes (AHERJ) e Leandro Marinho (coordenador regional do Sebrae Leste Fluminense). Todo o grupo discutiu temas relacionados ao aperfeiçoamento do setor de saúde a partir das perguntas do público. O representante da ICTech apresentou as ferramentas que desenvolve para gestão e melhoria de processos administrativos dos hospitais.

Vinicius Queiroz lembrou da queda constante dos usuários do setor privado da saúde e aumento do movimento no SUS, enquanto Leonardo Barberes defendeu que é preciso ter a consciência que é necessária a luta para a transformar a saúde em objeto de inclusão social e cidadania.

Finalizando o evento, o Sebrae Leste Fluminense apresentou um projeto de consultoria especial para as empresas do segmento da saúde. A estrutura do projeto é dividida em diagnóstico, capacitação, consultoria temática e avaliação, num total de 156 horas, com desconto especial para os participantes do evento.

# Resolução do CMED causou impacto na gestão hospitalar



A publicação da nova Resolução da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, no dia 23 de agosto, causou um grande impacto no setor hospitalar e de prestação de serviços de saúde no país. A Resolução determinou, no artigo 5º (inciso I, alínea “d” e inciso II, alínea “c”), que os hospitais e clínicas médicas não poderiam ofertar ou cobrar medicamentos do paciente ou do plano de saúde com valor superior ao que foi adquirido.

## Avaliação do setor jurídico da AHERJ

O diretor jurídico da AHERJ, Guaracy Bastos, lembra que a Agência Nacional de Saúde é certa ao afirmar que, nas contratações firmadas entre as operadoras de saúde e os prestadores de serviços, não podem ser estabelecidas formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado. Esse posicionamento é ratificado no artigo 5º da Resolução Normativa nº 363/2014, o qual revogou a antiga RN 241/10. “Sob essas condições, não poderia a CMED alterar a forma de contratação já delineada pela ANS, haja vista a atribuição e competência desta entidade autárquica”, analisa.

A Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) e a Confederação Nacional de Saúde entregaram um manifesto ao ministro chefe da Casa Civil, Eliseu Padilha, em que registraram a preocupação com a publicação da resolução da Anvisa. No encontro, realizado no início de setembro, em Brasília, demonstraram que o setor de prestação de serviços de saúde emprega direta e indiretamente mais de 2,5 milhões de trabalhadores, e realizou em 2017, somente na saúde suplementar, 7,8 milhões de internações e mais de 55 milhões de consultas médicas em pronto socorro. Além desse encontro, a FBH está estudando medidas jurídicas para contestar a resolução.

Guaracy Bastos complementa que a antiga Resolução nº 241/10 da ANS já estabelecia a obrigatoriedade de negociação dos negócios firmados entre as operadoras e os prestadores, de modo que todo e qualquer instrumento celebrado deveria ser ajustado à condição igualitária de mercado. “Deixar que uma parte se sobreponha sobre outra em uma negociação jurídica, é como se abster de respeitar e correlacionar os princípios básicos de qualquer relação jurídica negocial”, esclareceu.

O advogado recorda que a Constituição Federal assegura, através dos artigos 1º, 170 e 199 o direito das



unidades hospitalares desenvolverem a sua própria negociação e relacionamento com o mercado, de modo a remunerar seus custos. “A Constituição implementou a liberdade de negociação às entidades que prestem serviços de saúde na condução de suas atividades. Entretanto, a CMED parece querer abranger sua atuação sobre os estabelecimentos hospitalares com a edição da referida Resolução”, contestou Guaracy Bastos, lembrando que o art. 6º da Lei nº 10.742/03, que criou a CMED, dispõe sobre a fixação de margens de comercialização dos medicamentos envolvidos nas negociações.

O diretor jurídico da AHERJ comenta que a CMED só tem ingerência sobre as empresas produtoras de medicamento, farmácias e afins, e não sobre estabelecimentos hospitalares. “É por tal razão que esta Resolução é tão questionada, já que além de alcançar hospitais e clínicas, o que não deveria, ainda as impõe penalidades”, critica.

## Posicionamento da ANS

Em nota, a Agência Nacional de Saúde Suplementar confirma o entendimento do diretor jurídico da AHERJ de que a Resolução Normativa nº 363/2014 da ANS prevê a possibilidade de utilização de tabelas referências para a remuneração dos serviços e procedimentos contratualizados. “Não há na resolução qualquer vedação à remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle, aquisição e outros dos medicamentos utilizados pelos prestadores em razão de procedimentos ou serviços contratualizados entre as partes”.

Entretanto, dada a complexidade da matéria, a ANS decidiu criar uma Câmara Técnica, até o final do mês de outubro, com o objetivo de ouvir todas as partes interessadas e de colher os subsídios necessários sobre o tema. A partir dessa fase avaliarão a necessidade de revisão ou aprimoramento da regulação setorial acerca da contratualização entre

Guaracy Bastos acrescenta que a edição da Resolução, na forma como foi realizada, não encontra qualquer lastro legal apto a produzir resultado, pois é evidente o desrespeito da CMED em relação à sua legislação criadora. “Até porque esse órgão não estabeleceu qualquer critério para fixação de margens de comercialização, mas em verdade proibiu os estabelecimentos hospitalares de cobrarem qualquer remuneração sobre os medicamentos”.

Portanto, o especialista ratifica que a Resolução vai de encontro ao que determina a Lei nº 10.742/03, e, conseqüentemente, viola o princípio elementar do Direito que é a legalidade. “O que se percebe é que em um panorama atual, no qual se objetiva reduzir custos e alavancar o máximo de fundos possível para socorrer as entidades do ramo da saúde, a Resolução mostra-se de forma ilegal, indevida e inadequada por todos os fatos aqui expostos”, conclui.

as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços.

Complementando a nota, a ANS ratifica que o relacionamento entre as duas partes, operadoras e prestadores, se dá fundamentalmente através da adoção de regras gerais que devem constar nos contratos firmados – Lei nº 13.003. “Enquanto agência reguladora do setor, a ANS não estabelece tabelas de valores de remuneração, não havendo em sua legislação qualquer previsão ou regulação que defina ou determine valores a serem praticados pelo mercado. Cabe informar, porém, que a não vedação pela regulamentação setorial não impede a ação de outros órgãos e entidades no âmbito de suas atribuições”, esclareceu, em nota, a ANS.

O advogado recorda que a Constituição Federal assegura, através dos artigos 1º, 170 e 199 o direito das unidades hospitalares desenvolverem a sua própria negociação e relacionamento com o mercado, de modo a remunerar seus custos.

### Abre Aspas

“Esse órgão não estabeleceu qualquer critério para fixação de margens de comercialização, mas na verdade proibiu os estabelecimentos hospitalares de cobrarem qualquer remuneração sobre os medicamentos”.

# Fórum da AHERJ discute a gestão estratégica dos leitos hospitalares



Luiz Roberto Fonseca falou da sua experiência em gestão na saúde.

O cenário para o Brasil é de incertezas. No entanto, os momentos de turbulência são excelentes para os empresários fazerem uma gestão para construir pontes sobre águas turbulentas. “O interessante é que basta uma melhora no cenário para que toda a expertise que o empresário adquiriu na crise signifique melhores resultados em condições de normalidade”, orientou o diretor do Hospital Rio Grande, de Natal – RN, Luiz Roberto Fonseca, durante palestra no Fórum sobre Gestão Estratégica de Leitos Hospitalares, realizado no dia 20 de setembro, no auditório da AHERJ.

Moderado pela presidente da Sociedade de Hotelaria Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro, Flavia Favero, o evento teve como debatedores o vice-presidente do Sindicato de Hospitais e Casas de Saúde do Município do Rio

## Menor risco de sinistralidade

Ex-secretário de Saúde de Natal – RN, Luiz Roberto Fonseca reitera que o cenário mudou nos últimos anos também para os hospitais privados, tanto no âmbito da saúde



Diretoria da AHERJ e outros dirigentes da saúde.

de Janeiro (Sindhrio) Guilherme Jaccoud; o vice-presidente executivo da AHERJ, Marcus Camargo Quintella; o secretário geral Leonardo Barberes e o CEO do Grupo Assim, João Carlos Regado.

Marcus Camargo Quintella destacou que a sustentabilidade dos hospitais está centralizada na rotatividade do leito e na forma mais eficaz de aproveitá-lo. O vice-presidente executivo lembrou que a dívida tributária é outro desafio para a gestão hospitalar, pois 70% das unidades hospitalares possuem valores a pagar maiores que os seus patrimônios. Enquanto isso, Guilherme Jaccoud lembrou que os recursos são cada vez mais restritos. Por isso, elogia as novas soluções para manter o sistema funcionando, como é o caso da estratégia para a rotatividade dos leitos.

suplementar quanto no Sistema Único de Saúde (SUS). Na sua opinião, o que vai conduzir o mercado é a diluição do risco da sinistralidade entre todos os parceiros. “As opera-

doras e hospitais estão em lados opostos numa tentativa de enganar-se mutuamente. No entanto, todos os dois lados precisam do lucro para sobreviver. E, para isso, é preciso que a relação seja de “ganha-ganha” para que cada um perceba as necessidades do outro”, explicou o palestrante.

Na opinião do dirigente, as operadoras precisam entender que quando sacrificam a remuneração das unidades hospitalares causam enormes dificuldades financeiras. O resultado é, muitas vezes, o fechamento de unidades hospitalares. “Nesse caso, a operadora também sai perden-

do, pois diminui o leque para a prestação de serviços. E, quanto menor a oferta maior o preço ou diminuição da qualidade”.

Ainda no âmbito dos planos de saúde, Luiz Roberto Fonseca avalia que houve uma mudança conceitual de percepção sobre a necessidade de uma parceria com os hospitais, mas com total transparência. Por outro lado, acredita que os hospitais precisam entender a existência de uma margem finita das operadoras para suportar o repasse da inflação médica.

## Foco no atendimento ambulatorial



João Carlos Regado, Guilherme Jaccoud, Marcus Quintella e Leonardo Barberes.

“O cenário atual é de crise de sustentabilidade de todas as atividades empresariais do país, em particular no nosso Estado do Rio de Janeiro. Na área hospitalar é preciso ter foco no controle de custos, adequação de RH, padronização de materiais e medicamentos”, explicou o CEO do Grupo Assim, João Carlos Regado, destacando que ter unidade de atendimento ambulatorial de consulta e exames é uma parte importante do sucesso da gestão hospitalar. Para o executivo, são vários os benefícios de focar no atendimento ambulatorial: fidelização do cliente à sua rede, encaminhamento à internação quando necessária, avaliação da estrutura hospitalar mais adequada para o atendimento envolvendo qualidade, custo e benefícios, além de oferecer um percentual maior de lucratividade em relação ao paciente internado.

Na visão do diretor geral da Confederação Nacional da Santas Casas (CMB), José Luiz Spigolon, o cenário atual de sustentabilidade nos hospitais filantrópicos é de alto risco, pois o modelo de financiamento dos atendimentos prestados ao SUS está falido e sem atualização há décadas. “Atualmente os hospitais filantrópicos buscam reverter essa defasagem através de venda de serviços ao setor suplementar, serviços acessórios e captação de doações”, revela, afirmando que a mudança do modelo de financiamento, atrelando o perfil de cada hospital ao seu custo de prontidão e a atualização das tabelas com acompanhamento inflacionário, é base para um futuro com uma saúde de qualidade e abrangência.



## Novo modelo de remuneração

Ao dividir com os participantes do Fórum sua experiência como gestor no setor público e privado da saúde, o diretor do Hospital Rio Grande explicou que é preciso fugir do modelo atual de conta aberta, da aplicação dos indexadores existentes e de ter o lucro pautado na comercialização de OPME. Na sua opinião, o setor privado precisa pautar o desafio através do repasse de recursos em torno do repasse de recursos em torno de performance, diárias globais e pacotes, transferindo a

responsabilidade clínica do paciente para dentro do hospital. “É necessário que os hospitais se estruturarem, melhorem a qualidade dos seus corpos clínicos e invistam em planejamentos, procedimentos e protocolos padronizados, fluxos e equipes que tenham o entendimento desse momento”, acrescentando que as rotinas precisam ser estudadas do ponto de vista administrativo e vinculadas dentro das evidências médicas e que proporcionem um retorno financeiro para a instituição.

## Qualificação da equipe

O mais importante é investir na qualificação da equipe tendo em vista a necessidade da educação continuada, defendeu o palestrante ao abordar o tema sobre qualidade em saúde. “É preciso que todos entendam que a manutenção do seu emprego está relacionada à condição estrutural do hospital. A direção precisa também entender que no sistema capitalista é fundamental a remuneração por performance, vinculando a possibilidade de ganho em cima do que se produz”.

Na sua trajetória de gestor de um hospital privado, Luiz Roberto Fonseca considera a necessidade de oferecer outros atrativos, além da qualificação da equipe e da qualidade dos Serviços. “Precisamos ficar atentos também a uma mudança de comportamento do cliente, que procura uma experiência dentro do hospital, com serviços adicionais como wi-fi rápido, TV moderna e conforto para o acompanhante. “Se não estivermos atentos, em especial ao público privado, que paga caro para ter acesso ao conforto, vamos ficar no meio do caminho”.

## Modelo de Gestão integrada de leitos



“O que discutimos em nosso hospital é a quebra de paradigma – é preciso ter a posse ou o acesso? Para administrar os equipamentos de um hospital uma série de variáveis precisam ser mensuradas”, explica o ex-secretário de saúde de Natal, utilizando como exemplo o custo de uma UTI com 10 leitos, em torno de R\$ 2 milhões.

Como a partir do segundo ano de funcionamento haverá uma depreciação natural dos equipamentos, o gestor avalia que é um dinheiro expressivo que se aplica em imóveis e materiais, além do custo da manutenção da equipe e do leito vazio, caso ocorram problemas. Isso



muitas vezes não é mensurado, segundo sua avaliação. Por isso indica a experiência num modelo de gestão integrada de leitos através da terceirização dos serviços “Em nosso hospital temos testado esse modelo com sucesso. Ele transfere toda a problemática para a empresa contratada”.

Luiz Roberto explica, que na experiência acumulada no Hospital Rio Grande com esse novo processo, o equipamento, a capacitação da equipe, mudanças rotineiras de funcionários, a manutenção e os insumos são administrados por uma empresa especializada. Esse modelo também já foi testado, com sucesso, na administração do centro cirúrgico do hospital. “A transferência do risco para outra empresa representa um ótimo negócio, pois com um centro cirúrgico ou uma UTI com alta rotatividade o custo da locação da gestão dos equipamentos se paga com sobra”, acrescentando que nos contratos com as empresas, sempre coloca a garantia da existência de upgrades continuados, a normativa de backups, além da pronta substituição de equipamentos, sem que seja preciso investir numa quantidade maior de leitos para suprir os que ficam vazios. “O resultado é que o custo assistencial está sob controle com operação lucrativa e com preços de venda de planos de assistência médica muito atrativos para os nossos clientes e futuros clientes elevando nossas vendas com retenção de atuais clientes”, avalia.

O CEO do Grupo Assim, João Carlos Regado, explica que a estratégia para a gestão de leitos hospitalares é

o investimento maciço na verticalização e protocolo de conduta de doentes crônicos terminais e na atenção especial no protocolo de doentes cirúrgicos agudos com uso de OPME. “O resultado é que o custo assistencial está sob controle, com operação lucrativa e com preços de venda de planos de assistência médica muito atrativos para os nossos clientes”.

O executivo assinala que a gestão de equipamentos necessita de equipe de engenharia clínica eficiente e capaz para manter em perfeitas condições de funcionamento todos os equipamentos. “É preciso evitar quebras desnecessárias bem como padronização para aquisição de novos e substituição dos que estão em desgaste ou obsolescência”, explicou.

O diretor geral da CMB avalia que o modelo de gestão de leitos integrados já é uma prática adotada há muitos anos dentro dos grandes hospitais. Segundo sua avaliação, com a utilização dessa estratégia, as unidades hospitalares não são 'donas' dos leitos, e sim da gestão e regulação. “Os resultados da aplicação desta ferramenta é extremamente positivo. Já no ambiente público, é necessário a definição das redes, do perfil de cada hospital e, principalmente, do financiamento adequado”, explica, lembrando que não adianta regular o leito, aumentar o número assistencial se o financiamento público glosar esta conta no final do processo por ser um extra teto. “A implementação é necessária, mas precisa ser acompanhada por uma política de saúde sustentável”, concluiu.

## As vantagens em atender pelo SUS

Os hospitais precisam romper o preconceito em atender pelo Sistema Único de Saúde e verificar que podem obter enormes vantagens, além da responsabilidade social inerente à atividade de assistência à saúde da população. “É possível fazer uma medicina de excelente qualidade prestando serviços ao SUS e ter resultados financeiros satisfatórios. No entanto, é necessária uma visão estratégica e o cuidado para fazer um estudo administrativo e trabalhar com uma equipe fechada que entenda que o propósito deve ser pautado em evidên-

cias médicas, racionalização dos custos, parcerias fortes com prestadores e fornecedores”.

Entre as vantagens em atender ao SUS, o executivo considera que é possível conseguir uma relação diferenciada de tratamento nas opções de financiamento e também na avaliação dos órgãos de controle externo que tutelam os hospitais. “Existe uma outra vantagem, muito pouco identificada, que é aproveitar a boa imagem junto à população pela prestação de serviços ao SUS, além de um resultado financeiro legítimo de lucro”.

### Abre Aspas

“O que vai conduzir o mercado é a diluição do risco da sinistralidade entre todos os parceiros”.

# Remuneração de hospitais foi tema de Fórum no Rio



O presidente da AHERJ, Mansur José Mansur, fez um histórico das formas de remuneração.

Em parceria com a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a AHERJ realizou, no último dia 4 de outubro, o I Fórum sobre Remuneração de Hospitais e Clínicas com o tema “Realidades e Perspectivas”. O presidente da AHERJ e diretor da FBH, Mansur José Mansur, iniciou o evento fazendo um levantamento histórico de como eram as formas de pagamento de prestadores de serviços de saúde antes e depois da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, apresentou uma análise sistemática dos processos através das tabelas de procedi-

mentos e guias de autorização de interações hospitalares.

A partir da implementação do SUS, Mansur José Mansur lembrou que houve a transferência de gestão para os municípios, reduzindo recursos e prejudicando diretamente os hospitais e clínicas conveniadas. “O modelo proposto para Saúde Suplementar incorre nos mesmos erros e coloca em risco a qualidade e a segurança dos serviços de saúde”, destacou. Em seguida, o diretor de convênios da AHERJ e representante da FBH jun-

to à ANS, Roberto Vellasco, apresentou uma análise dos relatórios sobre normas e resoluções que vêm sendo discutidas nos últimos anos e que, na sua opinião, prejudicam diretamente os prestadores de serviços.

Ao final do evento o secretário-geral da AHERJ, Leonardo Barberes, alertou para os riscos que o modelo proposto representa para o setor privado, principalmente para os hospitais e clínicas pequenas, que terão que adotar novos modelos de gestão que permitam garantir a sustentabilidade.

O gestor hospitalar poderá enfrentar complicações jurídicas se não estiver atento aos critérios que serão adotados para garantir que as operadoras realmente assumam o pagamento de procedimentos essenciais para o usuário, destacou o diretor jurídico da AHERJ, Guaracy Bastos. “Esses critérios serão aplicados de forma complementar ao serviço executado pelo prestador do serviço, uma vez que a nova proposta será de um fixo mensal com base nos preços praticados no ano anterior”, finalizou o advogado.

## AHERJ e FBH apoiam encontro de hotelaria hospitalar

A Sociedade de Hotelaria Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro, realizou o Encontro Carioca de Hotelaria Hospitalar, no dia 5 de outubro, no auditório da Fecomércio. O objetivo foi promover maior intercâmbio e a troca de experiências no âmbito hospitalar.

O evento contou com o apoio da AHERJ, Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e também da Sociedade Brasileira de Hotelaria Hospitalar, Fecomércio e da Sociedade Latino Americana de Hotelaria Hospitalar, reunindo gestores e representantes de todo o Estado do Rio de Janeiro.

A presidente da Sociedade de Hotelaria Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro, Flávia Fávero agradeceu o importante apoio e parceria da AHERJ e da FBH, que muito tem contribuído para o aprimoramento profissional e o estabelecimento de propostas recíprocas em prol da qualidade, segurança e sustentabilidade do setor.

O secretário-geral da AHERJ e representante da FBH, Leonardo Barberes, destacou a importância do encontro para se aprofundar o cuidar e a humanização do processo assistencial, muito além dos protocolos regulatórios estabelecidos.

## Equiparação hospitalar e a redução tributária



Ponto de destaque para as empresas envolvidas com serviço de saúde é a equiparação hospitalar que pode trazer muitas benesses de ordem tributária.

Isso porque, há anos, após as alterações na Lei nº 9.249/95, o entendimento sobre o tema da equiparação hospitalar restou pacificado nos Tribunais de todo o país.

Seguindo orientação do Supremo Tribunal Federal, todo serviço prestado por clínicas médicas, serviços odontológicos, laboratoriais, fisioterapêuticos e de diagnóstico são beneficiados pela equiparação a serviço hospitalar.

Salienta-se, por oportuno que não há a necessidade de haver uma estrutura hospitalar própria. Caso fosse assim, milhares de contribuintes não seriam beneficiados. Desde que haja local apropriado para as atividades relacionadas acima, é possível o beneficiamento.

O ponto alto é que a economia tributária gerada equivale a cerca de 5% do faturamento dessas empresas e em se tratando de redução de tributo já estável na jurisprudência, certo é o benefício pretendido pelos contribuintes.

**Guaracy Bastos**  
Diretor do departamento jurídico da AHERJ

## Novas fraldas e toalhas Bem estar®

A solução eficaz e segura para quem sofre de incontinência urinária.



**Conforto** por manter a pele seca e saudável.



**Praticidade** com exclusiva faixa frontal e fechamento ajustável.

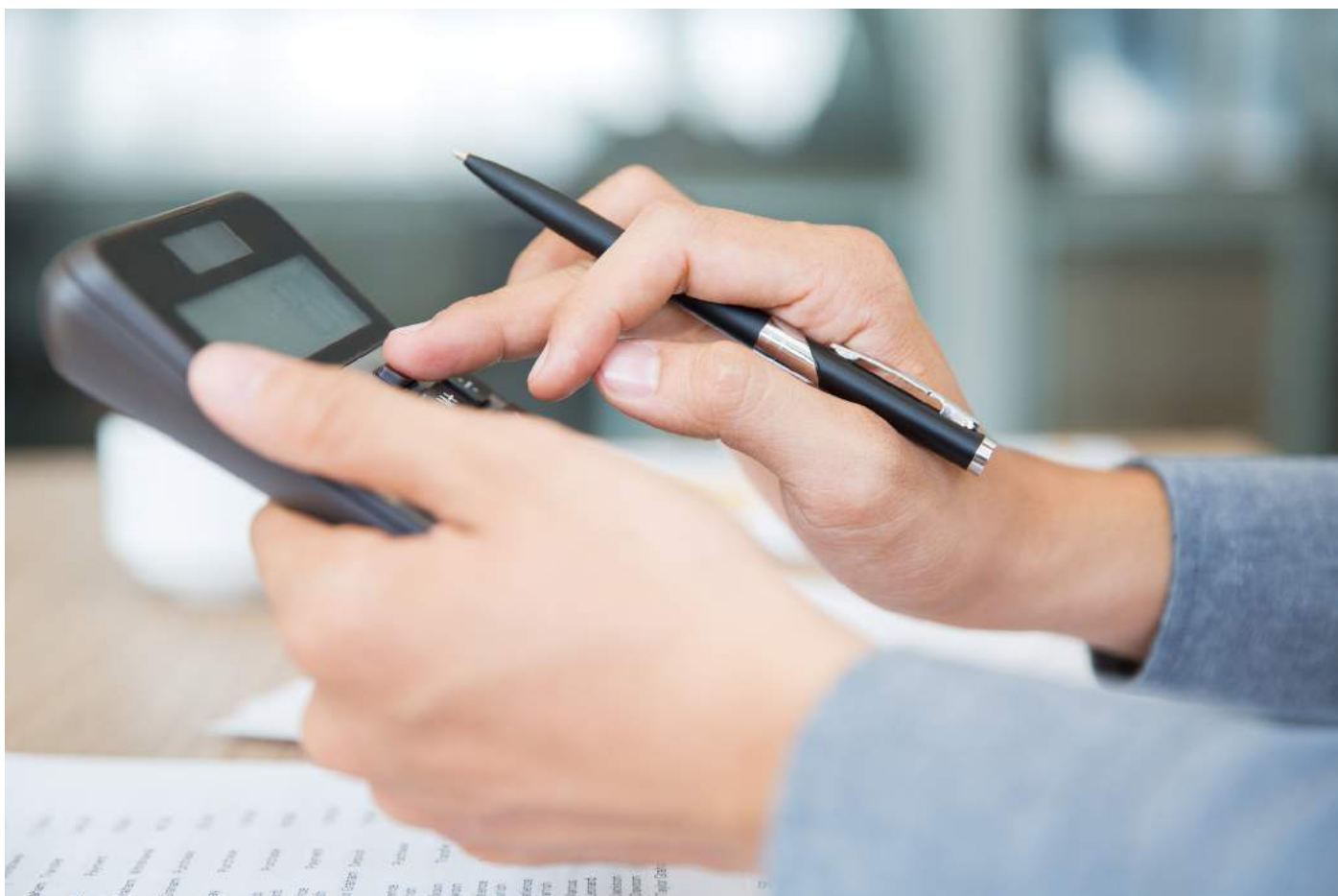


**Segurança** garantida pela tecnologia japonesa com maior poder de absorção.





# Renegociação para dissecar a conta hospitalar



Muito se tem falado nos últimos meses sobre novas formas de remuneração hospitalar. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vem apontando diversos modelos que podem ser implantados pelo mercado. A iniciativa, na maioria das vezes, é dos planos de saúde, que buscam maior previsibilidade dos custos assistenciais.

É certo que o *fee for service*, que nada mais é que a cobrança por cada serviço prestado, está com seus dias contados. Mas, qual sistema escolher? De que maneira saberemos que não serão inviabilizados ao longo do tempo por precificação inadequada dos serviços? Como avaliar o impacto destas novas formas de remuneração em nossas receitas? Como afastar o medo na negociação de pacotes?

São questões importantes que para respondermos precisamos entender muito bem como se dá a composição

das contas hospitalares, um sistema de repasse financeiro às instituições, públicas e privadas, no qual, seguindo regras pré-estabelecidas, definimos valores para os procedimentos realizados.

No modelo atual, a conta hospitalar é composta por pelo menos cinco grupos de insumos, sendo que para cada um destes grupos existe uma correspondente.

Os serviços hospitalares têm seus valores comerciais de referência definidos, que procuram abranger a maior parte do universo hospitalar, tais como diárias, taxas, alugueis de equipamentos e gases.

Os honorários médicos têm sua remuneração calçada na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM. Valores de medicamentos são listados no Brasíndice, que é um guia farmacêutico indi-



cadador de pesquisa de preços de medicamentos, soluções parenterais e materiais hospitalares.

Os materiais hospitalares, sejam descartáveis ou implantáveis, têm na Simpro o maior referencial de preços. E, para tornar este universo ainda mais intrincado, cada uma destas formas tem suas peculiaridades, com diferentes maneiras de composição, precificação e atualização, estabelecidas, na maioria das vezes, pelo segmento no qual se inserem.

Para se ter uma ideia de como o acompanhamento destes referenciais é complexo, a CBHPM, por exemplo, tem cinco edições, com inclusões, exclusões e alterações de procedimentos e portes em cada uma delas, além da atualização dos valores dos portes e da UCO no mês de outubro de cada ano com base na variação do IPCA. A CBHPM também admite uma variação de 20%, para mais ou para menos, tanto no porte, quanto na UCO, de acordo com a negociação regional entre tomadores e prestadores de serviços.

No Rio de Janeiro boa parte dos contratantes ainda adota como padrão de remuneração a CBHPM 5ª edição, com valores dos portes de 2008 e banda redutora de 20%, o que representa uma defasagem de 30% a 50% na remuneração dos médicos que trabalham em nossas Instituições. Essa prática também permite uma enorme variação nos valores pagos entre os prestadores, conforme o poder de negociação de cada parte.

Para os medicamentos, a comercialização com base no preço de fábrica publicado pelo Brasíndice tem representado uma grave ameaça, principalmente quando se trata de medicamentos de uso exclusivo hospitalar. Como o pagamento da fatura é feita pelo somatório de todos os insumos, a tributação, que oscila de 18% a 30%, conforme o local onde o serviço é prestado, incide sobre o total da conta. Então, não é possível aceitar negociações que prevejam margem de 15% sobre o preço de fábrica, pois a conta não fecha.

O mesmo acontece na cobrança de materiais, já que

o mercado adota como prática uma banda de 20%, positiva ou negativa. Outra preocupação são as negociações de pacotes com materiais e medicamentos importados, onde a variação do dólar pode impactar negativamente no custeio dos procedimentos envolvidos. Isto sem falar no movimento de fornecedores que estão optando por não mais publicar seus preços nos guias tradicionais, deixando os hospitais sem referência para a cobrança dos itens utilizados, o que pode resultar no aumento das glosas.

E quando se trata de serviços hospitalares propriamente ditos é preciso ter muito cuidado. A rigor deveriam ser remunerados todos os investimentos feitos na estrutura hospitalar e custos (fixos e variáveis) envolvidos na prestação da assistência. Antes de definir estes valores, é preciso entender o que um determinado item deve remunerar. Para isso, é indispensável conhecer o setor ao qual se destina, o custo de aquisição, manutenção e depreciação de equipamentos e materiais, profissionais necessários para seu funcionamento e frequência de utilização, dentre outros aspectos, para precificar corretamente.

Em razão desse emaranhado de regras, os hospitais devem contar com uma equipe profissional focada no acompanhamento e negociação destes parâmetros de remuneração, para garantir condições comerciais que custeiem adequadamente os serviços prestados.

Do lado das operadoras, acredito que deve prevalecer o bom senso, já que o achatamento dos valores pagos e o consequente estrangulamento financeiro dos prestadores empurra em duas direções: para a verticalização, o que pode ser muito mais oneroso e não garante maior qualidade dos serviços, ou para o precipício dos grandes grupos hospitalares, cujos custos finais estão muito acima do que pode ser suportado pelos beneficiários e pelas empresas que compram planos para seus colaboradores.

**Graccho Alvim**  
*Diretor de Atividades Culturais da AHERJ*

## Abre Aspas

“Deveriam ser remunerados todos os investimentos feitos na estrutura hospitalar e custos envolvidos na prestação da assistência médica”.

# A retomada da humanização no ambiente médico-hospitalar

Entrevista

**Renato Battaglia**

Médico e advogado

**“Um médico experiente, que ouve o paciente adequadamente, já terá 90% de chance de fazer o diagnóstico correto”**



A prática médica atual vem sendo muito criticada, especialmente naquilo que se chama “relação médico-paciente”. “Há uma inegável percepção, entre as pessoas, de que os médicos de hoje atendem muito rapidamente e pouco ouvem seus pacientes”, afirma o advogado e médico.

Presidente da Comissão de Bioética da OAB/RJ, Renato Battaglia explica que os pacientes se sentem, de modo geral, desassistidos e os estudiosos do atuar médico perceberam esta realidade. “A partir daí, começaram a surgir livros e artigos científicos pontuando a importância de se ouvir o paciente, valorizar sua narrativa”, explicou.

Nesta entrevista ao Correio Hospitalar, Renato Battaglia comentou a dificuldade do médico restabelecer a relação saudável com o paciente, a pressão pela redução do tempo da consulta, os riscos para acentuar os processos por erro médico, as deficiências que existem no currículo médico e um histórico dos momentos em que aconteceu o distanciamento do profissional com o paciente. Para finalizar, recomendou a implantação de políticas adequadas nos hospitais através da educação e treinamento para cuidar também dos profissionais de saúde.

## Cenário atual na relação médico-paciente

“No setor público o cenário é de extrema desconfiança por parte do paciente. No privado a desconfiança é um pouco menor. Até porque o paciente faz uma pesquisa antes de escolher um médico “privado”. Ele busca indicações entre pessoas de sua confiança. O paciente já chega para a consulta com uma postura bem diferente da que víamos há 15 ou 20 anos, “querendo confiar, mas desconfiando”. Antes da consulta, ele já pesquisou na Internet tudo sobre o médico e, principalmente, sobre seus sinais e sintomas. O paciente acha que já sabe

qual seu quadro clínico, sua patologia, quais exames o médico certamente pedirá e até mesmo o que o doutor deverá prescrever. O paciente hoje contesta o médico com naturalidade e não mais aceita passivamente o que este lhe diz”.

### Armadilha do tempo de consulta

Com atitudes iniciais que demonstrem empatia, escuta ativa, consideração, por exemplo, é preciso restabelecer a confiança mútua. Há trabalhos publicados que demonstram que, na consulta inicial, o médico interrompe o relato do paciente em média aos 16 segundos. Pressionado por péssima remuneração paga pelo plano de saúde, o médico cai na armadilha de encurtar o tempo de consulta. Aí, ele quer dirigir a anamnese para tentar chegar ao diagnóstico no menor tempo possível. Esquecemos da famosa frase de William Osler: “Ouça o teu paciente: ele está te contando o diagnóstico!” Perceba que falei em confiança mútua. Se, eu médico, não sentir confiança em meu paciente, não posso ser médico dele. Sempre digo ao paciente que “se você não segue minhas orientações, não posso ser seu médico, não posso me responsabilizar por você!”

### O momento da ruptura

“Com a descoberta da anestesia no século 19, tivemos uma grande ruptura. A partir dela, o médico já não precisava explicar detalhes do procedimento que seria feito. Bastava dizer ao paciente: “não se preocupe, quando você acordar, tudo estará resolvido e você não sentirá dor alguma”. Ou seja: no “melhor benefício do paciente”, o médico passou a omitir informação, sempre que julgou que a revelação traria mais mal do que bem”. Outra grande ruptura surge de 50 anos para cá. O paciente tem cada vez mais

informação, autonomia e sai de uma postura francamente passiva de receptor de informações, para questionador. São os novos tempos da Declaração dos Direitos do Homem, da bioética, das noções de Cidadania, de Direito à Informação. Surge com força a judicialização, com leis e códigos que buscam estabelecer um equilíbrio, entre o lado mais “fraco” (paciente com pouco conhecimento) e o lado mais “forte” (médico com muito conhecimento). Lamentavelmente, a vida moderna deslocou o eixo de decisões: o que deveria ser decidido consensualmente no consultório, passou a ser decidido litigiosamente no tribunal”.

### Os riscos para o erro médico

“Os riscos são enormes. Um médico experiente, que ouve o paciente adequadamente, já terá 80 a 95% de chance de fazer o diagnóstico correto, apenas com a anamnese. O exame físico servirá quase que só para confirmar a hipótese principal e os exames complementares comprovarão o pensamento inicial. Quanto aos processos (no Cremerj ou na Justiça), com certeza o distanciamento gera riscos aumentados. Há trabalhos publicados que confirmam que quando a relação médico-paciente é boa, diante de erro de pequena gravidade, o paciente e sua família não processam o médico; ao contrário, quando a relação é ruim, ao menor indício de erro o médico é processado. Na imensa maioria dos processos, o que se vê é uma grande falha de comunicação inicial, o que levou a uma má relação médico-paciente”.

### Formação do médico distante da realidade

“Sem dúvida a formação do médico de hoje está distante da real necessidade, está longe do ideal. Creio que as entida-

des médicas, Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Academia Nacional de Medicina deveriam ter um papel preponderante na determinação do currículo médico, com critérios técnicos e objetivos e encaminhar para a sanção, seja pelo legislativo, ou executivo. No entanto, vemos que o Estado decide o que quer (via MEC ou CNRM) e impõe sua vontade. Creio que muito da tragédia da saúde pública e da educação pública do Brasil se deve a isto: na nossa história, desde sempre, quem manda não detém conhecimento para fazê-lo.

### Incentivo dos hospitais à humanização

“Através da implantação de políticas adequadas, muita educação e treinamento. O lado bom disto tudo é que temos cada vez mais consciência da importância da implantação de políticas/programas de humanização do atendimento e de segurança do paciente. As ouvidorias são uma realidade e estamos agora iniciando um projeto-piloto (algo realmente novo e diferente) que será em breve anunciado: deverá ser um passo adiante nesta seara de humanização, segurança e direitos do paciente. Mas, cabe uma ressalva: o que há de mais importante num hospital não é a infraestrutura maravilhosa, nem a assombrosa tecnologia instalada e... nem o paciente! Mais importante do que tudo isto, são as pessoas que nele trabalham! Falamos muito em cuidar do paciente; precisamos falar de cuidar do profissional de saúde, precisamos também pensar em cuidar do cuidador. Pessoas felizes, fazem um trabalho fantástico. Pessoas treinadas, motivadas, respeitadas, valorizadas, que têm autonomia, que são instigadas a fazer sempre mais e melhor e que recebem o devido reconhecimento pela excelência do trabalho que fazem, transformam o hospital, transformam tudo e fazem o mundo ficar melhor”.

## Abre Aspas

“Falamos muito em cuidar do paciente; precisamos também falar de cuidar do profissional de Saúde, precisamos também pensar em cuidar do cuidador”.



O MUNDO ENSINA AS CRIANÇAS.  
DEVERÍAMOS APRENDER COM ELAS TAMBÉM.

nave

ANS - nº 309222

Quer viver mais? viva mais. Simples, assim.

SAÚDE  
**ASSIM**

VIVA MAIS

LIGUE PRA SUA SAÚDE: 21 2102 9797 | 21 2102 9787  
WWW.ASSIM.COM.BR