OSCAR ARTUR DE OLIVEIRA PASSOS

**A AUDITORIA DE CONTAS MÉDICAS COMO FERRAMENTA DE
APOIO À GESTÃO DOS RECURSOS DO PB HOTEL**

“O papel do Gestor de Saúde como facilitador das relações entre as Organizações Hospitalares do Sistema de Saúde da Marinha e as Organizações de Saúde Extra-Marinha (OSE).”

Rio de Janeiro

2013

OSCAR ARTUR DE OLIVEIRA PASSOS

**A AUDITORIA DE CONTAS MÉDICAS COMO FERRAMENTA DE
APOIO À GESTÃO DOS RECURSOS DO PB HOTEL**

“O papel do Gestor de Saúde como facilitador das relações entre as Organizações Hospitalares do Sistema de Saúde da Marinha e as Organizações de Saúde Extra-Marinha (OSE).”

Monografia apresentada ao Instituto
COPPEAD da Universidade Federal do
Rio de Janeiro, como requisito parcial
para a conclusão do Curso de
Especialização em Gestão Internacional.

Orientador: CMG (IM-RM1) Cesar Reis
Abrantes Filho

Rio de Janeiro

Escola de Guerra Naval

2013

Aos meus pais, à minha esposa Patrícia e ao meu filho Igor, pela infinita compreensão e carinhosa paciência, quando a leitura e o computador roubavam preciosos espaços de nosso escasso tempo.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos da Diretoria de Saúde da Marinha.

Ao meu orientador, Capitão-de-Mar-e-Guerra (IM-RM1) Cesar Reis Abrantes Filho, pelas construtivas sugestões, gentileza, disponibilidade e atenção com que sempre me atendeu e pela efetiva colaboração durante todas as fases de elaboração desta Monografia.

A todos que de alguma forma possibilitaram a concretização deste projeto.

RESUMO

Os dispêndios com a terceirização dos serviços médico-hospitalares pelo Sistema de Saúde da Marinha vêm crescendo progressivamente. A Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), como órgão encarregado de planejar, organizar, coordenar e controlar as atividades técnicas e gerenciais de saúde na Marinha do Brasil identifica a Auditoria de Contas Médicas como instrumento de controle da qualidade ofertada pelos serviços credenciados e de monitorização de controle de custos.

Este trabalho tem por objetivo propor aos gestores de saúde do Sistema a adoção de medidas que fortaleçam as ações de Auditoria de Contas Médicas a serem postas em execução nas Organizações Hospitalares da Marinha (OMH), com o propósito de aprimorar as relações com as instituições credenciadas. Com este escopo, a Auditoria de Contas Médicas deve ser entendida e utilizada como ferramenta gerencial.

Utilizando a metodologia de uma pesquisa-ação e uma abordagem qualitativa, o presente trabalho respaldou-se nos seguintes instrumentos didáticos: levantamento de literatura sobre o tema, na área de saúde, levando-se em conta o elemento pertinência; entrevistas não estruturadas com pessoas em atividades de Gestão em Saúde na Marinha do Brasil (DSM) e extra-Marinha (Unimed e Golden Cross) e análise crítica das opiniões obtidas por intermédio das entrevistas com os balizamentos teóricos citados na pesquisa.

Palavras Chave: terceirização; qualidade; controle de custos; auditoria de contas médicas; ferramenta gerencial; Diretoria de Saúde da Marinha.

ABSTRACT

The expenses of the outsourcing of the physician and hospital services by the Navy Health System have been increasing gradually. The Navy Health Board (DSM – Diretoria de Saúde da Marinha), which is the institution responsible for planning, organizing, coordinating, and controlling the technical and managerial activities concerning health in the Brazilian Navy, sees the Medical Bills Audit as a quality control tool of the accredited services and as cost control monitoring.

This paper aims at proposing to the health managers of the System the adoption of steps that would empower the actions of the Medical Bills Audit to be implemented in the Navy Hospital Organizations - Organizações Hospitalares da Marinha (OMH), thus improving its relationships with the accredited institutions. Within this scope, the Medical Bills Audit should be understood and used as a managerial tool.

Key Words: outsourcing; quality; cost control; medical bills audit; managerial tool; Navy Health Board.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	-	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AJU	-	Advocacia Geral da União
AMH	-	Assistência Médico-Hospitalar
ANS	-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CCIMAR	-	Centro de Controle Interno da Marinha
CFM	-	Conselho Federal de Medicina
CG	-	Conselho de Gestão
CISSEA	-	Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas
CJU	-	Consultoria Jurídica da União
CM	-	Comandante da Marinha
CMAM	-	Centro Médico Assistencial da Marinha
CNS	-	Conferência Nacional de Saúde
C-PEM	-	Curso de Política e Estratégia Marítimas
CRM	-	Conselho Regional de Medicina
CVM	-	Comissão de Valores Mobiliários
DCoM	-	Diretoria de Contas da Marinha
DENASUS	-	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DFM	-	Diretoria de Finanças da Marinha
DGPM	-	Diretoria-Geral de Pessoal da Marinha
DSM	-	Diretoria de Saúde da Marinha
FC	-	Fator de Custo
FCAMH	-	Fator de Custo - Atendimento Médico-Hospitalar
FUSMA	-	Fundo de Saúde da Marinha

GCM	-	Gabinete do Comandante da Marinha
GESPÚBLICA	-	Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização
HNMD	-	Hospital Naval Marcílio Dias
IMH	-	Indenização Médico-Hospitalar
INAMPS	-	Instituto de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
MB	-	Marinha do Brasil
OCM	-	Odontoclínica Central da Marinha
OM	-	Organização Militar
OMFM	-	Organizações Militares com Facilidades Médicas
OMH	-	Organizações Militares Hospitalares
OSE	-	Organizações de Saúde Extra-Marinha
OTE	-	Órgãos Técnicos Executores
PB-HOTEL	-	Plano Básico HOTEL
PMAR	-	Plano de Metas e Avaliação de Resultados
SADE	-	Sistema de Acompanhamento de Dívidas e medidas de Economia
SAMA	-	Serviço de Auditoria da Marinha
SGM	-	Secretaria-Geral da Marinha
SNA	-	Sistema Nacional de Auditoria
SSM	-	Sistema de Saúde da Marinha
SUS	-	Sistema único de Saúde
TCU	-	Tribunal de Contas da União
UISM	-	Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha
USM	-	Unidades de Serviços Médicos
UTI	-	Unidades de Tratamento Intensivo
VISITEC	-	Visita Técnica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Tema	12
1.2	Justificativa	13
1.3	Objetivos	14
1.4	Referencial teórico	15
1.5	Metodologia	16
2	UMA AMBIÊNCIA ESTRATÉGICA	17
2.1	O Sistema de Saúde no Brasil	17
2.1.1	Principais atores e interesses	22
2.1.2	Mercantilização da saúde	25
2.1.3	Custos em saúde	26
2.2	O Sistema de Saúde da Marinha (SSM)	29
2.2.1	Fonte de recursos – Plano Básico HOTEL (PB-HOTEL)	31
3	A AUDITORIA	36
3.1	Breve histórico	36
3.2	A auditoria médica	38
3.3	A auditoria médica na MB	42
3.4	Condicionantes legais do Sistema de Auditoria de Contas Médicas	49
3.4.1	No Brasil	49
3.4.2	Na MB	57
3.5	Agregando valor ao ciclo de atendimento do paciente	63
4	PROPONDO AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS PELO GESTOR	68

4.1	Nas OMH e nas OMFH.....	69
4.1.1	O Serviço de Auditoria de Contas Médicas	71
4.1.2	O Setor de Licitações e Acordos Administrativos	72
4.1.3	Mapeando processos	73
4.1.4	Estabelecendo uma parceria com o usuário do Sistema.....	75
4.1.5	O Conselho de Gestão (CG).....	77
4.2	Preenchendo o vácuo estratégico com a DSM.....	78
5	CONCLUSÃO	81
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE	89

1. INTRODUÇÃO

“Escolha sempre o caminho que pareça o melhor, mesmo que seja o mais difícil; o hábito brevemente o tornará fácil e agradável.”

(Pitágoras)

O mercado de prestação de serviços de saúde vem se tornando cada vez mais complexo com a participação de vários atores cujos verdadeiros interesses apresentam-se, por vezes, de forma velada e tendo como objetivo o lucro financeiro.

Por outro lado, o custo da saúde vem aumentando em caráter exponencial. Na medicina, o surgimento de novas tecnologias, normalmente, não substitui as existentes, mas somam-se a elas. Assim, novos custos vão sendo agregados.

A vertente assistencial do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) apresenta como características a alta capilaridade¹, a descentralização, a hierarquização e a integração de suas ações. Atende aos seus usuários em todo Território Nacional e, ainda, apoia seu pessoal em missão no exterior.

Para atender adequadamente às crescentes demandas necessita firmar acordos administrativos com entidades prestadoras de serviços médicos, hospitalares, odontológicos e de outras áreas de saúde extra-marinha.

Nos últimos anos os gastos com esta prática vêm crescendo de forma marcante. Como consequência, os mecanismos de regulação, controle e avaliação da efetividade assumem relevância na macro gestão do sistema. Mais do que simples executores da auditoria contábil das contas médicas provenientes da rede credenciada, os serviços de Auditoria de Contas Médicas se apresentam como ferramentas gerenciais

¹ presença na maior área territorial possível.

que devem ser utilizadas no processo de tomada de decisão para a estruturação da rede credenciada nas diferentes áreas de abrangência do sistema, na escolha das estratégias para as parcerias a serem firmadas e na aplicação racional dos recursos financeiros disponibilizados para este propósito. Logicamente, há outros mecanismos de obtenção de eficácia administrativa que não se relacionam com a disponibilidade de recursos financeiros e, também aqui, o gestor pode se valer de sua Equipe de Auditoria para viabilizá-los.

O presente trabalho é destinado às pessoas que lidam com a Gestão de Saúde. O foco é chamar a atenção deles para o fato de serem a interface do sistema com a rede credenciada e, como tal, deverem estar atentos e atualizados quanto às variáveis do mercado de saúde e aptos para conduzir as relações com os prestadores de serviços médico-hospitalares. Ele pode ser dividido em três grandes partes: a primeira, onde o leitor é apresentado ao contexto da saúde no País e como se organiza a assistência de saúde na Marinha; a segunda, que desenvolve o tema da atividade de auditoria na área de saúde no Brasil e na Força, relacionando-as com suas condicionantes legais e, a terceira parte, em que são elencadas², discutidas e propostas ações gerenciais, de cunho prático, que podem ser conduzidas nas organizações, com o intuito de aperfeiçoar estas relações.

1.1 Tema

Os gestores da área de saúde, no trabalho entendidos como os Diretores e Vice-Diretores das OMH, em consonância com as orientações emanadas pela DSM, devem valorizar a Auditoria de Contas Médicas na sua administração.

² Listar, anunciar em ordenação cronológica.

Na Política Assistencial para o SSM eficiência é definida como a utilização adequada dos recursos para atendimento das necessidades de saúde buscando chegar aos melhores resultados.

Um olhar mais atento por parte dos Diretores das organizações de saúde para a Auditoria de Contas Médicas, no intuito de melhor conhecer tal processo, atribuindo-lhe o devido peso, pode transformá-la em importante ferramenta administrativa.

Pode-se explicitar o tema com uma única frase interrogativa, que sintetiza as ideias a serem apresentadas: **“Que postura estratégica e ações decorrentes devem ser adotadas, em consonância com a Política Assistencial para o SSM, para tornar a atividade de Auditoria de Contas Médicas, ferramenta gerencial otimizadora da aplicação de recursos na prestação de assistência médico-hospitalar aos usuários do SSM, visando à efetividade destes serviços?”**.

1.2 Justificativa

No desempenho pessoal profissional e administrativo, o autor constatou a necessidade do gestor alinhar as orientações emanadas pela DSM às ações desenvolvidas nas Organizações Militares Hospitalares (OMH).

Atualmente, um dos principais objetivos da DSM é verticalizar o processo de atenção de saúde, isto é, capacitar a rede própria a atuar em todos os eixos de atenção (Prevenção e Promoção de saúde, Atenção básica e Atenção especializada). Para isto, a MB vem assegurando aporte de recursos financeiros, investindo em capacitação de pessoal, aquisição de aparelhagem moderna e construção de novas unidades de saúde.

No entanto, despesas com a assistência médico-hospitalar aos nossos usuários envolvendo a utilização de Organizações de Saúde Extra-Marinha (OSE) – qualquer organização de saúde não pertencente ao SSM – em todo o Território Nacional vêm aumentando e tornando-se um grande desafio à gestão. É necessário identificar, mensurar, reportar e analisar as informações a respeito deste evento econômico das OMH e que acontece, também, nas Organizações Militares com Facilidades Médicas (OMFM) – qualquer OM da MB responsável pela administração da prestação de assistência médico-hospitalar em sua respectiva área de abrangência, detentora de crédito específico - comandadas por pessoal não relacionado à área de saúde, e que necessitam de apoio diuturno das OMH.

É fundamental o engajamento da Direção frente às suas organizações no estabelecimento de parcerias estratégicas com as OSE, orientadas pela transparência de sua regulamentação, adequada caracterização da gama de serviços prestados, foco geográfico de escopo de mercado e na agregação de valor para o usuário.

As ações propostas neste trabalho poderão gerar economia na utilização dos recursos financeiros destinados à assistência médico-hospitalar, aumentar a eficiência administrativa das unidades hospitalares e principalmente, ofertar serviços de melhor qualidade para o usuário.

1.3 Objetivos

Pretende-se, ao longo da leitura deste trabalho, atingir os seguintes objetivos:

- Apresentar a ambiência estratégica (circunstâncias) do setor de prestação de serviços médico-hospitalares no Brasil e na MB;

- Delimitar os principais marcos históricos da auditoria médica no Brasil e na Marinha;
- Analisar o Plano Básico “Hotel” em sua composição e forma de aplicação;
- Analisar as principais condicionantes que regulam a atividade de Auditoria de Contas Médicas no Brasil e na Marinha; e
- Propor às Direções das OMH a sistematização de medidas que fortaleçam as ações de Auditoria de Contas Médicas a serem postas em execução nas organizações hospitalares, com o propósito de aprimorar as relações com as OSE e padronizar tais ações no âmbito do SSM.

1.4 Referencial Teórico

A proposta do presente trabalho fundamenta-se:

Na Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha - 2009, que apresenta as diretrizes para a atividade assistencial em cada um dos seus três principais eixos de atenção. A ferramenta de acompanhamento da Política estabelecida é o Plano de Metas e Avaliação de Resultados (PMAR) e que irá utilizar-se do Sistema Informatizado de Gestão de Saúde da MB, o que possibilitará uma visão integrada dos processos organizacionais e o controle dos resultados da Instituição na área de saúde.

Na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde³ (SUS) no tocante às ações desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Auditoria (DENASUS), componente federal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

³ conjunto organizado de serviços e ações de saúde, composto pelas organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim.

No livro *Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos* - de Michael E. Porter e Elisabeth Olmstead Tersberg (2009), ambos professores da *Harvard Business School*. Nele, são propostas estratégias para melhorar a qualidade e a redução de custos em sistemas de saúde, destacando a agregação de valor para o paciente.

1.5 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa-ação, uma vez que “além de auxiliar na compreensão do tema, visa intervir nas situações, com vistas a modificá-la” (SEVERINO, 2007) direcionando-se por meio da abordagem qualitativa e que se apoiou nos seguintes instrumentos didáticos:

- Levantamento de literatura sobre o tema, na área de saúde, levando-se em conta o elemento pertinência;
- Entrevistas não estruturadas com pessoas em atividades de Gestão em Saúde na MB (DSM) e extra-Marinha (Unimed e Golden Cross); e
- Análise crítica das opiniões obtidas por intermédio das entrevistas com os balizamentos teóricos citados na pesquisa.

2. UMA AMBIÊNCIA ESTRATÉGICA

O presente capítulo apresentará o contexto em que o SSM opera, caracterizando a assistência à saúde no Brasil, os seus principais atores, os interesses envolvidos e os mecanismos regulatórios existentes.

Além disso, discorrerá sobre os principais fatores relacionados ao alto custo da prestação de atendimento médico-hospitalar aos brasileiros, assim como a inserção destes elementos na gestão do Sistema.

2.1 O Sistema de Saúde no Brasil

Conforme Elias e Viana (2011), qualquer sistema de saúde tem por objetivo garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos. Possui, como componentes essenciais, as estruturas assistenciais, que devem operar em rede de serviços (consultórios, ambulatórios, hospitais, laboratórios clínicos, serviços como o de radiologia etc.) e as estruturas de integração e regulação do sistema (planejamento, informação, controle e avaliação).

No Brasil, a atenção à saúde organizou-se a partir da segunda década do século XX, com o cunho inicial de proteção social. Foram criadas as Caixas de Pensão e Aposentadoria que garantiam a assistência médica aos seus contribuintes (ELIAS;VIANA, 2011).

Na década de 40, segundo os mesmos autores, foram estabelecidas para os funcionários públicos da União, em alguns Estados da Federação, as primeiras modalidades de assistência médica suplementar, também denominadas de sistema de

saúde privado, cujo principal diferencial era o pagamento por parte do usuário, seja por desembolso direto ou para planos de saúde. A primeira empresa de medicina de grupo surgiu nos anos 50, para prestar serviços aos funcionários da Volkswagen, que se instalava à época, em São Bernardo do Campo, São Paulo.

Resumidamente, as empresas do setor público investiam recursos próprios e de seus empregados para financiar a assistência de saúde. Com a criação das empresas estatais, a assistência médica foi incluída como direito, na forma de benefício, sem ônus para seus funcionários (ELIAS;VIANA, 2011).

Durante as décadas de 50 e 60, surgiram as organizações de assistência à saúde destinadas, exclusivamente, aos funcionários estaduais não cobertos pela Previdência Social. Esta, por não contar com rede de serviços capaz de atender à crescente demanda de seus beneficiários, estabeleceu convênios com empresas médicas (cooperativas e empresas de medicina de grupo), estimulando, decisivamente, o processo empresarial da medicina que se perpetua até os dias atuais (ELIAS;VIANA, 2011).

Este foi o arcabouço do Sistema de Saúde no Brasil, até a década de 80, delineado para uma parcela da população dos centros urbanos, de trabalhadores formais e parte do funcionalismo público federal. O financiamento dos serviços prestados dava-se à custa das contribuições compulsórias dos trabalhadores sobre suas folhas de salário.

A maioria dos brasileiros, entretanto, não era assistida, ficando à margem do sistema e recorrendo à assistência médica filantrópica (Santas Casas) ou estatal (instituições públicas de saúde, em pequeno número, nas esferas federal, estadual e municipal) (PONTE org, 2010).

Como decorrência das proposições formuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 no Cazaquistão, que preconizavam “Saúde para todos no ano 2000” (PONTE org, 2010), no início dos anos 80, procurou-se expandir a cobertura assistencial, principalmente por intermédio de ações desenvolvidas no eixo de atenção primária, definida pela própria Organização como:

[...] O primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência à saúde (OMS, 1978).

Tendo como principais objetivos a prevenção e a promoção da saúde, assim como o atendimento de baixa complexidade por especialidades generalistas (Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia) de forma hierarquizada, descentralizada e universal, a Atenção Primária se consolidou (BRASIL, 2007).

Esse movimento, voltado para a política de saúde, ficou conhecido como Reforma Sanitária e foi legitimado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março de 1986, cujo relatório final (CNS, 1986) serviu de pano de fundo para a Seção dedicada à saúde na Constituição Federal – a Constituição Cidadã – promulgada em outubro de 1988. (BRASIL, 1988).

Em seu Art. 196⁴, a Carta Magna garantiu legalmente o acesso universal e igualitário às ações de saúde. No Art. 198⁵ estabeleceu a regionalização, a

⁴ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

⁵ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

hierarquização e a integralidade destas ações, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, constituindo, assim, um sistema único de saúde. Definiu, também, a regulação desse sistema em três níveis, a saber: federal, estadual e municipal, realizado, respectivamente, pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Legitimava, adicionalmente, por intermédio do seu Art. 199⁶, o setor privado de saúde, assim como sua área de atuação.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde brasileiro assumiu, portanto, duas vertentes de assistência: a primeira estatal, desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, tendo a sua efetivação e regulação por meio das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142, de 02 de fevereiro de 1990 (BRASIL, 1990c), e a segunda, de cunho privado.

Entretanto, somente com a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que “Dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência de Saúde”, foram definidas as regras para o funcionamento do setor de saúde suplementar, observando-se claramente, uma forte tendência de resguardar os direitos e as garantias dos usuários (BRASIL, 1998b).

Como resultado da exigência da sociedade por marcos regulatórios para o setor de saúde suplementar, foi adotada a Medida Provisória nº 2.012-2, de 30 de dezembro de 1999, que deu origem à Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, com a finalidade de:

⁶Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (BRASIL, 2000a).

Esperava-se um sinergismo operacional entre as duas vertentes, pública e privada, para a efetivação de um sistema universal de saúde. Na prática, entretanto, isto não ocorreu, com as disfunções entre as mesmas se agravando até os dias de hoje (ELIAS; VIANA, 2011).

Passados 25 anos da promulgação da Constituição Federal, apesar dos avanços ocorridos na assistência à saúde em Território Nacional, o SUS tem se mostrado incapaz de atender às demandas de seus usuários no padrão determinado por aquela Carta Magna, necessitando o estabelecimento de contratos com hospitais particulares.

Logo, não raro, as mesmas instituições que atendem ao setor público, também atendem ao setor privado suplementar, caracterizando porosidade que, por vezes, revela-se perniciosa para a efetividade de suas ações em ambas as vertentes do sistema (SANTOS *et al*, 2008).

A saúde suplementar no país tem, atualmente, 47,9 milhões, cerca de 20% da população brasileira, de beneficiários vinculados aos planos de assistência médica e 18,6 milhões em planos exclusivamente odontológicos. O número de usuários em planos coletivos empresariais cresceu 4,25% em 2012, distribuídos em 1.121 (um mil, cento e vinte e uma) operadoras médico-hospitalares. O setor movimentou, nesse mesmo ano, 95 bilhões de reais (BRASIL, 2013b).

Apesar de a Carta Magna assegurar o direito de atendimento público, custeado pelos impostos pagos, o brasileiro já gasta mais com saúde (56% de seu orçamento) que o Governo, com 46% por ano em reais (BRASIL, 2009).

2.1.1 Principais atores e interesses

O sistema de saúde, ora estabelecido, atualmente encontra-se em crise. Destoa na devida atenção às necessidades de seus usuários e não consegue adequar-se à realidade econômica do país (MERCADANTE 2002).

Seus principais atores – o Governo e seus órgãos reguladores, os gestores do SUS, as operadoras e seguradoras de saúde, os prestadores de serviços desta área e os pacientes – agem de forma independente, visando à maximização de seus interesses individuais.

Apesar de as duas últimas décadas terem sido marcadas por intensas transformações do modelo assistencial brasileiro, relacionadas, principalmente, com as mudanças ocorridas no âmbito político institucional, o Governo ainda carece de um quadro referencial geral para as políticas de saúde, assim como de um efetivo aparato informacional que possibilite efetiva utilização como ferramenta gerencial.

O viés de regionalização e de hierarquização do atendimento volta-se contra o próprio Estado, na medida em que muitos prestadores são obrigados a oferecer serviços que carecem de casuística, e, portanto, de experiência, para atingirem o nível de excelência naquela modalidade de serviço.

Como resultado, se observa um excesso de capacidade física instalada (oferta) que, de fato, até pode atender uma determinada demanda local, porém, sem efetividade (MERCADANTE, 2002).

Além disso, o Governo ainda subsidia a oferta de serviços, remunerando os prestadores por produção, gerando como reação adversa, a realização de procedimentos desnecessários, o que aumenta a burocracia e dificulta o acesso aos serviços por parte dos usuários, com conseqüente elevação do tempo de permanência do mesmo no

sistema – ciclo de atendimento – sem, de fato, resolver o problema do paciente – resolubilidade (VIACAVA, 2004).

Contrariamente ao SUS, o sistema suplementar de saúde tem por objetivo o lucro e se expressa, majoritariamente, na forma de planos de saúde. Seus arranjos e sua auto-organização estabelecem relações operacionais típicas de um modelo lucrativo. Os riscos do negócio tendem, frequentemente, a serem repassados financeiramente aos clientes e, também, aos prestadores diretos dos serviços, isto é, às unidades assistenciais e médicos credenciados/conveniados (MAIA; ANDRADE, 2004).

A ANS, responsável por fiscalizar os planos de saúde, é morosa no desempenho de sua função. Irregularidades observadas ou denunciadas à agência levam, por vezes, anos para serem avaliadas e julgadas. Operadoras de planos de saúde, portanto, agem livremente sem que surjam sanções. As redes credenciadas podem sofrer reduções e modificações a qualquer momento, inclusive com inúmeras recusas aos usuários para cobertura de despesas com internações e tratamentos, por exemplo. Multas deixam de ser aplicadas e os processos abertos pela própria agência contra determinados planos de saúde prescrevem. Enfim, há, claramente, uma omissão na sua atuação em defesa do consumidor (PIETROBON et al, 2008).

Quanto aos prestadores de serviços médicos (rede composta por médicos, hospitais, clínicas e laboratórios), por basearem sua viabilidade econômica na geração de despesas para o próprio sistema, com o qual mantêm uma relação sem outro comprometimento que não o financeiro, reclamam, cada vez mais, da baixa remuneração e das condições insatisfatórias de atendimento ao usuário, estabelecendo uma relação disfuncional e crítica com o SUS e com as operadoras de planos de saúde. Externam seu descontentamento por intermédio de movimentos que contrapõem o

usuário aos gestores de saúde e às operadoras e, por vezes, não são efetivos para os próprios pacientes (CAMELO, 2006).

Como consequência, os gestores do SUS e das operadoras ameaçam os prestadores de descredenciamento, cancelam ou atrasam pagamentos de serviços anteriormente autorizados, interferem na autonomia do profissional, negam autorização de procedimentos essenciais para o paciente, assim como não discutem propostas de reajustes salariais ou de honorários (BIBLIOMED, 2010).

No contexto supracitado, coexiste um usuário cada vez mais informado, cômico de seus direitos de cidadão, sabendo que deveria ter acesso garantido à saúde, pelo SUS, o que, na prática, não ocorre (BIBLIOMED, 2010). Desta forma, consideram os demais participantes do sistema, incluindo os médicos, como antagônicos aos seus interesses que, em síntese, objetivam a resolução de seu problema de saúde.

Como não se percebe “incluído” na lógica do sistema, que não se mostra efetivo, o usuário age de forma independente, muitas das vezes valendo-se da Justiça e no caso da saúde suplementar, movido por um pensamento caracterizado na prática de gestão de saúde como *moral hazard* ou risco moral: pensa que está no seu direito consumir serviços médicos além do nível que consumiria se tivesse que arcar com as despesas ou, em outras palavras, “já que pago, vou usar” (MAIA; ANDRADE, 2004). Isto se aplica, especialmente, na demanda por consultas médicas e na realização de exames complementares laboratoriais ou diagnósticos.

É importante frisar que os fenômenos que ocorrem no Brasil não são exclusivos. Atualmente, observa-se na mídia que vários países, tais como Estados Unidos, Alemanha, Holanda e Reino Unido, apresentam em suas agendas o tema saúde como um dos mais relevantes.

De acordo com Porter e Teisberg:

A combinação de altos custos, qualidade insatisfatória e acesso limitado à assistência de saúde têm criado ansiedade e frustração em todos os participantes. Ninguém está feliz com os atuais sistemas – nem os pacientes, que se preocupam com o custo do seguro e com a qualidade dos tratamentos; nem os médicos e demais prestadores, com os rendimentos reduzidos, pareceres ignorados e dias de trabalho sobrecarregados de papelada burocrática; tampouco os planos de saúde, sempre criticados e o Governo, cujos orçamentos estão fugindo de controle (PORTER; TEISBERG, 2007, p.18).

2.1.2 Mercantilização da saúde

Não é necessária muita abstração para verificar que, no sistema de saúde, é processada a oferta e a procura de serviços médico-hospitalares. Assim, fica caracterizado, por definição, um mercado.

No entanto, este mercado, cada vez mais competitivo, vem seguindo uma tendência perniciosa: está focado na minimização de custos e na responsabilização de quem vai pagar o quê, ao invés de agregar valor ao seu cliente. Ao competirem por transferência de custos, uns para os outros, no acúmulo de poder de barganhas e na limitação de serviços, os atores desse mercado estabelecem um jogo de soma zero, onde para que um ganhe alguém tem necessariamente que perder (PONTE org, 2010).

Surge, então, um aspecto que difere da tendência de um mercado comum: a competição não recompensa os melhores prestadores, que ficam desestimulados, assim como os piores não vão à “falência”, dividindo apenas lucros operacionais menores e, portanto, não se preocupando em melhorar seus serviços, perpetuando a má qualidade na assistência médica. O resultado final deste descaso, inadmissível para a assistência à saúde, é o alto risco à vida e à qualidade da condição de saúde da população (CAVALCANTE, 2011).

O bem estar da população acaba sendo tratado como um negócio, havendo monopolização e cartelização desse mercado. De acordo com a Sra. Márcia Rosa de Araújo, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro:

Não se pode tratar a agenda de um consultório médico como a linha de produção de uma fábrica. Este tipo de entendimento faz com que o paciente sinta que existe uma relação de consumo vigente na relação médico-paciente (ARAÚJO, 2011).

Claro está que planos de saúde não podem ser considerados como substitutos naturais da medicina pública gratuita. Mais do que necessidade de recursos financeiros, o problema reside na forma com que o sistema de saúde nacional é gerido e custeado.

2.1.3 Custos em saúde

Por ser o setor de saúde um ambiente complexo, multifacetado e em constante processo de transformação, alguns de seus eventos quebram paradigmas estabelecidos na lógica de mercados comuns.

Por mais que seja conhecida a expressão popular “é melhor prevenir do que remediar”, a atual gestão do sistema de saúde brasileiro se fundamenta na doença e não na manutenção do estado de higidez física de seus usuários. Como o sistema não enfatiza a prevenção das doenças e a assistência primária, a qualidade de saúde da população se deteriora e os custos, conseqüentemente, se elevam (PORTER; TEISBERG, 2007).

A alteração do perfil demográfico do país, isto é, a ampliação da expectativa de vida da população, gerada, principalmente, pela melhoria nas condições sanitárias e pelo progresso tecnológico em saúde, gerou maior utilização de serviços de saúde (ZUCCHI, 2000).

Assim, diferentemente da lógica do mercado em geral, onde o aumento da clientela implica em maior possibilidade de “lucro operacional”, no mercado de saúde tal não acontece.

Outro fator a se considerar diz respeito às inovações tecnológicas na área de saúde. Em todos os outros setores produtivos, a tecnologia é introduzida com a finalidade de reduzir custos, mas, na medicina, o que se observa, na prática, é que agregam custos. Existe uma inflação tecnológica para o diagnóstico e tratamento de doenças – novas aparelhagens, novos métodos e novas drogas. Em muitos destes casos, havendo poucos fornecedores, a falta de concorrência entre os mesmos, impossibilita que os preços caiam (BADIA; PIRES, 2008) – estabelecimento de monopólios e carteis.

No Brasil, como em outros países, o sistema de saúde funciona como se não tivesse um “dono” preocupado com a sua racionalidade e eficiência. As despesas sempre são bancadas por um “terceiro pagador”. Isto significa que, num primeiro momento, o financiamento não sai diretamente nem dos bolsos dos pacientes, nem dos hospitais, nem dos médicos. Quem paga a conta dos serviços, normalmente, são as seguradoras ou o governo.

O problema é que esse modelo conflita com o desejo natural e justo que os usuários têm de buscar o melhor tratamento, ainda que este esforço se revele mais tarde, exagerado. Por outro lado, existe uma falta de sensibilidade coletiva dos beneficiários para o uso adequado dos limitados recursos disponíveis, o que gera desperdícios, fraudes e elevação dos custos do sistema. Em outras palavras, uma pessoa que tenha um plano de saúde deveria ter o direito de fazer quantos exames seus médicos considerarem necessários. Mas, se isso ocorrer de forma pouco criteriosa e abusiva, de acordo com os planos de saúde, haverá sobrecarga de despesas.

Da mesma forma, as seguradoras e operadoras de planos de saúde alegam que os médicos, por imperícia ou visando a aumentar seus honorários, ou hospitais, que não se preocupam em racionalizar o uso de equipamentos e materiais, solicitam maior quantidade de exames que o necessário (OLIVEIRA, J. 2013).

Esta contínua transferência de responsabilidades caracteriza o jogo de soma zero na saúde e contribui decisivamente para o aumento dos custos sem a contrapartida em eficácia.

Outro fenômeno que, ultimamente, vem assumindo relevância é a procura do Judiciário para as resoluções dos problemas envolvendo a saúde. A judicialização do acesso a procedimentos de médio e alto custo aprofunda a iniquidade e a fragmentação do sistema de saúde (OLIVEIRA, M.D, 2008).

Conforme cita Márcio Dias Oliveira (2008), a justiça assume características não distributivas uma vez que lida com demandas individuais, de uma pequena parcela da população que tem acesso ao Judiciário e que não refletem exatamente o conceito de “necessitados”.

O Judiciário, cada vez mais chamado a arbitrar a solução para os crescentes conflitos sobre o direito à saúde e, não podendo responder sempre com a rapidez necessária que os casos demandam, aumenta sua ação de intervenção direta e de controle, inclusive adentrando na esfera das políticas públicas. Os custos envolvidos com a burocracia gerada pelos processos, assim como no atendimento das decisões estabelecidas, principalmente no âmbito da saúde suplementar são indiretamente repassados ao sistema.

2.2 O Sistema de Saúde da Marinha (SSM)

O SSM foi instituído pelo Decreto Lei nº 92.512, de 02 de abril de 1986, que “estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências”.

De acordo com a DGPM 401 – Normas para Assistência Médico-Hospitalar (3ª REV), o SSM “é o conjunto organizado de recursos humanos, materiais e financeiros, destinado a prover as atividades de saúde na Marinha” (BRASIL, 2012a).

É composto por três Subsistemas: Assistencial, Médico-Pericial e Operativo, cujo gerenciamento é de responsabilidade da DSM. O Subsistema Assistencial, foco do presente estudo, é responsável pela prestação da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) a, aproximadamente, cerca de 300.000 (trezentos mil) usuários⁷. A AMH, assim como no nível estatal, é prestada de forma regional, hierarquizada e integrada (BRASIL, 2012a).

Aprovada pela Portaria nº 429, de 8 de dezembro do 2009, do Gabinete do Comandante da Marinha – GCM (BRASIL, 2009c), a Política Assistencial para o SSM definiu três eixos de atenção à saúde para a MB, que devem interagir e possuir características e áreas de atuação próprias: Prevenção e Promoção da Saúde, Atenção Básica, Atenção Especializada de Média Complexidade e de Alta Complexidade⁸.

⁷ **Fonte:** Cadastro de Usuários do FUSMA – JUN/2013 - Departamento Técnico-Gerencial da DSM.

⁸ **Prevenção e Promoção da Saúde** - compreende as atividades voltadas à prevenção da doença, quer seja pela promoção de saúde, diagnóstico e tratamento precoce, quer seja pelas ações voltadas à limitação do dano e à reabilitação;

Atenção Básica - compreende a assistência médica ambulatorial de baixa complexidade, prioritariamente nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, assistência odontológica básica e assistência de enfermagem. É apoiado por um setor de diagnóstico básico com possibilidade de realização de exames laboratoriais simples, ultrassonografia geral, eletrocardiografia e radiologia; e

Atenção Especializada - compreende o tratamento especializado e a hospitalização, incluindo atividades de apoio diagnóstico e terapêutico com uso de tecnologia mais avançada e pessoal especializado (BRASIL, 2012).

O objetivo primordial da Política Assistencial é otimizar as ações de saúde de forma a adequar a capacidade instalada⁹ ideal das Organizações Militares Hospitalares¹⁰ (OMH) e das Organizações Militares com Facilidades Médicas¹¹ (OMFM) às necessidades do seu universo de usuários.

Como capacidade instalada, o SSM desenvolve suas atividades assistenciais nos seguintes Órgãos Técnicos Executores (OTE), de acordo com o grau de complexidade de atendimento (BRASIL, 2012a):

- Prevenção e Promoção da Saúde – todas as OMH, sob a coordenação do Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM);
- Atenção Básica – Hospitais Navais Distritais, Policlínicas Navais e Ambulatórios Navais, para solução de problemas de baixa complexidade que incluem a reabilitação e a assistência domiciliar, exceto no Rio de Janeiro onde esta última é executada pelo HNMD (Hospital Naval Marcílio Dias);
- Atenção Especializada Média Complexidade – HNMD, Hospitais Navais Distritais, Policlínicas Navais, Unidade de Saúde Mental da Marinha (UISM) e Odontoclínica Central da Marinha (OCM); e
- Atenção Especializada de Alta Complexidade: HNMD.

9 Capacidade instalada - representa o potencial de produção ou volume máximo de produção que uma determinada empresa, unidade, departamento ou seção consegue atingir durante um certo período de tempo, considerando todos os recursos que tem disponíveis (equipamentos, instalações, recursos humanos, tecnologias etc.)

¹⁰ **Organização Militar Hospitalar (OMH)** – é a Organização Militar de Saúde responsável pela execução da AMH prestada em determinada área, aparelhada de pessoal e material, com a finalidade de receber pacientes para diagnóstico e/ou tratamento, seja em regime de internação ou ambulatorial. As OMH estão classificadas em unidades de saúde com ou sem área de abrangência administrativa, para a prestação de assistência médico-hospitalar (BRASIL, 2012a).

¹¹ **Organização Militar com Facilidades Médicas (OMFM)** – é qualquer OM da MB responsável pela administração da prestação de AMH em sua respectiva área de abrangência, detentora de crédito em projeto específico (BRASIL, 2012a).

O modelo de financiamento adotado aproxima-se do modelo de autogestão existente no setor privado, ou seja, se caracteriza pela oferta de assistência médica, realizada por órgão interno de uma determinada organização, para seus empregados ativos, inativos, pensionistas e respectivos grupos familiares, e por uma gestão de risco mutualista, isto é, a retenção do risco financeiro da prestação destes benefícios fica no âmbito da própria organização. Assim, qualquer desperdício financeiro no plano de assistência médico-hospitalar recairá diretamente sobre a organização.

2.2.1 Fonte de recursos – Plano Básico HOTEL (PB-HOTEL)

Assim como o Governo Federal, que definiu funções para identificar os recursos aplicados em determinada área de atuação, a Marinha pautou o planejamento, a execução e o controle dos recursos financeiros, segundo áreas de atuação semelhantes ou parcelas, tais como saúde, pessoal, manutenção, administração, entre outras, conforme os princípios do orçamento-programa.

De acordo com as Normas para a Gestão do Sistema do Plano Diretor (BRASIL, 2009a), a cada uma dessas atividades básicas, denominadas Plano Básico (PB), foi associado um responsável denominado Relator de PB, que o utiliza para planejar, executar e controlar as tarefas sob sua responsabilidade. O PB relacionado à área da saúde denomina-se PB-HOTEL e seu Relator é a DSM.

O SSM conta, majoritariamente, com recursos financeiros oriundos das dotações orçamentárias da Marinha, consignadas no orçamento da União no Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Defesa – Programa 2108. A Ação 2004 – Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Civis, Empregados, Militares e seus Dependentes – no Plano Orçamentário 00003 – Atendimento Médico-Hospitalar – Fator

de Custo (FC) – interessa diretamente à auditoria de contas médicas, pois representa o valor orçamentado para a AMH.

Com o repasse integral do valor do FCAMH, desde 2008, essa Ação corresponde a 43% dos recursos do SSM .

A segunda parcela de recursos é proveniente das contribuições mensais compulsórias dos usuários para a obtenção dos benefícios em saúde. Esta fonte constitui o Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA)¹², previsto pela Portaria nº 330, de 25 de setembro de 2009, do GCM (BRASIL, 2009b). Portanto, constitui-se recurso complementar em relação ao custeio da AMH e corresponde a cerca de 52% do valor total do PB-HOTEL.

Cabe ressaltar que essa obrigatoriedade das contribuições mensais pelos usuários aproxima o modelo de financiamento do SSM ao de auto-gestão.

A terceira parcela de recursos do PB-HOTEL, que corresponde a cerca de 5% do seu valor, resulta do co-pagamento realizado pelos usuários. É chamada de Indenização Médico-Hospitalar (IMH) sobre atos médicos, paramédicos e afins de cada serviço de saúde utilizado.

De aspecto complementar e, de certa forma, atribuindo um caráter de sensibilização e responsabilização ao usuário para o uso adequado dos recursos financeiros disponíveis, a cada serviço de saúde que utiliza o usuário indeniza com uma proporção que, no SSM, corresponde a 20% do valor atribuído pelo Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas – CISSFA¹³ (BRASIL, 1999)

¹² **FUSMA** – constitui recurso vinculado, que obedece a regime particular de arrecadação, programação, aplicação, movimentação, contabilização e apuração de resultados, destinado a complementar o custeio da AMH prestada pela Marinha.

¹³ Aprovado pela Portaria Normativa nº 2400, de 16/11/1999 e alterado pela Portaria Normativa nº 748, de 09/06/2009, ambas do Ministério da Defesa.

aos serviços médico-hospitalares prestados, com valores expressos por Unidades de Serviços Médicos (USM). Por determinação legal, cada USM equivale a 0,004% do soldo de um Capitão-de-Mar-e-Guerra¹⁴.

No nível de gestão dos custos da saúde para a MB, já se sabe, pela análise das contribuições dos usuários para o sistema, que esta se encontra em patamares próximos ao máximo estipulado por lei (3,2% do soldo, sendo o máximo 3,5%). Logo, esta parcela, assim como o FCAMH integralmente repassado ao PB-HOTEL, não apresenta flexibilidade para incremento da obtenção de recursos para o SSM.

Por outro lado, os custos com as Organizações Extra-Marinha¹⁵ (OSE) vêm aumentando exponencialmente como pode ser observado no QUADRO 1, APÊNDICE A.

Deve ficar claro, portanto que o FUSMA não é um Plano de Saúde. Destacam-se, a seguir, alguns pontos de relevância que reforçam esta afirmativa:

- Não visa o lucro, e sim, a eficiência, a eficácia e a efetividade na prestação de assistência médico-hospitalar aos seus usuários. É claro que adota uma lógica operacional de racionalidade e economicidade na aplicação dos recursos que sempre serão escassos frente à demanda;
- Não há carência nem franquia para a sua utilização, uma vez legitimado o direito de ser usuário do sistema;

¹⁴ Percentual aprovado pelo Decreto nº 4.307, de 18/07/2002, que regulamenta a Medida Provisória nº 2.215-10, de 31/08/2001, que dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das FFAA, em seu Art. 97.

¹⁵ **Organização Extra-Marinha (OSE)** – Toda e qualquer Organização de Saúde não pertencente ao SSM (BRASIL, 2012a).

- Não há estratificação de risco ou da clientela, como por exemplo, pela idade, não ocorrendo segmentação de planos ou diferenciação na contribuição;
- Promove a integralidade no atendimento, pré-hospitalar, ambulatorial, hospitalar e a domicílio, bem como nas especialidades médicas, odontológica, farmacêutica, fisioterápica, nutricional, entre outras, sem custos adicionais; e
- Garante a continuidade da instituição de saúde, ao contrário dos Planos de Saúde que podem descontinuar o atendimento numa dada instituição dependendo de resultados (lucro).

Convém ressaltar que a estrutura do sistema e, conseqüentemente, a sua efetividade, sempre esteve sob observação atenta da Alta Administração Naval. Com o objetivo de rever o modelo de gestão do SSM, com resultados que apontam para a permanência do modelo, ora vigente, em maio de 2006, a Secretaria-Geral da Marinha (SGM) emitiu Relatório Final que consolidava um estudo detalhado, na forma de auditoria operacional no SSM, onde citava:

Sempre existirá a possibilidade de que venham a ocorrer situações de conflitos que, em regra, não são cobertas pelos planos de saúde, além de as Forças Armadas necessitarem de especialidades médicas que os planos não disponibilizam, tais como, por exemplo, a Medicina Operativa. Dentro deste enfoque, pode-se perceber que os hospitais próprios das Forças Armadas são estrategicamente essenciais para casos de conflitos ou mesmo de calamidades (BRASIL, 2006b. p. 148).

Outro aspecto importante a ser destacado no referido texto refere-se à cobertura de saúde aos contingentes das Forças Armadas que se encontrarem em diversas localidades remotas, consideradas não atraentes economicamente para os Planos de Saúde, o que, por si só, já contraindicaria a utilização deste serviço.

Na análise final, o relatório ressalta:

[...] pode-se verificar que o gasto anual com a parcela Saúde seria da ordem de R\$ 626 milhões¹⁶, o que representa mais de cinco vezes os gastos atuais do SSM e cerca de 50% da LOA em OCC da MB. Observa-se, ainda, que a adoção de Plano de Saúde somente para Militares da Ativa implicaria gastos anuais de aproximadamente R\$ 225 milhões, mais que o dobro dos gastos atuais do Sistema.

Com relação à análise dessa viabilidade econômica, é importante ressaltar, ainda, que os Planos de Saúde privados utilizados no quadro anterior para efeito de comparação não abrangem a cobertura odontológica, a qual se encontra prevista no SSM (BRASIL, 2006b, p.150).

A partir da ambientação, descrita no presente capítulo, dos principais elementos dos sistemas de saúde do Brasil e na Marinha, serão apresentados, ao longo dos capítulos seguintes, as estratégias que podem aperfeiçoar as unidades de saúde navais em relação à abordagem da rede complementar.

O capítulo seguinte discorrerá sobre uma importante ferramenta a ser utilizada e que, muitas das vezes, representa o diapasão das relações de unidades hospitalares da MB com as prestadoras de serviços complementares: a auditoria de contas médicas.

¹⁶ Valor referente ao gasto anual com a Parcela Saúde no ano de confecção do relatório (2006).

3. A AUDITORIA

No capítulo anterior, pode-se verificar que o SSM, por necessidade de atendimento à sua demanda, apresenta interfaces com o SUS e o Sistema Suplementar de Saúde. Como respaldo legal, está previsto o estabelecimento de convênios e contratos¹⁷ com as OSE.

No presente capítulo, será apresentada uma breve história da Auditoria e seu desenvolvimento como ferramenta de gestão na área médica, incluindo a sua inserção como processo na MB.

Será descrita a estrutura da Assessoria de Auditoria em Saúde da DSM e suas atividades de orientação e de regulação, no SSM quanto nas OMH e OMFM, unidades executoras.

A partir da compreensão desse arcabouço, será possível formular estratégias de aproximação com a rede credenciada¹⁸, sempre com o foco na racionalização de recursos e na oferta de qualidade para a prestação de serviços médicos ao usuário.

3.1 Breve histórico

A palavra auditoria tem sua origem no latim *audire*, que significa ouvir. A origem do termo auditor em português, muito embora perfeitamente representado por

¹⁷ Por contrato define-se o vínculo jurídico existente entre dois ou mais sujeitos de direito correspondido pela vontade, capaz de criar, modificar ou extinguir direitos. Em que pese, na esfera jurídica, a possibilidade de diferenciação entre contrato (uma das partes se obriga a dar, fazer, ou não fazer alguma coisa mediante pagamento previamente acertado) e convênio (ajuste de mútua colaboração para atingimento de objetivo comum. Aqui, os interesses são comuns e a contraprestação em dinheiro não precisa existir), o presente trabalho tratará como de mesma natureza. e serviços de auxílio ao diagnóstico em caráter complementar aos serviços oferecidos pelo SSM.

¹⁸ Entende-se por rede credenciada, como os prestadores de serviços contratados/conveniados colocados à disposição do usuário pela MB, para atendimento médico-hospitalar e serviços de auxílio ao diagnóstico em caráter complementar aos serviços oferecidos pelo SSM.

esta vertente latina (aquele que ouve, o ouvinte), na realidade provém do termo inglês *to audit*, que significa examinar, ajustar, corrigir ou certificar (ATTIE, 2011, p.7).

Apesar de relatos que apontam para a realização de atividades de cunho semelhante em tempos mais remotos, acredita-se que ações neste sentido tenham acontecido na Inglaterra, por volta do século XIII, sendo disseminadas, como práticas, para diversos países devido às intensas relações comerciais e marítimas desenvolvidas por aquele país. Há indícios da existência da profissão de auditor, na Inglaterra, desde o século XIV (REMOR, 1995).

Logo após a grande Crise Econômica de 1929, nos Estados Unidos, foi estabelecido o salto de conhecimento e método para a auditoria moderna. A partir da criação da *Security and Exchange Commission* (SEC), a profissão do auditor assume destaque e ganha um novo estímulo, uma vez que as empresas que transacionavam ações na Bolsa de Valores foram obrigadas a se utilizarem dos serviços de auditoria para dar maior credibilidade às suas demonstrações contábeis (REMOR, 1995).

No Brasil, a evolução da atividade está relacionada com a chegada de empresas internacionais de auditoria, independentes, em torno das décadas de 1940 e 50, em função de investimentos, também, internacionais que aqui se estabeleceram que eram obrigadas a ter suas demonstrações contábeis auditadas.

A atividade de auditoria foi oficialmente reconhecida no nosso país somente em 1968, por ato do Banco Central do Brasil. O fortalecimento da atividade se deu a partir de 1972, com a sua regulamentação determinada pelo próprio Banco Central, pelo Conselho Federal de Contabilidade e pelo Instituto dos Auditores Independentes. (JUND, 2002).

Em 1976, com a criação da Comissão de Valores Mobiliários (CVM) e da Lei das Sociedades por Ações, que preconizava que as companhias de sociedade de capital aberto eram obrigadas a serem auditadas por auditores independentes, registrados na CVM, delineou-se finalmente o exercício da atividade de auditoria no país.

3.2 Auditoria médica

Na área da saúde, a preocupação com a qualidade da assistência médica prestada ao paciente, iniciou-se na virada do século XIX para o século XX. Movimentos quase que simultâneos na Europa (principalmente na França, Alemanha e Inglaterra) e na América do Norte começaram a questionar a qualidade do ensino médico, sua efetividade para a população e a ausência de “padronização” nas ações em saúde. Importante frisar, que à época, no Brasil, o modelo de escola de medicina pautava-se no modelo francês, que se difundiu de Paris para o resto do mundo a partir de 1830 (OLIVEIRA, M.D, 2008).

Em 1910, nos Estados Unidos, Abraham Flexner (1866-1959) publica estudo de sua autoria – *Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*¹⁹ – que ficou mundialmente conhecido como o Relatório Flexner (PAGLIOSA; ROS, 2008). Elaborado de forma empírica, apresentava o resultado de visitas a 155 escolas de medicina nos EUA e Canadá. Apesar da inexistência de um instrumento de avaliação padronizado, o estudo constatava a deficiência das escolas de medicina desses países, assumindo implicitamente que a boa educação médica determinaria a qualidade da prática médica,

¹⁹Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4)

a distribuição de sua força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde²⁰ e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas. Iniciativas começaram a surgir no tocante ao conceito de avaliação, controle de qualidade e efetividade de uma série de procedimentos médicos realizados. De fato, o impacto deste trabalho, passados mais de cem anos, repercute até o presente.

Destaca-se, também, que, no início do século XX, tanto na Europa como nos EUA a crescente indústria farmacêutica começou a comprar espaços para a propaganda. Fica estabelecida a associação entre a corporação médica e o grande capital, quando este exerce forte pressão sobre as instituições de saúde e seus interesses. Tem início a época da medicina científica ou do “sistema médico do capital monopolista” (PAGLIOSA; ROS, 2008). Observa-se, a partir daí, a preocupação da relação custo x benefício nas ações de saúde.

Após a Segunda Guerra Mundial, os conceitos criados pelo Relatório Flexner difundiram-se pelo mundo, chegando à América Latina e ao Brasil. Aqui, as Faculdades de Medicina da Universidade de São Paulo e a Federal de Minas Gerais adotaram o documento como modelo e, sob sua influência, desenvolveram práticas relacionadas ao controle e à efetividade nas ações de saúde estruturando um sistema de auditoria, inicialmente, voltado para a qualidade. (MOTTA *et al*, 2009).

O conceito de Auditoria, aplicado em saúde, é proposto por Lambeck em 1956, como “a avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente” (CALEMAN *et al*, 1998, p.4).

Porém, até a década de 1970, o que se observou no Brasil foram adaptações de modelos utilizados nos EUA, consolidados pelo Colégio Americano de Cirurgiões e,

²⁰ grifo do autor.

posteriormente, substituídos pela Comissão Conjunta para Credenciamento de Hospitais. Interessa reparar que a orientação “contábil” da auditoria na área de saúde acontece *a posteriori* da preocupação com a padronização das ações em saúde, a qualidade e a efetividade no atendimento prestado pelos hospitais aos usuários (OLIVEIRA, M.D, 2008).

A sistematização da auditoria médica, isto é, a sua formalização, teve início em 1976, quando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) auditou seus hospitais e, de forma independente, auditou, também, a sua rede credenciada. Nesta fase, já se pode observar forte conotação de controle técnico-administrativo sobre as contas médico-hospitalares (ROCHA *et al*, 2002).

O termo auditoria médica foi instituído somente em 1984, quando o então, Instituto de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) normatizou o processo de auditoria nos sistemas de prestação de serviços na área médica (ROCHA *et al*, 2002).

Com a aprovação da Constituição Federal, em 1988, e a criação do SUS a auditoria médica no país assumiu seu devido espaço e importância, assim como ganhou a conformidade vigente até os dias de hoje.

Em 1990, por intermédio da Lei Orgânica de Saúde²¹, foi instituído o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) com a finalidade de gerenciar e fiscalizar a atividade financeira do SUS (MOTTA *et al*, 2009).

Com a extinção do INAMPS, em 1993, o Ministério da Saúde ampliou a competência do SNA, atribuindo-lhe as atividades de acompanhamento, fiscalização,

²¹ **Lei nº 8.080, de 19/09/1980.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

controle, avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS (CONASS, 2007).

Ainda, segundo o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, 2007), os anos de 1999 e 2000 marcaram um período de reestruturação do Ministério da Saúde. Foram criados o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) e a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), que passou a desenvolver as atividades de controle e avaliação, anteriormente de responsabilidade do SNA. À semelhança das esferas de ação de saúde no SUS, as ações do DENASUS acontecem em três níveis de gestão: federal, estadual e municipal.

Com a disseminação das atividades relacionadas à auditoria, envolvendo o médico no exercício da profissão, e a ampliação de suas áreas de competência e a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratados de saúde, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2001, reconhece legalmente a atividade do médico auditor²².

Portanto, nos anos 90 e na virada para o século XXI, tanto o sistema público quanto o sistema privado, reconhecem a auditoria médica como processo gerencial necessário não só pelo “imperativo de negócio” (receitas limitadas/necessidade de redução de custos), mas, também, atendendo a uma exigência da sociedade, pela busca de qualidade e de efetividade (MOTTA *et al*, 2009).

As atividades da auditoria em saúde caracterizam-se nos processos e resultados da prestação de serviços e pressupõem o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado em relação às normas de acesso, diagnóstico, tratamento e

²² Resolução CFM nº 1.614/2001.

reabilitação. Consistem em controlar e avaliar o grau de atenção efetivamente prestado por qualquer sistema de saúde. (MELO; VAITSMAN, 2008).

Segundo o mesmo autor, percebe-se, assim, a existência de duas grandes vertentes decorrentes do conceito descrito: uma voltada para o controle, avaliação e efetividade das ações desenvolvidas em um dado sistema de saúde – dita Auditoria Operacional; e outra vertente, voltada para o controle e avaliação quantitativa e econômico-financeira das ações de saúde – dita Auditoria Analítica. No capítulo seguinte estes conceitos voltarão a ser abordados.

3.3 Auditoria médica na MB

Na MB, a utilização das práticas de auditoria como instrumento de fiscalização e assessoramento e como ferramenta de controle interno começou a ser moldada, em estrutura própria, na década de 1970, com a criação de uma organização militar voltada exclusivamente para o exercício desta atividade – o Serviço de Auditoria da Marinha (SAMA)²³. Anteriormente, tais atividades eram exercidas pela SGM.

Dadas as suas especificidades e complexidade como atividade gerencial em um cenário de crescimento da Força, em 1998 o SAMA foi extinto. Suas atribuições e mais a atividade de tomadas de conta, exercida pela Diretoria de Finanças da Marinha (DFM) passam a ser responsabilidade de uma nova OM, a Diretoria de Contas da Marinha (DCoM)²⁴.

Em 2009, por intermédio do Acórdão nº 1074, o Tribunal de Contas da União (TCU) recomendou o reposicionamento hierárquico da DCoM, que deixaria de ser subordinado à SGM para estar diretamente subordinado ao Comandante da Marinha

²³ SAMA – criado pelo Decreto nº 74.044, de 10/05/1974.

²⁴ DCoM – criada pela Portaria Ministerial nº 246, de 25/09/1998.

(CM). Após análise pela Alta Administração Naval e, com proposta de uma nova estrutura organizacional, pelo Decreto nº 7.809, de 20 de setembro de 2012, a DCoM foi reestruturada, passando a denominar-se Centro de Controle Interno da Marinha (CCIMAR), subordinada diretamente ao CM.

Como destacou o Exmo. Sr. Contra-Almirante (IM) Barreto Rodrigues, Diretor do CCIMAR, em palestra proferida aos Oficiais Alunos do Curso de Política e Estratégia Marítimas – C-PEM, em 25 de junho de 2013, dentre as tarefas atinentes ao CCIMAR, a de orientar as OM, em função das atividades de auditoria, a análise e a apresentação de contas, quanto às boas práticas de gestão, visando a utilização dos recursos financeiros e patrimoniais da MB com regularidade e efetividade²⁵.

Na pesquisa realizada pelo autor, na área de auditoria em saúde, houve, pela DSM, a DOUTOMARINST²⁶ nº10-10/1976 que ordenava o Sistema de Custos Hospitalares para a estrutura à época em vigor.

Em maio de 1981, foi inaugurado o Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), hospital terciário e de referência do SSM. Ressalte-se que, à semelhança de uma empresa, uma unidade hospitalar – prestadora de serviços de saúde – é uma organização complexa, dinâmica, passível de desenvolvimento e crescimento e considerada como uma das estruturas organizacionais mais complexas existentes hoje em dia. Assim, mecanismos de avaliação e controle tiveram que ser aprimorados frente ao novo desafio de gerir o HNMD.

Nessa época, a DSM em seu planejamento de pessoal, já propunha que médicos com experiência técnica e administrativa recebessem treinamento em auditoria a ser ministrado por equipes do, então, SAMA. Dizia-se que a auditoria era função

²⁵ Grifo do autor.

²⁶ **DOUTOMARINST** – denominação das instruções normativas na área de saúde da MB.

múltipla, que poderia beneficiar todas as organizações de saúde, com aplicação na área de pessoal, de material e financeira (CAVALCANTI, 1996).

No levantamento feito pelo autor, tendo como referência os Regimentos Internos da DSM, observa-se a preocupação com a Gestão de Auditoria de Contas Médicas, sendo imputada a responsabilidade a um elemento organizacional específico, a partir da segunda metade da década de 90.

Com a implantação do Sistema OMPS²⁷ – a partir de 1996 – e a adoção deste modelo para as unidades hospitalares (OMPS-H)²⁸, em 1998, o então Departamento de Administração da DSM, por intermédio de sua Divisão de Estatística, recebeu a tarefa de coletar e produzir informações sobre os custos hospitalares. Esta tarefa foi transferida, em 1999, para o então Departamento Técnico, com a criação das Divisões de OMPS-H e de Auditoria de Contas Médicas.

O controle das atividades OMPS-H, a partir de 2001, passou a ser responsabilidade da Assessoria do Plano Diretor e de Custos, permanecendo o Departamento Técnico com a responsabilidade de auditar as contas médicas encaminhadas pelas OMH/OMFM. O processo de auditoria se restringia ao controle de gastos informados pelas OMH e OMFM com as internações dos usuários nas OSE, em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e nas enfermarias. As faturas hospitalares eram analisadas quanto à existência de “não conformidades” entre os valores apresentados mediante o diagnóstico realizado e a conduta terapêutica adotada.

A Seção de Auditoria acompanhava, também, os gastos das unidades hospitalares em um determinado exercício financeiro, relacionando-os em uma média histórica individual. Eram comparados, adicionalmente, os gastos de cada unidade

²⁷ OMPS – Organização Militar prestadora de serviços.

²⁸ OMPS-H – Organização Militar prestadora de serviços hospitalares.

hospitalar do sistema, na tentativa de se estabelecer uma lógica geograficamente referenciada da assistência médico-hospitalar prestada no Território Nacional.

Mesmo contando com uma estrutura pequena, a Seção produzia relatórios gerenciais estratégicos para o processo de tomada de decisão da DSM e já se podia detectar uma tendência de crescimento, a cada exercício financeiro, dos gastos relacionados às internações em OSE.

Estes dados foram, então, incorporados, explorados e discutidos por ocasião das Visitas Técnicas (VISITEC) realizadas pela DSM nas unidades hospitalares tecnicamente subordinadas, chamando a atenção de seus gestores para a necessidade de gradativa mudança de comportamento organizacional diante dos custos incorridos na prestação da assistência médico-hospitalar e, também, se tornando motivo de especial atenção por parte da Alta Administração Naval.

Refletindo uma tendência do mercado de saúde em âmbito nacional e o crescimento da demanda e da complexidade nas operações envolvendo a auditoria, em 2010, foi criado o Núcleo de Auditoria da DSM, congregando-se os recursos humanos e materiais existentes, a fim de constituir a Assessoria em Auditoria de Saúde, oficialmente estabelecida no Regulamento da Diretoria, aprovado em 2012²⁹.

À essa Assessoria, órgão de controle central e de supervisão, subordinado diretamente ao Diretor de Saúde, compete “a coordenação e a supervisão das áreas de gestão em planejamento estratégico e operacional de auditoria de contas médicas dos serviços de saúde na MB” (BRASIL, 2012b).

²⁹ Aprovado pela Portaria nº 84/DGPM, de 20/07/2012 (BRASIL, 2012b).

No nível operacional destacam-se as seguintes ações, conforme consta no Regimento Interno³⁰ da OM:

- [...]
- II - Coordenar e supervisionar as atividades referentes às áreas de gestão em planejamento estratégico e operacional de Auditoria dos Serviços de Saúde da MB;
 - III - Executar o planejamento, a regulamentação e a avaliação dos custos médico-hospitalares com Organizações de Saúde Extra-Marinha (OSE) e dos serviços credenciados pelas OMH/OMFM;
 - IV - Avaliar continuamente as tendências de custos e determinar os indicadores de resultados e de performance a serem utilizados, propondo ações corretivas pontuais e/ou periódicas nas situações de não conformidades;
 - V - Realizar as análises técnico-financeiras dos processos de credenciamento (Editais e Termos de Credenciamento) e prestar as orientações específicas aos diversos processos da área de atuação; e
 - VI - Executar o controle dos gastos com procedimentos médico-hospitalares realizados em OSE, visando acompanhar e otimizar o emprego dos recursos financeiros por meio de auditoria técnica, análise das contas médicas e relatórios referentes aos procedimentos realizados em Organizações de Saúde Extra-Marinha (OSE) em território nacional e exterior (BRASIL, 2013a, p.6).

Na outra ponta do sistema, encontram-se, nos Distritos Navais, os Hospitais Navais ou, onde eles não existem, os Departamentos de Saúde dos Distritos Navais e as OMFM, onde foram se estabelecendo, ao longo dos anos, setores responsáveis por realizar as auditorias de contas médicas. Este fenômeno que, paulatinamente, foi sendo modelado, surgiu pela necessidade iminente do controle de gastos com as OSE terceirizadas, esbarrando em dificuldades como a deficiência de recursos humanos voltados para esta atividade (e que, na maioria das vezes, tinham desempenho prejudicado por outras funções colaterais), as peculiaridades de cada mercado regional, as estruturas improvisadas e em diferentes estágios de “maturação” em cada região, citando apenas alguns exemplos.

³⁰ Aprovado pela Portaria nº 1/DSM, de 03/01/2013 (BRASIL, 2013a).

Inicialmente, esses setores trabalhavam de forma independente e sem nenhum tipo de alinhamento com a DSM, ficando sob a ótica e a lógica administrativa de cada um dos gestores – Diretores e Vice-diretores – das organizações militares.

Com a centralização da atividade e sua consequente padronização, a DSM tem buscado a otimização da aplicação dos recursos financeiros, a redução de custos do sistema, que, por sua vez, se contrapõe aos elevados índices de inflação envolvendo a saúde. Conforme análise do Exmº Sr. Diretor de Saúde:

A DSM enfrenta desafios significativos a curto e longo prazos, de modo a propor soluções e adotar medidas que possibilitem o enfrentamento do crescente custo de saúde, respeitadas as Leis e Normas em vigor, e sem perda da qualidade³¹.

Cabe ressaltar que o complicador do gerenciamento de custos, sobretudo num regime onde as receitas são “fixas e pré-estabelecidas”, é a variabilidade dos gastos com a assistência médica, combinada com sua oscilação em torno de uma média histórica (oscilação de risco) e a possibilidade de acontecimento dos chamados “eventos catastróficos”, isto é, aqueles que por serem imprevisíveis e por terem custos extremamente elevados, distorcem toda e qualquer previsão atuarial, transformando o gerenciamento dos gastos da assistência à saúde em uma tarefa de alta complexidade.

O estabelecimento de parâmetros para a negociação de contratos com as OSE, a gestão participativa, as auditorias prévias ou concorrentes de serviços prestados são ações que, se adequadamente conduzidas pelas organizações, contribuirão, sobremaneira, para a redução de custos e manutenção a qualidade dos serviços prestados.

Com a elaboração da Política Assistencial para o SSM e do Plano de Metas e Avaliação de Resultados (PMAR) em 2009, a DSM estabeleceu uma política clara,

31 **Fonte:** Relatório da Visita do Almirantado Programada (VAP) na Área da Saúde em 20 a 23 de agosto de 2012, p.8)

com diretrizes específicas de atuação que norteiam o nível de atendimento médico-hospitalar a ser prestado pelas suas unidades diretamente ou tecnicamente subordinadas. É em função destes documentos, da análise de uma série histórica de recursos alocados às OMH e OMFM e dos subsídios e respectivas justificativas, encaminhados por estas mesmas unidades para a DSM que os montantes são criteriosamente solicitados à Alta Administração Naval e repassados pela Assessoria do Plano Diretor e de Custos da DSM para as unidades executoras.

Algumas das ações desenvolvidas pela Assessoria em Auditoria de Saúde, que representam um grande desafio, são: a padronização dos procedimentos a serem realizados, o aperfeiçoamento de sistemas em tecnologia de informação para interligar as “células de auditoria” do sistema sob a sua coordenação em tempo “real” operacional e a gestão da obtenção ou aperfeiçoamento de recursos humanos voltados para a atividade de auditoria.

Neste tópico, o leitor foi apresentado à linha de tempo da evolução do conceito de auditoria e pode observar que seu escopo extrapola o de mera especialização contábil, para a prática de gestão na área de saúde.

Foram apresentadas, também, as iniciativas no âmbito da Marinha e da DSM, no intuito de internalizar as práticas referentes ao processo de auditoria em sua esfera administrativa: o desenvolvimento de estrutura de controle e regulação desse processo perante as OMH e OMFM, que inclui o estabelecimento de uma Política Assistencial.

No tópico seguinte será descrito o arcabouço jurídico e normativo aos quais está vinculado o exercício da Auditoria Médica, no Brasil e na Marinha. Ainda será

construída uma modelagem inicial para caracterização das relações com as OSE por parte das nossas organizações.

3.4 Condicionantes legais do Sistema de Auditoria de Contas Médicas

Por mais que a MB possua normas que orientem sobre o processo de auditoria de contas médicas, elas têm, obrigatoriamente, que fundamentar-se em leis maiores, as quais devem ser de conhecimento dos profissionais que lidam com o assunto.

Pode-se considerar como erro estratégico procurar a aproximação com os prestadores de serviços médico-hospitalares, existentes nos diferentes mercados regionais, desconhecendo o aparato jurídico referente a essa modalidade de atividade.

Pretende-se, neste segmento, municiar o leitor com as principais orientações jurídicas e normativas que servirão de instrumento para o gestor, no estabelecimento de parcerias com os prestadores de serviços de saúde, bem como, auxiliarão os médicos auditores no desempenho de suas funções.

3.4.1 No Brasil

Vimos como são discriminados os recursos públicos utilizados para a administração do sistema de saúde e disponibilizados aos usuários da MB.

A legalidade e a efetividade dos recursos financeiros são, atualmente, passíveis de controle pela sociedade. O cidadão, por exemplo, a um simples “click” do *mouse* pode acessar o Portal da Transparência³² onde, sem necessidade de senha, pode acompanhar a execução financeira dos programas de governo.

³² <http://www.portaldatransparencia.gov.br>

A primeira condicionante legal advém, portanto, da própria Carta Magna, em seu Art. 70, parágrafo único:

Prestará contas qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta, assuma obrigações de natureza pecuniária.” (BRASIL, 1988)

Observa-se, portanto, que o gestor responderá como pessoa física da Administração Pública, por qualquer irregularidade ou descumprimento de acordo administrativo firmado.

Na Constituição consta, ainda, em seu Art. 74, Parágrafo 1º:

Os responsáveis pelo controle interno, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade, dela darão ciência ao Tribunal de Contas da União, sob pena de responsabilidade solidária.” (BRASIL, 1988)

Como agentes de controle interno, a MB nomeia o Comandante ou o Diretor da OM, na condição de Ordenador de Despesa e o Imediato ou Vice-Diretor, na condição de Agente Fiscal, e qualquer membro constituído dos respectivos “Conselhos de Gestão” dessas organizações. Logo, pagamentos por serviços médicos em OSE, que não forem comprovadamente prestados ou pagamentos superfaturados de quaisquer serviços desta natureza poderão constituir ilícitos penais. Somente por este aspecto, já se justifica a relevância que vem sendo dada à Auditoria de Contas Médicas.

Em contrapartida, contas médico-hospitalares adequadamente auditadas inviabilizam erros, fraudes e abusos, ao mesmo tempo em que servem como registro documental de eficiência operacional.

O ordenamento legal da AMH prestada aos militares e seus dependentes foi instituído pelo Decreto nº 92.512/86, já citado, expressa a possibilidade dessa assistência ser prestada por OSE, como pode ser observado no Art. 2º, Parágrafo IV:

A assistência médico-hospitalar, a ser prestada ao militar e seus dependentes, será proporcionada através das seguintes organizações de saúde:

(...)

IV - do meio civil, especializadas ou não, oficiais ou particulares, mediante convênio ou contrato (...) (BRASIL, 1986)

O Art. 20 do mesmo Decreto delimita os casos em que é permitida a celebração de convênios e contratos com essas instituições:

Os Ministérios Militares, através de seus órgãos competentes, poderão celebrar convênios ou contratos com entidades públicas, com pessoas jurídicas de direito privado ou com particulares, respectivamente, para:

I - prestar assistência médico-hospitalar aos seus beneficiários nas localidades onde não existam organizações de saúde das Forças Armadas;

II - complementar os serviços especializados de suas organizações militares de saúde;

III - outros fins, a critério dos respectivos Ministérios. (BRASIL, 1986)

Já em seu Art. 22, o Decreto estabelece que:

Os convênios e contratos estabelecerão, em suas cláusulas, a vinculação das partes, o objeto, o modo e as condições de execução do ajuste, além de condições gerais não enquadradas nos elementos anteriores. (BRASIL, 1986)

Conforme os artigos supracitados podem ser adotadas as formas de contratação ou credenciamento com as OSE. Neste sentido, aqui cabem as seguintes observações:

Há pareceres da Advocacia Geral da União (AGU), por intermédio das suas Consultorias Jurídicas da União (CJU), que orientam para a forma de contratação, de acordo com o preconizado na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que dispõe sobre “Normas para Licitações e Contratos na Administração Pública”, sendo esta a regra geral para todos os acordos celebrados pelo Poder Público.

Tal medida, na área da saúde, resultaria em competição entre as instituições, acarretando a obtenção de melhores propostas, além de racionalizar a fiscalização das despesas (AGU, 2013). No entanto, nestes pareceres sempre há ressalva sobre a

possibilidade de outras formas de contratação, como pode ser observado no Parecer AGU/NAJ nº 63030.000006/2008-13:

[...] cabendo à autoridade competente do órgão decidir e justificar a opção sobre a forma de contratação que atende ao interesse público e as especificações do órgão militar. Caso o órgão consulente, justificadamente, entenda por realizar o Credenciamento – em que pese a ausência de disposição expressa na legislação autorizando esse procedimento – deverá justificar esta opção no sentido de que a medida possibilita a captação do maior número possível de interessados, sendo este objetivo imprescindível para o interesse público tutelado pela Administração Militar, e demonstrando não ser o caso de realizar licitação pública. (AGU, 2013)

Nesta linha de pensamento, colhe-se, também, a autorizada doutrina de Marçal Justen Filho:

Nas hipóteses em que não se verifica o cunho de exclusão entre as contratações públicas, a solução será o credenciamento. A Administração deverá editar um ato de cunho regulamentar, fundado no reconhecimento da ausência de exclusão de contratação de um número indeterminado de particulares para o atendimento a certas necessidades, no qual serão estabelecidas as condições, os requisitos e os limites não apenas para as futuras contratações como também para que os particulares obtenham o credenciamento. Este envolve uma espécie de cadastro de prestadores de serviço, sendo o ato formal pelo qual o sujeito obtém a inscrição de seu nome no referido cadastro. A escolha do prestador caberá ao próprio beneficiário. (JUSTEN FILHO, 2005, p.39)

O autor esclarece que toda a polêmica sobre esta matéria decorre da ausência de regulamentação do Art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o “Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais” (BRASIL, 1990b). O referido artigo define que a assistência à saúde do servidor civil, ativo ou inativo, e de sua família deve ser prestada pelo SUS ou diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou, ainda, mediante convênio, na forma estabelecida em regulamento; e nada mais dispondo.

Em 2009, a então DCoM formulou estudo técnico e parecer sobre credenciamento apresentado à DSM para análise, a fim de ser adotado procedimento

uniforme pelas OMH e OMF. Do estudo em tela, merece citação como orientação e, por corroborarem as manifestações jurídicas sobre o assunto, o seguinte trecho representativo:

O Credenciamento se justifica nas hipóteses em que o interesse público não pode ser atendido através da contratação de apenas uma pessoa ou, em outras palavras, nos casos em que a obtenção de uma proposta mais vantajosa não for suficiente para atender ao objetivo da Administração Pública. [...] Uma particularidade do Credenciamento é permitir buscar todas as empresas e profissionais que preencham as condições exigidas e aceitem a prestação do serviço, fazendo com que, quanto mais credenciados, mais adequados serão à plena satisfação dos serviços desejados. São exemplo dessas situações os casos de escolha de serviços de assistência médica. [...] Quanto maior o número de, ou seja, qualquer “contratado” assumirá igual obrigação perante a Administração e receberá a mesma quantia em pagamento, nas mesmas condições dos demais credenciados. Não há necessidade de ser elaborado um contrato para cada credenciado, posto que os mesmos já estarão vinculados aos regulamentos ao expressamente anuir aos seus termos. Assim, todos os interessados em efetivar esse credenciamento poderão fazê-lo, havendo, portanto, a possibilidade de serem celebradas várias “contratações”, assegurando-se, concomitantemente, o princípio da isonomia (BRASIL, 2009a).

Face ao exposto, entende-se que a melhor modalidade de contratação de serviços médico-hospitalares para o estabelecimento da rede complementar de saúde do SSM é o credenciamento. No entanto, ressalta-se que, ao elaborar o regulamento para a instituição do credenciamento, a Administração Pública deverá agir com a máxima cautela, pois, como já visto, não existem normas específicas para o sistema de credenciamento, a exemplo do que ocorre nos casos de licitação.

Salienta-se, ainda, que essa modalidade de contratação, por ser de caráter permanente, permite o credenciamento, em qualquer momento, de organização interessada que atenda aos requisitos fixados no regulamento. A Administração, por sua vez, também pode, a qualquer tempo, realizar publicações suplementares com vistas a aumentar o universo de credenciados.

Da mesma forma, especial atenção deve ser dada ao serem fixadas as hipóteses que ensejam o descredenciamento, de maneira que todo aquele que vier a

incidir em uma dessas hipóteses seja automaticamente excluído do cadastro dos credenciados.

Mais adiante, serão apresentadas estratégias para a seleção dos credenciados mais adequados ao objetivo proposto, na visão de parceria, sem ferir os preceitos legais desta forma de contratação.

O Decreto nº 92.512/86, em seu Art. 5º, Parágrafo único, prevê, também, a prestação recíproca de serviços médico-hospitalares entre as Organizações de Saúde dos três Comandos Militares, como escrito, *in verbis*:

Nas localidades onde não houver organização de saúde de seu Ministério, o militar e seus dependentes terão assistência médico-hospitalar proporcionada por organização congênere de outra Força Singular, quando encaminhados por autoridade competente.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto neste artigo aos casos em que, mesmo existindo organização de saúde de seu Ministério, existam razões especiais, relativas à carência de recursos médico-hospitalares ou a situações de urgência, que justifiquem o atendimento em organização de saúde que não a da própria Força. (BRASIL, 1986)

Observa-se que essa reciprocidade de atendimento só encontra respaldo onde os serviços forem complementares, isto é, quando em uma Força inexistir recursos que em outra Força esteja disponível.

Portanto, quando em Território Nacional existir proximidade física e possibilidades logísticas entre as OM de saúde dos Comandos Militares, torna-se atraente o mapeamento das competências locais entre Forças, a fim de que, em comum acordo, sejam adotadas medidas que possibilitem a otimização dos referidos serviços.

Entretanto, em que pese a possibilidade de fácil operacionalização desse “intercâmbio”, há a necessidade de instrumentalizá-lo legalmente. Em primeiro lugar, porque a normatização, hoje vigente, não mais prevê a existência plural dos Ministérios Militares, mas sim de Forças Armadas subordinadas ao Ministério de Estado da

Defesa³³. Em segundo lugar, neste caso, não cabe a modalidade convênio entre os Comandos da Força, uma vez que este instrumento, já analisado, serve aos órgãos ou entidades da Administração Pública Federal com órgãos ou entidades de outros entes federados.

Para relações entre órgãos ou agentes da mesma Administração Federal, como é o caso dos Comandos Militares, que impliquem em transferências de recursos quaisquer, utilizam-se outros instrumentos, tais como o “Termo de Cooperação” ou as “Normas de Atendimento”.

Existe toda uma lógica que é necessária conhecer para “existir” no mercado de saúde e nele operar de forma adequada e competente. As Leis nº 9.656/98 e nº 9.961/2000, já citadas no Capítulo 2, p. 18, também devem ser de conhecimento dos gestores.

As competências da ANS servem de balizamento e de elemento parametrizador das ações, decisões e planejamento dos gestores de saúde. Por exemplo, à ANS compete fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento, caracterizar indicadores de qualidade para serem aplicados aos prestadores de serviços e às operadoras (BRASIL, 2000a).

É importante frisar que, embora, a DSM não seja uma operadora de saúde, não é inviável considerar que é fundamental a necessidade de racionalização de recursos, assim como importa conhecer como a auditoria de contas médicas é preconizada pela Agência.

Como outro exemplo, cita-se a elaboração, pela Agência, do rol de procedimentos e eventos em saúde possíveis de serem “cobertos” pelas operadoras de

³³ Art. 3º e 4º da Lei Complementar nº 97, de 09 de junho de 1999, que dispõe sobre as Normas Gerais para a Organização, o Preparo e o Emprego das Forças Armadas.

saúde aos seus usuários (BRASIL, 2000a). É pertinente utilizar este rol como referência e, principalmente, como subsídio legal quanto à melhor forma de assistir aos usuários e regular os procedimentos realizados pelos integrantes da rede credenciada do SSM.

Não sendo a análise detalhada dessas leis o escopo do presente estudo, importa ao leitor saber que elas são marcos regulatórios na área de assistência médico-hospitalar.

Atualmente, por determinação legal, existe a obrigatoriedade que instituições de saúde, públicas ou privadas, estejam inscritas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), instituído pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria nº 376, de 03 de outubro de 2000, assim como possuam registro nos respectivos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), na área em que exerçam suas atividades (BRASIL, 2000b). As instituições hospitalares militares também estão sujeitas a estas regulamentações e, não procedendo desta forma, estarão irregulares ao lançarem editais de credenciamento na “praça” ou ao exercerem atividades de auditoria, fiscalização e controle, utilizando seus profissionais de saúde, em outras instituições devidamente inscritas.

Por sua vez, o Decreto Presidencial de nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, ainda em vigor e que “regula e fiscaliza o exercício da Medicina, da Odontologia, da Medicina Veterinária e das profissões de farmacêutico e enfermeiros no Brasil e dá outras providências” – estabelece em seu Art. 28 que “qualquer organização hospitalar obrigatoriamente tem que funcionar com um Diretor Técnico habilitado para o exercício da medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados”. Nas organizações hospitalares da Marinha, o Diretor Técnico, com registro assentado nos Conselhos Regionais, é o também o Diretor da OMH, e, portanto, seu gestor.

A auditoria de contas médicas é ato médico reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Conclui-se que o Diretor da OMH responde pelos atos praticados pelos seus auditores. Compete, portanto, a ele assegurar as condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis ao exercício de uma boa prática médica, zelando ao mesmo tempo pelo fiel cumprimento dos princípios éticos profissionais.

A assunção da Direção Técnica deve ser declarada por escrito. As suas atribuições estão regulamentadas pelo Código de Ética Médica (CFM, 2010). Este, também, apresenta orientações de cunho relacional entre as instituições de saúde e orienta para a conformidade no campo da conduta ética entre, por exemplo, as direções técnicas de diferentes instituições, entre o médico auditor e o médico assistente ou representante da instituição prestadora da assistência médico-hospitalar.

No presente estudo não será realizada uma análise mais aprofundada dos artigos do Código de Ética Médica afetos ao exercício profissional do médico auditor, da Resolução CFM nº 1.342/91³⁴ e dos Manuais do Diretor Técnico (com diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina e adaptados pelos Conselhos Regionais), porém, importa ressaltar ao gestor que, em ambos, há conceitos e orientações úteis na prática da auditoria médica tanto no campo estratégico como no operacional.

3.4.2 Na MB

No âmbito da MB devem ser de conhecimento da Direção os seguintes documentos normativos:

³⁴ **Resolução CFM nº 1.342/91** - Estabelece normas sobre responsabilidade e atribuições do Diretor Técnico e do Diretor Clínico.

- **Portaria nº 330/2009**

Já citada anteriormente, aprovou o Regulamento para o FUSMA, estabelece os contribuintes e beneficiários do SSM e descreve como se dá a sistemática da contribuição e indenização por parte dos usuários para o Sistema. Além disso, estabelece que os serviços médico-hospitalares terceirizados só podem ser prestados aos usuários legalmente instituídos.

Portanto, esclarecer à rede conveniada as condições de dependência legal do usuário a ser apoiado e ao usuário como será realizada a cobrança da conta médica pela Marinha, é um dever da OMH e a referida Portaria é o instrumento para tal.

- **DGPM-401 – Normas para Assistência Médico-Hospitalar**

Trata-se de publicação constantemente revisada e atualizada pela DSM, que deve ser considerada como uma das leituras de “cabeceira” do gestor. Praticamente todo o conteúdo apresentado no presente trabalho pode ser encontrado nesta Norma, de forma organizada e detalhada.

Seu propósito é “estabelecer procedimentos, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar aos militares e seus dependentes” (BRASIL, 2012a), além de explicitar os procedimentos administrativos para o tratamento e controle de diversas patologias no âmbito da MB.

Para a atuação do pessoal envolvido com o processo de credenciamento e os médicos auditores, merece especial atenção o Capítulo 7 – Acordos Administrativos. Todo o aspecto operacional do estabelecimento dos acordos administrativos, orientações gerais, sua tramitação pelos órgãos competentes e as tabelas de preço autorizadas para

suas negociações como base dos pagamentos aos credenciados estão discriminados neste capítulo.

O capítulo 8 – Indenizações e Isenções – descreve de forma clara e concisa como se dá a indenização por parte dos usuários pelos serviços prestados. Conhecer sua lógica ajuda no estabelecimento dos documentos que regem o credenciamento. O capítulo 9 – Pagamento às Organizações de Saúde Extra-Marinha (OSE) – explica como se dá o pagamento devido às OSE e às Organizações de Saúde das outras Forças Singulares e Auxiliares.

- **DGPM-404 – Normas sobre Dados Estatísticos e Auditoria em Saúde**

Tem como propósito orientar as OMH quanto aos procedimentos administrativos relacionados à coleta de dados estatísticos e auditoria médica, seja em sua vertente analítica (relatórios, processos e documentos para análise quantitativa, se os serviços de saúde atendem às normas e padrões nacionais previamente definidos) ou na forma operacional, determinando a adequação das condições da rede física (capacidade instalada), mecanismos de regulação e no desenvolvimento das ações de saúde, incluindo o gerenciamento das atividades relacionadas às OSE.

- **Manual de Auditoria à Assistência de Saúde (DSM-2002)**

Tem como propósito padronizar as ações nas OMH/OMFM quanto à autorização de procedimentos médicos e internações hospitalares realizadas em OSE, bem como, orientar a auditoria de contas médicas e hospitalares nos seus aspectos procedimentais, fornecendo por último, parâmetros para verificar a adequação dos serviços prestados pelas OSE. Destina-se, fundamentalmente, aos médicos auditores do

sistema e procura abranger o maior número possível de situações vivenciadas no dia-a-dia do exercício técnico destes profissionais.

Formado o embasamento jurídico e normativo que serve para balizar as ações da Direção e de seus médicos auditores, passo a relatar a experiência do autor como Diretor de uma OMH Distrital do SSM tendo vivenciado situações que demandaram conhecimento prévio de Normas e Leis.

Está previsto na DGPM-401 que, em situações de emergência, o usuário pode recorrer à OSE não credenciada³⁵ ou mesmo à OSE credenciada³⁶. Entretanto, sanada a causa da urgência ou a situação que motivou a internação e, de acordo com a condição clínica que se apresente (cabe à OMH ou à OMFM encaminhar um médico ao local, o mais breve possível, para proceder a exame físico, análise do prontuário médico e emissão do relatório de avaliação da emergência ou da causa que motivou a internação), o paciente deverá ser removido e/ou evacuado³⁷ para OSE credenciada ou OMH do SSM.

No entanto, preenchidos os critérios para a remoção ou evacuação, o paciente ou a família, podem negar-se a dar autorização. Neste caso, está criado um impasse que, muitas vezes, poderá originar problemas de ordem judicial. A Norma prevê, então, que a OMH ou OMFM responsável pela prestação da AMH emita um Termo de Cessação de Responsabilidade Financeira, que classifica como:

um documento circunstanciado para assinatura do paciente, responsável legal ou autorizado, expondo as condições favoráveis para a remoção ou evacuação, se possível, com laudo médico da OSE não credenciada ou da credenciada dependendo da situação, ratificando quadro clínico. (BRASIL, 2012a)

³⁵ Grifo do autor.

³⁶ Observação do autor.

³⁷ De acordo com a DGPM-401, denomina-se **remoção** à transferência do paciente, por razões de ordem médica, para uma organização de saúde, ou desta para outra, localizada dentro do perímetro urbano ou suburbano; e **evacuação**, quando esta transferência acontece para outro município, estado ou mesmo país.

E acrescenta que, nesse documento, deverão estar caracterizados os seguintes termos:

- [...]
- II- disponibilidade de vaga em OSE credenciada ou OMH e de meios adequados para proceder a remoção ou evacuação;
- III- isenção de responsabilidade técnica no acompanhamento do paciente, caso não aconteça a remoção ou evacuação; e
- IV- isenção de responsabilidade do ressarcimento das despesas referentes à prestação da AMH a OSE pela MB a partir a data do preenchimento do documento (BRASIL, 2012a).

Em caso de recusa em assinar o documento, a DGPM-401 determina que “deverá ser providenciada junto a cartório da respectiva jurisdição, uma Notificação Extra Judicial”. Além disso, deverá ser dado conhecimento à OSE não credenciada ou a OSE credenciada, dependendo do caso, por meio de ofício, do conteúdo do referido documento.

Em caráter preventivo, tais circunstâncias devem ser explicadas aos usuários e previstas nos Termos de Credenciamento estabelecidos com a rede conveniada.

Igualmente “sensíveis” são as situações em que se vislumbra a necessidade de remoção ou evacuação para o HNMD, como já citado, hospital de alta complexidade e de referência do SSM, localizado no Rio de Janeiro. Em geral, são casos onde a condição clínica do paciente demandará cuidados intensivos por tempo indeterminado e a utilização de medicamentos de alto custo. Para melhor compreensão sobre a magnitude dos gastos em situações como esta, um único paciente com tais características, pode esgotar toda a previsão e planejamento orçamentário para o exercício financeiro de um ano de uma OMF.

É comum que o paciente internado em OSE ou em uma OMH do sistema, seja um recém-nascido, criança ou um idoso, possua condições e meios para a remoção/evacuação e os responsáveis, familiares ou prepostos se neguem a permitir o

procedimento. Como pano de fundo, os credenciados que assistem ao paciente alegam para a família que têm plenas condições de lidar com o caso em questão. Alegam, ainda, estar sendo desprestigiados ao não poderem dar continuidade ao tratamento até a alta hospitalar, com a realização dos procedimentos médicos, uso de métodos diagnósticos e medicamentos etc. De fato, a rede credenciada, em geral, possui as condições adequadas para tratar o paciente, mas o que está em pauta é a relação custo x benefício despendida na prestação da AMH.

Como a rede própria do SSM pode operar com a condição do paciente, não necessitando do credenciado, mantê-lo “fora” da rede poderá implicar em não racionalização de recursos e em uso intensivo de pessoal médico para acompanhamento *in loco* do caso e da estrutura de auditoria de contas médicas. Há que se considerar, portanto, os princípios gerenciais de racionalidade e economicidade, desde que seja preservada a qualidade do atendimento ao usuário.

O Gestor, sempre munido da melhor forma possível de argumentos técnicos e fáticos, deve mediar as conversações com a família e com os representantes da instituição credenciada. Casos como esse, não adequadamente conduzidos, podem levar a ruptura de parcerias estratégicas e a perda de credibilidade da MB na área de responsabilidade de cobertura da OMH ou da OMFH.

Outro viés desse tipo de situação surge quando a família relata problemas de cunho social que inviabilizariam a remoção ou a evacuação do paciente. O Estatuto da Criança e do Adolescente³⁸ e o Estatuto do Idoso³⁹, uma vez invocados, podem, legalmente, inviabilizar qualquer ação a ser tomada. Mais uma vez, caberá ao Gestor a responsabilidade de decidir que linha de ação adotar. O melhor caminho deverá ser o do

³⁸ Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

³⁹ Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

diálogo com os familiares, intermediado ou não, por profissionais da área de assistência social.

De qualquer forma, com a maior transparência possível, os casos apresentados deverão ser motivo de reflexão ao gestor e previstos nos Termos de Credenciamento a serem firmados. As OM deverão ter pessoal capacitado e adestrado quanto aos procedimentos legais a serem observados em cada caso.

3.5 Agregando valor ao ciclo de atendimento do paciente

De acordo com Porter e Teisberg (2007), criar a competição em resultados e redirecionar o foco da redução de custos para a agregação de valor ao paciente é o único caminho para um mercado de saúde eficiente e competitivo. Sob esta ótica, a tendência de firmar contratos com prestadores de serviço que possuam amplas “linhas de serviço” de saúde, objetivando o aumento quantitativo da rede credenciada, está equivocada. Ela estimula a duplicação improdutiva de oferta de serviços e aumenta a carga administrativa e burocrática, que, por sua vez, eleva os custos de transação, constituindo-se em prática disfuncional. As estruturas de governança prevalentes, atualmente, acentuam a tendência dos prestadores de serviço tentar ser tudo para todos. Isto é impossível.

O princípio da isonomia deverá nortear o estabelecimento da rede credenciada em uma determinada área de abrangência da OMH ou da OMF, ou seja, qualquer instituição que atenda aos requisitos estabelecidos no Edital e no Termo de Credenciamento estará apta a fazer parte do cadastro de credenciados. Daí a importância de que estes documentos tenham suas cláusulas expressas de forma clara e contemplem todos os critérios, as exigências e as situações passíveis de serem legalmente reguladas.

O trabalho da equipe de Auditoria de Contas Médicas fica muito facilitado se, nestes documentos, forem criteriosamente fixadas as condições de remuneração dos prestadores, as tabelas de preço e os prazos para o pagamento dos serviços faturados e, também, de forma pormenorizada, as hipóteses de descredenciamento, que se constituem, normalmente, motivo de querelas.

Caracterizada a rede credenciada, caberá ao gestor orientar sua Comissão de Credenciamento, que será detalhada no capítulo seguinte, quanto às estratégias a serem adotadas, a fim de fidelizar as instituições cadastradas. Em outras palavras, criar um novo paradigma de relação com os prestadores de serviço – selecioná-los e transformá-los em parceiros.

Nesse processo, será determinante a atuação da Equipe de Auditoria de Contas Médicas, como um centro de custos devidamente formalizado e integrado à organização, de forma a:

- Respalidar tecnicamente os termos de negociação da Comissão de Credenciamento, possibilitando e propondo ajustes nos métodos de faturamento, gerando planilhas com faturas integradas e com definição precisa do preço dos serviços disponibilizados;
- Simplificar o processo de faturamento, ou seja, focar a precificação no valor do ciclo completo de atendimento para uma determinada patologia;

É o custo do episódio na sua íntegra e não o somatório de procedimentos realizados, como troca de curativos, utilização de frascos de soro etc., que expressem significado na avaliação do valor entregue ao paciente. A excelência será um preço único, pré-fixado e corretamente indexado por ciclo de atendimento.

- Analisar toda a tramitação de documentos gerada no ciclo de atendimento e propor ao credenciado o “enxugamento” de qualquer transação administrativa vista como desnecessária – minimizar custos de transação;
- Traçar um perfil de habilitação dos prestadores baseado nos serviços e especialidades em que apresentem excelência e onde agreguem valor, com resultado positivo ao atendimento do paciente;

Para tal, será necessária a montagem de uma agenda de visitas aos diferentes hospitais e clínicas da área alvo, com o objetivo de tipificar a qualificação dos diferentes serviços ofertados e conhecer a capacidade instalada.

- Aproximar a organização dos prestadores credenciados, promovendo a articulação das ações de controle, avaliação e efetividade voltados para a regulação assistencial, o que resultará na utilização, de fato, da rede credenciada como complementar ao sistema;
- Instituir sistemas de referência e contrarreferência para todas as ações de atenção especializada;

A Equipe de Auditoria deverá ser o elo entre o atendimento ao paciente e o médico lotado na OMH ou OMF, responsável pelo acompanhamento do usuário e pelo retorno do mesmo ao sistema. Na mesma ação deverá ser estabelecido o elemento chave de contato da instituição credenciada, alinhando equipe de saúde do SSM – paciente – prestador de serviços.

- Divulgar na OMH e nas OMF da área de abrangência, a prática do princípio de isonomia para com a rede credenciada.

Isso significa que caberá ao usuário a escolha do prestador cadastrado na rede. Mais adiante, as informações colhidas com o usuário poderão gerar indicadores de

satisfação com os serviços, que servirão de respaldo para a prorrogação ou descontinuidade dos contratos. Tais indicadores devem ser apresentados e discutidos com os prestadores, ganhando importância no processo as sugestões e análises realizadas pelo paciente.

Tarefa árdua, porém necessária, é a presença do gestor da OMH perante cada representante da estrutura de governança das instituições credenciadas. O estreitamento do relacionamento e das comunicações entre ambos potencializa o fiel cumprimento das cláusulas contratuais. A instituição credenciada se sente, de fato, prestigiada pelo agente credenciador, ao tempo em que o gestor pode, de maneira transparente e direta, expor suas expectativas quanto à oferta e produção dos serviços de cada credenciado.

Caberá, também, à Direção e à equipe de Auditoria de Contas Médicas, intensificarem o interrelacionamento das ações de saúde entre as OMH e as OMFMs de sua área de responsabilidade. É comum que estas disponham de equipe de saúde sem capacitação técnica e negocial para estabelecer e supervisionar contratos de credenciamento e, muito menos, realizar ações de auditoria de contas.

Nesse caso, deve ser considerada como estratégica a ida do gestor ou de representantes do Setor de Auditoria às OMFMs para orientar e dar suporte às práticas gerenciais locais. Os prestadores de serviço locais, também, deverão ser previamente mapeados e conhecidos, sondados quanto à intenção de aderirem ao rol de credenciados da OMFm e devidamente esclarecidos quanto aos aspectos operacionais, como por exemplo, rotinas da auditoria das contas, negociação e pagamento pelos serviços.

De forma a complementar o assunto em pauta, ressalta-se que as ações propostas, neste tópico, deverão fazer parte, necessariamente, de uma estratégia maior

de ampliação, aproximação e controle da rede credenciada e de externalidade das OMH e OMFM para os diferentes mercados de saúde das áreas de atuação da rede hospitalar do SSM.

Sendo o Brasil um país de dimensões continentais, poderá haver dificuldade na aplicação das medidas propostas, devido às distâncias da área de cobertura das OMH e OMFM e às peculiaridades de cada região no tocante aos serviços de saúde. Deve-se considerar que há regiões onde se fica a mercê da discriminação de preços baseada em afiliação, o que dificulta a mudança de paradigma de negociação, tira o foco de competitividade por qualidade e dificulta a atuação dos gestores do SSM.

Sugere-se, ainda, a busca por uma ação conjunta dos Serviços de Saúde das três Forças nas áreas em que existirem condições para tal. Desta forma, o poder de negociação com possíveis credenciados aumentará diante de uma carteira de usuários disponibilizada ampliada. Estratégias conjuntas poderão ser traçadas com o objetivo de estabelecer uma tabela única de procedimento a ser utilizada entre os Sistemas de Saúde das Forças, que serviria de parâmetro de negociação para os credenciamentos em todo Território Nacional.

O próximo capítulo discorrerá sobre as possíveis ações a serem efetivadas nas OMH, com o intuito de fortalecer toda a estrutura dos serviços de Auditoria de Contas Médicas, tais como o estímulo à padronização de procedimentos, ao aperfeiçoamento de processos e à capacitação dos recursos humanos. Assim, cada Direção poderá, efetivamente, contribuir para a melhoria das práticas de gestão em saúde no SSM.

4. PROPONDO AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS PELO GESTOR

Pela leitura dos capítulos anteriores fica evidente a característica de descentralização das ações de saúde, inerentes a um sistema que assiste cerca de 300.000 usuários em todo Brasil.

Em recente apresentação à Alta Administração Naval durante a VAP na Área de Saúde, ocorrida em 2012, o Exmº Sr. Diretor de Saúde da Marinha expôs planejamento favorável à verticalização e ampliação, em longo prazo, da rede própria do SSM, com o objetivo de melhorar a eficiência operacional e reduzir as despesas com o pagamento à rede credenciada que, como foi demonstrado, vem aumentando nos últimos anos. A DSM reconhece como pilares da macro gestão do SSM a regulação, a verticalização e os processos de auditoria.

Neste segmento do trabalho serão sugeridas ações a serem desenvolvidas no âmbito das OMH do SSM, com o intuito de aprimorar a auditoria como ferramenta de gestão em saúde. As medidas foram aplicadas pelo autor como Diretor, por um período de dois anos, de uma OMH, e acarretaram economicidade na aplicação dos recursos financeiros disponibilizados para a assistência de saúde.

Cabe ressaltar que o conhecimento prévio à assunção da Direção das documentações citadas ao longo dos capítulos anteriores foi essencial para a obtenção de resultado final satisfatório, bem como a aderência à Política Assistencial da Marinha e ao PMAR.

Destaca-se, também, para a implementação das ações, a utilização de metodologias e ferramentas gerenciais disponibilizadas pelo Programa Netuno, implantado na MB em 2007, em consonância com a sistemática preconizada pelo

Governo Federal, por meio do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA)⁴⁰.

4.1 Nas OMH e nas OMF

O gestor deve, sempre, objetivar o envolvimento de toda a Instituição e a definição clara da orientação quanto ao alcance das metas instituídas. Trata-se, de fato, de uma estratégia do tipo *top down*, partindo a iniciativa da Direção da OM.

Recomenda-se incluir, já na fase de elaboração ou durante a revisão do Planejamento Estratégico da organização, pauta referente ao tema auditoria de contas médicas, abrangendo desde a estruturação do setor até a coleta sistemática de dados que possam subsidiar a tomada de decisões e o gerenciamento de recursos financeiros.

Exemplificando:

- Delinear o perfil dos usuários do SSM que utilizam os serviços de saúde contratados, visando à consequente identificação do perfil epidemiológico dos mesmos na área de cobertura da OMH;
- Estabelecer uma rede virtuosa de relacionamento com os parceiros e clientes (internos e externos) da instituição;
- Criar, para posterior padronização e controle, indicadores das demandas assistenciais do usuário e de avaliação de desempenho do serviço de auditoria;

⁴⁰ Programa de âmbito nacional, que tem por objetivo a melhoria da capacidade de produzir resultados efetivos para a sociedade ao aprimorar a qualidade dos serviços públicos prestados ao cidadão. Fonte: <http://www.gespublica.gov.br>.

- Caracterizar um perfil histórico de despesas com a assistência em saúde, com a finalidade de subsidiar previsão orçamentária para os exercícios vindouros;
- Propor método para acompanhamento regular da sinistralidade⁴¹ do sistema na área de abrangência da OMH/OMFM; e
- Orientar investimentos alternativos em prevenção de doenças e no aumento da capacidade da rede própria.

Como exemplo, cita-se uma situação ocorrida em determinada OMH do sistema onde os serviços de fisioterapia e de imagem, principalmente exames de ultrassonografia, prestados pela rede credenciada, representavam despesas de, respectivamente, 9% e 11% das faturas auditadas. Uma revisão das agendas de marcação de consultas na fisioterapia e realização de exames na própria OMH, disponibilizando mais atendimentos e um acompanhamento mais ostensivo dos pacientes que se valiam da rede credenciada representou uma economia anual em torno de R\$ 1.800.000,00.

Assim, pode-se dizer que as ações ora propostas, expressam práticas de governança voltadas para a Auditoria de Contas Médicas. De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2009) estão pautadas em diretrizes pré-estabelecidas, para atividades desenvolvidas em um dado elemento (setor de auditoria) da estrutura organizacional (OMH/OMFM), demandando processos que estão sujeitos a mecanismos de controle interno e externo. Visam, ainda, assegurar que as decisões de gestão da Organização estejam alinhadas às necessidades da MB, sendo

⁴¹ Nota do autor. Por **sinistralidade** entende-se a relação direta existente entre o valor arrecadado pelo sistema a partir do grupo de usuários assistidos em determinada área e os valores pagos pela AMH prestada a este mesmo grupo em determinado período de tempo. No caso, a contrapartida dos serviços prestados se refere a utilização da rede credenciada.

responsabilidade do Diretor a gestão dos riscos e o controle estratégico das atividades desenvolvidas.

4.1.1 O Serviço de Auditoria de Contas Médicas

Na OMH o serviço de auditoria deve existir como um elemento organizacional, estruturado em espaço físico adequado e dotado de recursos humanos e materiais próprios. As atividades desenvolvidas não podem ser consideradas como colaterais e relegadas a plano secundário. Sugere-se a inserção do serviço sob a subordinação do Departamento Médico ou de Saúde do hospital, com normas, rotinas e procedimentos e processos chancelados pelo Diretor⁴².

Para a administração do hospital, a área da auditoria em saúde, contribui para a redução da quantidade de processos licitatórios ao viabilizar a modalidade de credenciamento, reduzindo o tempo levado para a contratação dos serviços de saúde e possibilitando ganhos com economia de escala, garantindo a aplicação dos recursos públicos com efetividade. Constitui-se, também, em elemento essencial para subsidiar o planejamento da aplicação de recursos por parte da direção.

É importante investir na consolidação dos serviços de auditoria locais. A obtenção de recursos humanos para tal deve ser priorizada. Mapear competências entre as pessoas existentes no hospital gera a possibilidade de identificar profissionais com experiência pregressa na área de auditoria, ou atrair para o setor pessoas com o perfil e interesse em se capacitar nesta especialidade. O gestor deve proporcionar condições para a capacitação na área da OMH de profissionais de nível superior (cursos de

⁴² Nota do autor: Na MB o documento administrativo que responde por estas atribuições denomina-se Ordem Interna, com procedimentos de utilização, forma gráfica e modelo previstos nas Normas sobre Documentação Administrativa e Arquivamento da Marinha (NODAM) – SGM-105.

especialização em Auditoria em Saúde com ênfase na parte contábil) e de nível técnico (investindo em cursos de faturamento e contabilidade, por exemplo).

Neste mister, buscar a capacitação de pessoal que tenha condições de permanecer na OM pelo maior tempo possível (*turn-over*⁴³), considerando, durante o período de capacitação, a possibilidade de contratação, por intermédio de licitação, de empresas especializadas em auditoria para atuarem realizando a auditoria de todas as contas médicas. A justificativa de viabilidade econômica para a contratação de empresa especializada, nesta fase, encontra respaldo na relação custo x benefício existente entre os gastos da contratação e os recursos economizados mediante as auditorias realizadas em dado período de tempo.

Caso seja viável a contratação, aproximar o pessoal em formação pelo hospital com a empresa a fim de adquirir *know how* na atividade.

De qualquer forma, os auditores e os técnicos pertencentes ao serviço devem estar capacitados para o exercício de suas funções. Logo, a capacitação de recursos humanos para a auditoria em serviços de saúde precisa ser foco da atenção do gestor.

4.1.2 O Setor de Licitações e Acordos Administrativos

Pelo que já foi previamente exposto, pode-se inferir a importância deste setor no processo de auditoria de contas médicas. Credenciamentos levados a termo com base em contratos sólidos, com especificações claras das condições de cobranças de taxas e tabelas de preços de referência são fundamentais para as boas relações comerciais com a rede credenciada, não devendo existir negociação sobre regra

⁴³ No contexto de Recursos Humanos, *turn-over* refere-se à relação entre admissões e demissões ou à taxa de substituição de trabalhadores antigos por novos de uma organização.

contratual. Cabe, pois, ao Setor de Licitações trabalhar para atingir este patamar de qualidade.

De forma análoga ao setor de auditoria, o setor de licitações deve estar aparelhado com recursos materiais e informacionais e ter profissionais capacitados para o exercício de suas funções. A participação em cursos e conclaves visando atualização, treinamento e capacitação não demandam grande soma de recursos se comparado ao imenso potencial deste setor gerar economicidade para o sistema.

O alinhamento com a DSM precisa ser buscado por canais de comunicação ágeis e regulares com a Assessoria de Auditoria em Saúde daquela Diretoria Especializada.

Juntamente com o Serviço de Auditoria, os profissionais do setor de licitações devem realizar constantes análises e aperfeiçoamento de todos os contratos firmados com a rede credenciada, participando, ativamente, da negociação de valores junto aos prestadores, principalmente em relação às taxas de comercialização⁴⁴ que oscilam de forma desigual em cada mercado regional.

Deve-se atender aos prestadores de serviços médicos com um “olhar mais regulador” e não meramente assistencial. A vestimenta de “operadora de saúde” para o SSM é muito densa e pesada, mas faz-se necessária para otimizar e gerenciar os recursos disponibilizados com o objetivo de prover assistência ampla e com qualidade.

4.1.3 Mapeando processos

Chiavenato (2004) define processo como:

⁴⁴ Nota do autor. Geralmente usada para medicamentos e materiais, trata-se de valor percentual acrescido ao preço do produto referente aos custos com a logística de obtenção, manipulação do item, fracionamento etc. Há resoluções da ANS estipulando tais “custos”, nem sempre respeitadas.

um conjunto de atividades estruturadas e destinadas a resultar em um produto especificado para um determinado cliente. É uma ordenação específica de atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um começo, um fim, e entradas e saídas claramente definidas (CHIAVENATO, 2004, p.16).

Mapear um processo é identificar todas as atividades desenvolvidas durante sua execução, apontar os diferentes setores e as pessoas da organização envolvidas, com o objetivo de viabilizar melhores resultados em tempos menores, ou melhor, torná-lo mais eficiente e eficaz (CHIAVENATO, 2004). Uma das técnicas de administração utilizada para tal é a Análise e Melhoria de Processos (AMP).

O gestor pode aplicar essa ferramenta nos processos que envolvem a Auditoria de Contas Médicas. A AMP pode ser utilizada, por exemplo, com relação ao processo de pagamento de faturas emitidas pelos prestadores de serviços. Não é incomum a demora no pagamento ao credenciado e tal fato gera desgastes, expondo a unidade pagadora, mesmo nas situações em que o contrato entre as partes está adequadamente firmado. As atividades de análise da fatura (verificação se a conta hospitalar apresentada corresponde efetivamente à assistência prestada) – a cargo do Setor de Auditoria – e, a tramitação no Setor Financeiro para a liberação dos recursos, acontece de forma morosa. Sem nenhum “motivo aparente” ou justificativa plausível, o pagamento acaba sendo liberado muito tempo depois do serviço prestado.

Não se pode esquecer a possibilidade, prevista em contrato, de acontecerem glosas⁴⁵. As glosas podem ser consideradas para o processo de análise de faturas como disfunções, acarretando retrabalho e conseqüente retardo no pagamento da fatura.

⁴⁵ **Glosa** – é a recusa parcial ou total de uma fatura, por uma operadora de plano de saúde ou órgão credenciador, por considerar sua cobrança indevida por erro ou omissão de alguma informação nas fichas de atendimento/prontuário ou pedido de pagamento de um determinado paciente.

A conscientização e o comprometimento do pessoal envolvido nas atividades, inerentes a qualquer processo, no caso, auditoria e pagamento de faturas, implicará, na maioria das vezes, na diminuição do tempo de execução da tarefa.

Note-se que há envolvimento de mais de um setor e estes precisam estar em sincronia, cabendo sempre ao gestor propiciar um ambiente adequado e os meios para o estabelecimento deste sinergismo. De fato, as instituições credenciadas ao repararem no esforço do credenciador para agilizar a auditoria e o pagamento de suas faturas, ficam “mais atentas” na hora do fechamento de suas cobranças, prevenindo distorções, evitando retrabalho e estreitando as relações comerciais com as OMH/OMFM.

4.1.4 Estabelecendo uma parceria com o usuário do Sistema

Todos os esforços de integração entre os Setores de Auditoria, Financeiro, de Licitações e Contratos, e a rede credenciada têm por finalidade ofertar qualidade em serviços de saúde para o usuário do SSM. É sensato utilizar, então, instrumentos que aproveitem a participação do usuário na avaliação do ciclo de atendimento que recebem.

Em que pese acreditar-se que o usuário só está interessado na resolução de sua situação (e na verdade alguns pensam desta forma), quando incentivado, tende a participar da avaliação de desempenho da rede credenciada, assim como a opinar positivamente para a melhoria dos serviços prestados.

Sugere-se, então, a realização de reuniões mensais com os usuários, com chamamento livre e divulgação em locais de fácil acesso e visibilidade no hospital, devendo contar, obrigatoriamente, com a presença do Gestor, e a participação de representantes do setor de auditoria e da comissão de credenciamento.

As opiniões e outros dados obtidos deverão ser registrados em ata e servirão de subsídios para novos credenciamentos, eventuais descredenciamentos, melhor percepção da efetividade da cobertura assistencial prestada pelo hospital, identificação dos usuários com maiores possibilidades de onerar o sistema devido às suas condições de saúde e qualquer informação adicional que se pretenda obter. Cria-se, também, oportunidade para divulgar ao usuário informações sobre o SSM, sua lógica de funcionamento, a sistemática das cobranças a que estão sujeitos e como o serviço de auditoria exerce função reguladora e fiscalizadora, legitimando as despesas do usuário com o seu tratamento.

É provável que, nas primeiras vezes, a experiência poderá não ser tão positiva quanto se pretende, com baixa audiência e utilização do momento pelo usuário para resolver situações de cunho pessoal e familiar, apresentando reclamações das mais variadas e não condizentes com a pauta da reunião. Muitas das vezes, inclusive, o faz de forma agressiva, devendo todos da administração estar preparados para lidar naturalmente com os impasses que surgirão.

Não deve o gestor participar sozinho dessas reuniões. Será desgastante, além de excluir elementos importantes da instituição. Com o passar do tempo, as reuniões vão se tornando mais produtivas, as participações aumentam, ganham representatividade. O entendimento sobre o propósito dos encontros é atingido e resultados concretos surgem para a administração e para o usuário.

Como prática de gestão participativa a ser conduzida pelo Titular da OMH, as propostas de avaliação de desempenho e da qualidade dos serviços ofertados não podem deixar de passar pelo crivo do usuário.

4.1.5 O Conselho de Gestão (CG)

A MB, por intermédio das Normas Gerais de Administração – SGM-107, na sua 4ª revisão (BRASIL, 2011), introduziu o conceito e a prática do CG, assim descrito:

O Conselho de Gestão [...] tem a finalidade de assessorar o Comando ou a Direção da OM na administração geral e no desenvolvimento organizacional, focando as suas iniciativas em resultados para os usuários internos e externos, mediante a promoção e a implementação de práticas de gestão exitosas [...]. O Conselho de Gestão integra-se à estrutura organizacional da OM como órgão de assessoramento” (BRASIL, 2011, p.8).

Identifica-se no CG, de periodicidade mensal, uma excelente oportunidade de o gestor apresentar e disseminar suas ideias em relação à Auditoria de Contas Médicas, devendo incluindo o tema como pauta permanente da reunião. Nesta agenda poderiam constar, por exemplo:

- Propostas de práticas de melhoria de gestão;
- Acompanhamento e controle de gastos com as OSE e na própria OMH, incluindo despesas com medicamentos especiais, órteses e próteses;
- Análise de indicadores de gestão para a Auditoria (indicadores como tempo de permanência das faturas na auditoria e na OM, faturas apresentadas/faturas auditadas, percentual de concordância pelos credenciados das faturas analisadas pela OM);
- Caracterização do perfil assistencial terceirizado: serviços mais utilizados, internações em unidades de terapia intensiva, consultas, exames de imagem, outros exames complementares e sua estratificação pelos maiores gastos (quimioterápicos, tipos de exames de imagem etc.);
- Análise da relação entre guias emitidas para terceiros e os serviços efetivamente prestados; e

- Seleção dos prestadores de serviços considerados estratégicos pela excelência no desempenho e pelo relacionamento com a instituição (por exemplo, a elaboração periódica e eficaz de questionários como parte de pesquisa de qualidade).

Pelo setor de Licitações e Contratos deverão ser apresentados todos os Termos de Credenciamento e Acordos Administrativos vigentes do hospital e das OMFM, assim como a situação do trâmite legal de acordos propostos.

Enfim, as reuniões do CG configuram-se como o ideal para que a OM consolide a ideia de pertinência e relevância das atividades desenvolvidas pela Auditoria de Contas Médicas.

4.2 Preenchendo o vácuo estratégico com a DSM

Como já apontado, a assistência à saúde na MB ocorre de forma descentralizada (capilarização), sendo o escalão de ponta – OMH/OMFM – importante na oferta dos serviços, controle de qualidade e racionalização dos recursos disponibilizados para este fim.

Embora a DSM, por meio da Assessoria de Auditoria em Saúde, coordene, fiscalize e regule as ações em auditoria levadas a termo em todo o SSM, o Sistema de Auditoria de Contas Médico-Hospitalares também segue o princípio da descentralização, valendo-se dos serviços de análise e avaliação das unidades executoras que, gradativamente, aperfeiçoam suas estruturas e procuram a melhor forma de capacitar seu pessoal.

Porém, nem sempre as orientações emanadas pela DSM e/ou as informações fornecidas pelas OMH/OMFM fluem de forma adequada, suscitando lacunas capazes de

influenciar as ações de cunho gerencial. Este fenômeno pode ser denominado “vácuo estratégico”, onde a maior responsabilidade recai sobre as pontas do sistema, ou seja, sobre o nível operacional propriamente dito.

A DSM, por sua vez, vem aperfeiçoando e desenvolvendo novas ferramentas com o intuito de aproximar sua Assessoria com os demais serviços de auditoria. É notório o investimento em tecnologia de informação, proporcionando canais de comunicação mais ágeis e eficazes. Em 2010, implantou o Sistema de Acompanhamento de Dívidas e medidas de Economia (SADE)⁴⁶, que permite um melhor gerenciamento e controle de diversas atividades, notadamente as voltadas para a área de Auditoria de Contas Médicas.

Para os serviços de auditoria os dados solicitados, e que necessitam ser periodicamente atualizados, são as dívidas auditadas (compromissos assumidos, já analisados e com quitação prevista) e as em auditagem, que como o nome sugere, refere-se às despesas que ainda estão em processo de avaliação. É fundamental que as OMH e OMFM mantenham as informações no SADE atualizadas, o que na prática nem sempre acontece.

Outro ponto a ser destacado é a importância da fiel adesão pelas OMH e OMFM às orientações da DSM na formulação dos editais e termos de credenciamento. A meta é a padronização dos mesmos, com lançamentos de editais contendo tabelas adequadas ao mercado.

A Assessoria de Auditoria em Saúde da DSM precisa ser municiada de informações de cunho estratégico e gerencial por parte das OMH e OMFM, quanto às características e peculiaridades de cada região, por meio de relatórios circunstanciados.

⁴⁶ O SADE possibilita a regulação da oferta de serviços em terceirizados e auxilia a tomada de decisão para a distribuição dos recursos do PB-Hotel.

Produzi-los em tempo hábil e acompanhar seus possíveis desdobramentos é função dos serviços de auditoria das OMH. O acesso sistemático às páginas da DSM na Internet e Intranet contribui para a estruturação destes documentos.

Por fim, as unidades de saúde devem fazer valer todas as formas de troca de informação com a DSM. Vários canais estão disponíveis, tais como a utilização de contatos telefônicos, e-mail etc. Cabe aos seus titulares orientar o pessoal para a plena utilização desses recursos. A aproximação com a DSM é meta organizacional a ser atingida. O Gestor precisa introjetar a crença de ser ele o representante do SSM na sua área de responsabilidade. Não procedendo assim, o sistema perde competência para operar em sua plena capacidade.

Práticas que podem ser adotadas pelas OMH visando ao fortalecimento e à consolidação das atividades a serem realizadas pelos serviços de auditoria de contas médicas foram identificadas e analisadas no presente capítulo. Entretanto, cabe ressaltar que é necessário aperfeiçoar processos, como a gestão de contratos, a auditoria e o tempo de permanência de faturas de serviços médico-hospitalares na instituição, envolver o usuário na busca com ética pela regulação adequada do sistema e procurar o alinhamento estratégico com a DSM.

5. CONCLUSÃO

O SSM opera em um contexto complexo, inserido em um mercado de saúde no País, cujos atores, as variáveis e os interesses estão em constante reorganização de acordo com os seus objetivos e necessidades.

A administração dos serviços de saúde, particularmente a hospitalar, constitui-se numa das mais desafiadoras atividades.

Para atender, com excelência, as demandas de seus usuários, o SSM, respaldado por instrumentos legais, estabelece uma rede credenciada constituída por prestadores de serviços de saúde nas diferentes áreas de sua responsabilidade. Tal fato onera a gestão financeira do sistema e demanda, por parte da DSM, a quebra de paradigmas no desafio da busca de novas soluções que viabilizem a prestação de AMH aos mesmos.

Os Gestores de Saúde representam a interface da DSM e do SSM com a rede complementar de assistência e, para tal, devem dominar uma gama de conhecimentos e habilidades nas áreas técnica e administrativa. Precisam desenvolver uma visão global do ambiente em que suas unidades hospitalares estão inseridas e serem movidos por forte compromisso social.

O gerenciamento de saúde, atualmente, se fundamenta em aspectos voltados para o controle de custos. Assim, o gestor deve compreender, ainda, a lógica de captação, distribuição e aplicação dos recursos financeiros efetuados pela Alta Administração Naval. Ele precisa vislumbrar a Auditoria de Contas Médicas como ferramenta de gestão e, com este propósito, utilizar a sua equipe para melhorar continuamente os parâmetros para a negociação de contratos com os prestadores de serviço, buscando uma aproximação pautada em parceria e não numa simples relação

comercial. Além disso, deve instrumentalizar aspectos operacionais como, por exemplo, rotinas de auditoria das faturas na tentativa de agilizar o pagamento dos serviços prestados.

O pessoal de saúde em cargo de Direção deve, também, promover ambiente organizacional que propicie a gestão participativa de seus subordinados e a inclusão do usuário como vetor de mudanças.

É no bojo de sua Organização que o Gestor tem que desenvolver ações, sempre alinhado com a DSM, visando o fortalecimento da Auditoria de Contas Médicas e seu emprego como elo entre sua unidade e as estruturas de governança das Instituições credenciadas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.R. *A mercantilização da saúde*. **Jornal O Globo**. Coluna Opinião. 25/07/2011. Disponível em: < <http://oglobo.globo.com/opiniao/a-mercantilizacao-da-saude-2871552>>. Acesso em: 01/05/2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *ISO/IEC 38500:2008 – Governança corporativa de tecnologia da informação*. São Paulo: ABNT, 2009. 15p.

ATTIE, W. *Auditoria: conceitos e aplicações*. 6.ed. São Paulo: Atlas.2011.674p.

BADIA, B. D. ; PIRES, C. C. *Progresso tecnológico e gastos com saúde: o que informa dois métodos distintos de mensuração*. **IESS**, São Paulo, n. 12, p.1-8, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/TD00122008tecnologia.pdf>>. Acesso em: 30/04/2013.

BIBLIOMED. *Os Planos de Saúde, Os Médicos e Os Clientes: Tripé Difícil de Equilibrar*. Rev. Eletrônica Bibliomed. jun2010. Disponível em: <http://www.bibliomed.com.br/lib/showdoc.cfm?LibDocID=13074>. Acesso em: 30/04/2013.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em:29/04/2013.

_____. Decreto nº 4.307 – 18 de julho de 2002. *Regulamenta a Medida Provisória nº 2.215-10, de 31 de agosto de 2001, que dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas, altera as Leis nºs 3.765, de 4 de maio de 1960, e 6.880, de 9 de dezembro de 1980, e dá outras providências*.

_____. Decreto nº 20.932 – 11 de janeiro de 1932. *Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas*. Disponível em: < <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/116714/decreto-20931-32>>. Acesso em: 05/05/2013.

_____. Decreto Lei nº 92.512 – 02 de abril de 1986. *Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D92512.htm>. Acesso em: 29/04/2013.

_____. (2009a) Diretoria de Contas da Marinha. *Ofício nº. 205, de 02 de abril de 2009*. Credenciamento Hospitalar. Rio de Janeiro, 2009.

_____. (2012a) Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. *DGPM-401: Normas para Assistência Médico-Hospitalar*. 3ª REV. Rio de Janeiro, 2012.

_____. (2012b) Diretoria-Geral de Pessoal da Marinha. Portaria nº 84 – 20 de julho de 2012. *Aprova o Regulamento da Diretoria de Saúde da Marinha*. Rio de Janeiro, 2012.

_____. (2013a) Diretoria de Saúde da Marinha. Portaria nº 01 – 03 de janeiro de 2013. *Aprova o Regimento Interno da Diretoria de Saúde da Marinha*. Rio de Janeiro, 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 30/04/2013.

_____. (1990a) Lei nº 8.080 – 18 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 02/05/2013.

_____. (1990b). Lei nº 8.112 – 11 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18112cons.htm>. Acesso em: 02/05/2013.

_____. (1990c) Lei nº 8.142 – 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 02/05/2013.

_____. (1998b) Lei nº 9.656 – 3 de junho de 1998. *Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acesso em: 02/05/2013.

_____. (2000a) Lei nº 9.961 – 28 de janeiro de 2000. *Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm>. Acesso em: 02/05/2013.

_____. (2009b) Marinha. Portaria nº 330/GCM, de 25 de setembro de 2009. *Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha*. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/894744/pg-17-secas-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-01-10-2009>>. Acesso em: 29/04/2013.

_____. Marinha (2009c). Portaria nº 429/GCM, de 08 de dezembro de 2009. *Aprova a Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha*.

_____. (2013b) Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos*.

Rio de Janeiro: ANS, mar 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/caderno_informacao_suplementar_mar2013.pdf. Acesso em: 03/05/2013.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: ANS, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/serie_ans2.pdf. Acesso em: 04/05/2013.

_____. (2000b) Ministério da Saúde. Portaria nº 376 – 03 de outubro de 2000. *Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde – FCES e cria o Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-376.htm>. Acesso em: 30/04/2013.

_____. Secretaria-Geral da Marinha. *Auditoria Operacional para o SSM*. Relatório final da Visita do Almirantado Programada para a área de Saúde, 2006.

_____. (2013c) Secretaria-Geral da Marinha. *SGM-107: Normas Gerais de Administração*. 5ª REV. Brasília, 2013.

CALEMAN, G. et al. *Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde*., São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 5, 1998. Disponível em: <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1998/cal001.pdf>. Acesso em 08/04/2013.

CAMELO, T.V. et al. *Saúde Suplementar: relação entre operadoras e prestadores de serviços*. **Rev. Meio Ambiente**. Minas Gerais. v.1, n.1, p. 41:48. Disponível em: <http://www.faculdedofuturo.edu.br/revista/v1n1a6.pdf>. Acesso em: 01/05/2013.

CASTELAR, R.M. et al. *Gestão Hospitalar - Um desafio para o hospital brasileiro*. Cooperação Brasil-França. Éditions école Nationale de La Santé Publique.1995. 235 p.

CAVALCANTE, V.A. *SUS: aspectos históricos, políticos e sociais*. Dissertação (especialização em Gestão em Saúde), Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2011. 8p. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/61152873/Analise-Critica-das-Politiclas-de-saude-do-Brasil>>. Acesso em: 02/05/2013.

CAVALCANTI, H.T. *Auditoria Médico-Hospitalar*. Trabalho apresentado como requisito de aprovação no Curso de Política e Estratégia Marítimas (C-PEM), Escola de Guerra Naval, Rio de Janeiro, 1996.

CHING, H.Y. *Manual de custos de instituições de saúde: sistemas tradicionais de custos e sistemas de custeio baseado em atividades (ABC)*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2007. v. 11, 234p. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/livro11_saude_suplementar.pdf>. Acesso em: 30/04/2013.

ELIAS, P.E. VIANA, A.L. *Sistema de Saúde do Brasil*. CEDEM, FMUSP. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/4-%20Bibliografia%20Complementar%20-%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 05/05/2013.

GADELHA, P. et al. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2012. 323 p. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude_Brasil_2030.pdf>. Acesso em: 03/05/2013.

FRANÇA, J.L. VASCONCELOS, A.C. *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. 8. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2007. 255p.

FRÓES, L.C.B. *Gestão de Saúde: Auditoria de Contas Médicas Auditoria de Contas Médicas na Marinha – Centralização ou Descentralização?*. Trabalho apresentado como requisito de aprovação no Curso de Política e Estratégia Marítimas (C-PEM), Escola de Guerra Naval, Rio de Janeiro, 2011.

JUND, S. *Auditoria*. Série Impetus. Rio de Janeiro: Campus, 2002. 746 p.

JUSTEN FILHO, M. *Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos*. São Paulo: Dialética, 2005, 1.136 p.

MAIA, A.C. ANDRADE, M.V. *O Risco Moral no Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro*. In: XXXII ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA. João Pessoa – PB, 2004. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2004/artigos/A04A099.pdf>>. Acesso em: 30/04/2013.

MAIA, A.C. *Seleção Adversa e Risco Moral no Sistema de Saúde Brasileiro*. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2004. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/LPCP-68ZG9B/ana_carolina_maia.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01/05/2013.

MELO, M.B. VAITSMAN, J. Auditoria e avaliação no SUS. Rev. São Paulo em Perspectiva, v.22, n.1, p.152, jan-jun 2008. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/Artigo-Auditoria1.pdf>>. Acesso em: 01/05/2013.

MERCADANTE, O. A. *Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil*. In: FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. P. 236-313.

MOTTA, A.L.C. et al. *Auditoria Médica no Sistema Privado, Abordagem Prática para as Organizações de Saúde*. 1ª. Edição. São Paulo: Iátria, 2009. 224p.

OLIVEIRA, J. *Planos de saúde pressionam médicos a não pedir exames*. Rev. Hoje em dia, 25maio2013. Disponível em: <http://www.hojeemdia.com.br/noticias/economia-e-negocios/planos-de-saude-pressionam-medicos-a-n-o-pedir-exames-1.125315>>. Acesso em: 30/04/2013.

OLIVEIRA, M.D. *Saúde possível e judicialização excepcional: a efetivação do direito fundamental à saúde e a necessária racionalização*. Dissertação (Mestrado em Direito). Instituição Toledo de Ensino de Bauru, São Paulo. 2008. 115p. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Dissertao_de_Mestrado_Prof_Mrcio_Dias_de_Oliveira.pdf>. Acesso em 30/04/2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. URSS, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 30/04/2013.

PAGLIOSA, F.L. DA ROS, M.A. *O Relatório Flexner: Para o Bem e para o Mal*. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. v.32, n. 4, 2008, p. 492–499. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>>. Acesso em: 29/04/2013.

PIETROBON, L. et al. *Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor*. **Physis**, v.18, n.4. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400009>. Acesso em: 05/05/2013.

PONTE, C.F. org. *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, Rio de Janeiro, 2010. p. 113-150. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em: 03/05/2013.

PORTER, M.E. TEISBERG, E.O. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Buckman, 2007. 432p.

RIVERA, J.U. ARTMANN, E. *Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos, histórias e propostas*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2012.162p.

ROCHA, E. et al. *A importância da auditoria no Sistema Único de Saúde*. Monografia (Curso Pós-Graduação em Contabilidade Pública). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2002. 29p.

REMOR, S. et al. *Manual de contabilidade das sociedades por ações*. 4ed. São Paulo: Atlas, 1995.

SANTOS, I.S. et al. *O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde*. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n. 5, set/out 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000500009&script=sci_arttext.

Acesso em: 03/05/2013.

SEVERINO, A.J. *Metodologia do trabalho científico*. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VIACAVA, F. et al. *Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro*. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. v.9, n.3. Rio de Janeiro jul./set. 2004.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300021&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02/05/2013.

VIII Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Distrito Federal, 1986.

Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.

Acesso em: 02/05/2013.

ZUCCHI, P. et al. *Gastos em Saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde*. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 1/2, p. 127-50, 2000.

Disponível em: <http://www.ppge.ufrgs.br/giacomo/arquivos/eco02072/zucchi-delnero-malik-2000.pdf>.> Acesso em: 30/04/2013.

APÊNDICE A – USUÁRIOS DOS SSM

Quadro 1 – PB-HOTEL – Custos em OSE

UGR	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Com 1ºDN	2.103.903,64	5.294.614,98	4.390.865,18	24.788.347,51	22.453.587,20	25.422.368,75
Com 2ºDN	1.001.740,04	2.950.797,69	3.121.686,93	5.734.078,39	8.493.662,77	11.221.958,19
Com 3ºDN	5.944.855,59	11.971.533,39	14.015.094,05	21.156.916,37	23.261.681,02	40.990.118,83
Com 4ºDN	1.387.672,77	3.738.176,32	4.205.904,35	5.455.851,79	6.920.245,28	9.109.166,96
Com 5ºDN	2.593.070,56	5.689.909,61	6.277.860,97	6.661.528,92	6.924.077,71	7.092.182,13
Com 6ºDN	1.017.037,71	1.868.799,04	1.160.649,06	2.939.465,57	3.349.022,67	4.309.688,99
Com 7ºDN	3.810.417,52	6.214.461,26	4.556.955,34	7.216.764,61	6.719.946,93	9.441.621,38
Com 8ºDN	575.153,21	1.797.235,43	2.274.371,94	2.625.277,73	3.463.232,11	3.368.565,24
Com 9ºDN	913.785,23	1.076.507,29	875.683,57	1.235.895,51	1.508.804,14	2.068.378,78
DSM	3.944.835,80	7.684.809,80	21.677.518,92			
COMENCH	228.429,72	419.008,89	863.634,37			
SUBTOT	23.520.901,79	48.705.853,70	63.420.224,68	77.814.126,40	83.094.259,83	113.024.049,25
CNBW	342.544,78	238.673,54	155.970,79	355.608,61	462.576,43	508.489,56
CNBE	34.685,55	46.260,94	36.964,00	98.067,98	95.045,49	148.536,08
SUBTOT	377.230,33	284.934,48	192.934,79	453.676,59	557.621,92	657.025,64
TOTAL	23.898.132,12	48.990.788,18	63.613.159,47	78.267.802,99	83.651.881,75	113.681.074,89

Fonte: DSM – Assessoria de Plano Diretor e Custos