

Administração de Programas de Autogestão de Saúde nas Empresas

Gestão & Controles

José Divanil Spósito Berbel



Abril de 2000
São Paulo - SP

Autor: José Divanil Spósito Berbel
Editor: José Antônio Rosa
Coordenação, capa, diagramação: Rodrigo Pinotti Duarte
Revisão: Alexandra Costa da Fonseca
Impressão: Docuprint

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Berbel, José Divanil Spósito Berbel
Administração de programas de autogestão de saúde : gestão &
controles / José Divanil Spósito Berbel. -- São Paulo : Editora
STS, 2000.

Bibliografia

1. Empregados - Promoção da saúde I. Título.

00-0600

CDD-658.382

Índices para catálogo sistemático:

1. Autogestão de saúde : Programas : Administração
de recursos humanos : Empresas 658.382
2. Saúde : Programas de autogestão : Administração
de recursos humanos : Empresas 658.382

Editora STS Publicações e Serviços Ltda.
Al. dos Anapurus, 1213 | apto. 22 - Moema
CEP 04087-003 — São Paulo/SP
Fone: (11) 5051-0868
www.editorasts.com.br
info@editorasts.com.br

“Não basta adquirir a sabedoria, é preciso praticá-la”.

Cícero

Dedicatória

À Ana Helena, companheira de todas as horas.

À Stefânia, filha querida.

A meus pais José e Rosa, pelo exemplo de dedicação e
bondade.

Agradecimentos

Além dos já citados nas referências bibliográficas, apresento também meus mais sinceros agradecimentos à todas as pessoas que muito gentilmente me atenderam e colaboraram nessa jornada.

Muito obrigado

Notas

Normalmente, quando a administração do Programa de Assistência à Saúde é feita nas dependências da própria empresa, dada sua amplitude, a tendência é desviar a atenção dos objetivos principais da área de Recursos Humanos e muitas vezes da própria organização. O presente trabalho demonstrará a hipótese relacionada a uma administração compartilhada (contratação de uma empresa especializada em administração de programas de autogestão de saúde).

A bibliografia sobre gestão empresarial é muito ampla; sobre assistência à saúde proporcionada pelas empresas como benefício a seus empregados, embora não tão numerosas quanto à de gestão empresarial, é também disponível. Trabalhos que reünam esses dois temas, entretanto, são raros. O objetivo deste livro é contribuir para o preenchimento dessa lacuna.

A relevância social do presente trabalho consiste no legado a estudantes, empresários, profissionais das áreas de saúde e de recursos humanos.

O Autor

SUMÁRIO

Apresentação	15
Capítulo I	
1 - Introdução	17
1.1 - Assistência à saúde nas empresas	18
1.2 - Assistência à saúde no Brasil	19
1.3 - Cenário dos planos privados de assistência à saúde	20
1.4 - Características dos planos privados de assistência à saúde.....	20
1.5 - Sistemas alternativos de saúde	21
Capítulo II	
2 - A autogestão de saúde	23
2.1 - Sistema operacional	25
2.2 - Esquema operacional	25
2.3 - Fontes de custeio	26
2.4 - Vantagens e desvantagens para as patrocinadoras	26
2.5 - Vantagens e desvantagens para os empregados	28
2.6 - Vantagens e desvantagens para os prestadores de serviços de saúde	29
Capítulo III	
3 - A autogestão de saúde terceirizada	31
3.1 - Representação gráfica	31
3.2 - Formas de administração	32
3.3 - Características	32
3.4 - Perfil das empresas administradoras	33
3.5 - Atividades típicas	33
3.6 - A interface com a empresa patrocinadora	34

Capítulo IV

4 - Desenvolvimento do modelo de gerenciamento	37
4.1 - Gestão	37
4.1.1 - Representação gráfica de um plano de autogestão de saúde	38
4.1.2 - Modelo de regulamento de um plano de autogestão de saúde	39
4.1.3 - Cadastramento, controle e gestão do cadastro de beneficiários	46
4.1.4 - Cadastramento, controle e gestão da rede credenciada	46
4.2 - Controles	49
4.2.1 - Controles pré-evento	49
4.2.2 - Sistemas de controle e auditoria médica no evento.....	50
4.2.3 - Sistema de auditoria pós-evento (auditoria de contas médicas)	50
4.2.4 - Análise técnica-médica interna	51
4.2.5 - Controles pelo sistema	51
4.2.6 - Controle de qualidade	52
4.2.7 - Interface <i>on-line</i> com os clientes e os fornecedores	52
4.2.8 - Prontuário único do usuário	53
4.3 - Custos	55
4.3.1 - Aumento de custos por incorporação de tecnologias ...	55
4.3.2 - Custos com planos de saúde no Brasil	56
4.3.3 - Custos com programas de autogestão de saúde no Brasil	58
4.3.4 - Variáveis de custos na autogestão de saúde	61
4.3.4.1 - Externas	61
4.3.4.2 - Internas	63
4.4 - Indicadores de qualidade nos serviços médico-hospitalares	65
4.5 - Modelo de Plano de Contas	66
4.6 - Modelo de relatórios gerenciais	68

Capítulo V	
Considerações finais	71
6 - Bibliografia	75
7 - Outras informações	77
7.1 - Entidades de classe	77
7.2 - Empresas associadas ao CIEFAS	78
7.3 - Empresas associadas à ABRASPE	83

APRESENTAÇÃO

Os Planos de Autogestão de Saúde surgiram nas grandes empresas nas décadas de 60 e 70 devido à possibilidade de, exercendo um controle com a participação do funcionário, haver melhoria na qualidade do atendimento e redução das despesas com assistência médica. Essa sistemática de benefício tanto pode ser administrada pela área de Recursos Humanos da empresa patrocinadora como de forma terceirizada, mediante a contratação de uma parceria especializada.

São apresentados os tipos de assistência à saúde prestados pelas empresas a seus empregados, com ênfase na modalidade de Autogestão de Saúde, administrada na própria empresa ou terceirizada. Como complementação e maior informação aos envolvidos no segmento saúde, é apresentada também uma relação das inovações tecnológicas que contribuem para a elevação dos custos da assistência à saúde.

A finalidade do presente trabalho é apresentar, com base no resultado de uma pesquisa bibliográfica, de um levantamento documental, bem como entrevistas com profissionais que atuam na área e usuários desse tipo de assistência à saúde, um modelo de gestão e controles.

Como hipótese básica é proposto um modelo de gestão com o objetivo de controlar e gerar informações gerenciais. Esse modelo é destinado à utilização por parte das empresas que praticam diretamente (*in house*) a administração de seus programas de saúde, ou por empresas especializadas em administração de programas de autogestão em saúde.

Poucas obras dessa área têm a abrangência e a objetividade apresentadas neste trabalho do Professor José Divanil. Sem dúvida, este livro marcará um novo enfoque como fonte para o estudo da Autogestão em Saúde nas Empresas.

Agradeço a oportunidade desta apresentação, felicito o autor pela iniciativa e faço votos de pleno sucesso.

Dr. Walter Lyrio do Valle

Capítulo I

1 - Introdução

A visão mais humanitária na gestão de recursos humanos e a política de remuneração, que cada vez mais privilegiam salários indiretos representam, junto com a pressão sindical, novos fatores de reestudo da política de assistência à saúde oferecida pelas instituições.

Uma empresa que oferece assistência à saúde para seus empregados diferencia-se da concorrência. Tão ou mais importante que o auxílio-refeição e mais barato, esse é o benefício mais valorizado pelos empregados em função da insegurança gerada pelas precárias condições da assistência na saúde pública.

Baseado nesses fatos, todo administrador deve procurar sistemas que melhor se adaptem aos objetivos da organização:

- escolher o sistema de custo mais baixo;
- mais fácil de controlar e prever;
- mais satisfação e segurança aos empregados;
- definição do orçamento com a saúde.

A motivação para implementar serviços próprios de saúde fundamenta-se principalmente no fato das empresas não aceitarem:

- a morosidade e a precariedade dos serviços públicos de saúde;
- as restrições e as limitações da assistência impostas pelas medicinas de grupo e seguro-saúde;
- os custos pré-fixados da medicina de grupo e seguro-saúde geralmente elevados.

1.1 - Assistência à saúde nas empresas

Nas décadas de 60 e 70 era concedida como assistência complementar aos empregados e tinha como objetivo:

- produtividade;
- complementar a saúde pública;
- reduzir o absenteísmo.

Na década de 80 e início da de 90, considerada um benefício de forte apelo para a manutenção do quadro com pessoal qualificado, assegurando competitividade e passando a ter a seguinte importância:

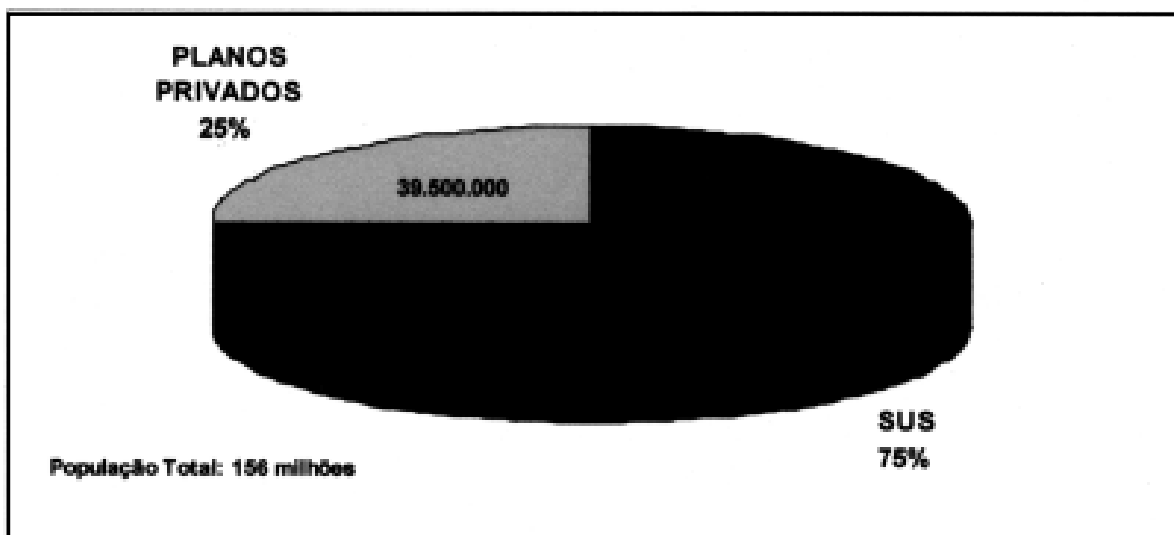
- substituir o sistema público de saúde;
- mecanismo de atração/retenção de mão-de-obra mais especializada;
- item constante de pauta de negociações trabalhistas;
- percebida como remuneração indireta.

Nos dias atuais passou a ser considerado um item estratégico de sobrevivência das empresas, por preservar a capacida-

de física e mental dos seus colaboradores para que atuem com eficácia nos demais recursos disponíveis, garantindo diferencial de mercado e consolidando-se como:

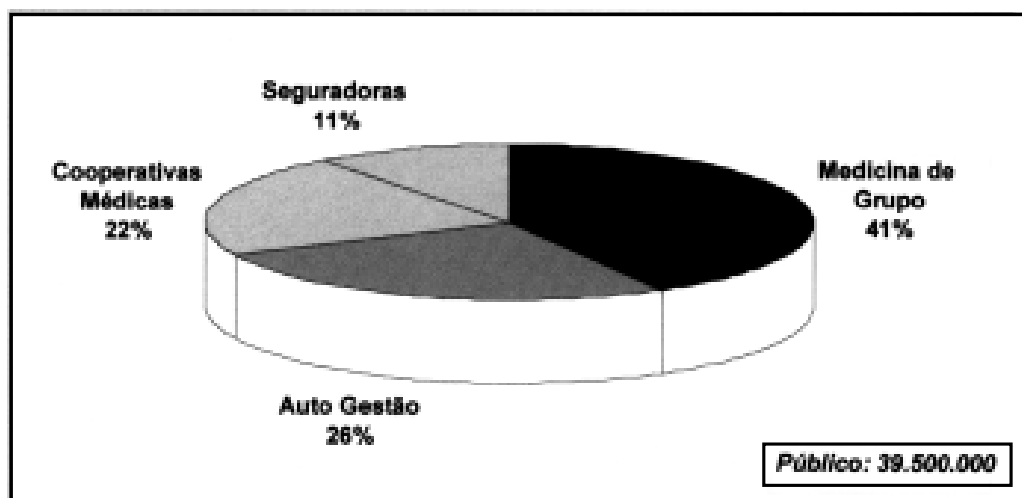
- item chave do programa de qualidade de vida;
- benefício mais apreciado pelos empregados;
- suporte à saúde ocupacional;
- vem exigindo crescente profissionalização.

1.2 - Assistência à saúde no Brasil



Fonte CIEFAS — Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde

1.3 - Cenário dos planos privados de assistência à saúde



Fonte: CIEFAS — Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde

1.4 - Características dos planos privados de assistência à saúde

Tipo Características	Medicina de Grupo	Autogestão	Cooperativas Médicas	Seguro-Saúde
Nº de empresas	730	300	320	40
Nº de beneficiários	17,8 milhões	9 milhões	10 milhões	4 milhões
Financiamento	Pré-pagamento/beneficiário/mês	Taxa mensal fixa/ % sobre salário/custo operacional/co-pagamento	Custo operacional/pré-pagamento	Prêmio fixo por segurado por mês
Cobertura	Parcial	Geralmente integral	Parcial	Parcial, mas abrangente
Limites de uso	Sim	Sim, menos rígidos	Sim	Sim, menos rígidos
Entidade representativa	ABRAMGE	CIEFAS ABRASPE	Confederação das UNIMED's	FENASEG

Fontes: Abraspe, Ciefas, Fenaseg, Confederação Nacional das Unimed's – 1997, Revista Época – agosto/98 – Nº 14 pag. 107

1.5 - Sistemas alternativos de saúde

Autogestão — É o modelo em que a própria empresa administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados. O objetivo é proteger e promover a saúde dos beneficiários com recursos e serviços credenciados (convênios) ou de livre-escolha (reembolso). Sua administração pode ser própria e feita pelo empregador ou terceirizada. Seus principais participantes são empresas públicas ou privadas, entidades representativas, associações, cooperativas de usuários ou outras formas de instituições que caracterizem um sistema fechado assistencial sem objetivo de lucro.

Medicina de grupo — também chamada de planos de saúde ou assistências médicas de iniciativa privada, cobre serviços médico-hospitalares. É o segmento que primordialmente trabalha com rede própria de atendimento. Hospitais, ambulatórios e serviços de diagnose próprios, com médicos contratados em regime de responsabilidade trabalhista.

Cooperativas médicas — estruturadas por órgãos associativos da classe médica cuja assistência aos beneficiários também é prestada por planos coletivos, individuais ou familiares; cobre serviços médico-hospitalares.

Seguro-saúde — garante aos usuários a livre escolha de médicos e hospitais. Ligado geralmente a grandes bancos, oferece serviços médico, hospitalar e ambulatorial contratados pelo sistema de reembolso de despesas. Exames e tratamentos especiais somente têm cobertura em algumas instituições, quando previamente autorizados pela empresa operadora do seguro e constantes da apólice assinada pelo segurado.

Planos administrados — São aqueles em que as despesas com assistência médica são efetuadas à medida que ocorrem os atendimentos. Normalmente são planos de alto risco.

Capítulo II

2 - A autogestão de saúde

*“Autogestão na saúde é definida como um sistema fechado de assistência à saúde sem fins lucrativos, não-comercializável no mercado, destinada exclusivamente a uma população definida de beneficiários, vinculada a uma instituição pública ou privada que administra o sistema de saúde, direta ou indiretamente, por meio de recursos assistenciais próprios e/ou por ela credenciados, cujas características do modelo assistencial são específicas e definidas pela instituição gestora”.*¹

A busca por novas formas de prestação de serviços na área de saúde torna-se cada vez mais freqüente em empresas preocupadas com o bem-estar de seus empregados e familiares. Uma das formas de atender a essa política com custos viáveis é o da autogestão de saúde, que consiste na elaboração de um plano de saúde próprio e sob medida, gerenciado pela empresa ou por uma assessoria especializada.

A empresa que optar pela autogestão de saúde estabelece junto com seus funcionários o formato do plano e define o

1 - Rossi, Vinício Carlos - Diretor Presidente da CRC Consultoria e Administração em Saúde

credenciamento de médicos, hospitais, especialidades e abrangência da cobertura, os limites de utilização, os períodos de carência, a participação financeira que cabe a cada uma das partes, enfim, a forma mais adequada de cuidar da saúde na empresa.

Por meio do programa de autogestão de saúde, a empresa tem a possibilidade de um aumento real na qualidade agregada do benefício, pois o objetivo principal nesse caso é a saúde dos seus empregados. O que seria lucro nos planos comuns reverte-se em mais benefício para os usuários.

A autogestão em saúde se destaca pela melhor relação custo/benefício, pois sua cobertura e abrangência obedecem ao que a empresa patrocinadora deseja e não aos padrões fixos que um plano comercial oferece.

A segurança transmitida aos empregados pela existência de um plano de saúde “*in house*”, com relacionamento direto entre o assistido, a empresa patrocinadora e a operadora do plano, se reflete positivamente no ânimo e na tranquilidade dos empregados, além de beneficiar a imagem institucional da empresa.

O comando do processo, desde a definição das políticas e das linhas de condução até o controle direto dos custos estão nas mãos da empresa patrocinadora. Todos os dados e estatísticas necessários à tomada de decisões são tempestivamente providos.

O sistema é flexível, permitindo alterações ou mudanças de rumo a qualquer tempo.

A modalidade de autogestão de saúde é indicada para

empresas com pelo menos 1.500 a 2.000 vidas (empregados mais dependentes). Quanto maior o número de vidas, melhor o desempenho sob o ponto de vista atuarial.

2.1 - Sistema operacional

- credenciamento de rede de médicos, laboratórios, clínicas e hospitais;

- desenvolvem-se negociações com os recursos credenciados objetivando definir tipos de serviços a serem prestados, horários e formas de atendimento, preços, forma de pagamento e reajuste.

- controles internos sobre seus associados e forma de utilização dos recursos oferecidos, procurando maior eficiência na administração dos recursos existentes.

O empregado paga consultas e exames visando ao controle para evitar os excessos de utilização.

Análise para comparar os atendimentos e evitar possíveis excessos

Em alguns casos oferecem ambulatórios com serviços próprios de atendimento médico.

2.2 - Esquema operacional

- carteira de identificação;

- guia médica ou senha para apresentar na hora do atendimento;

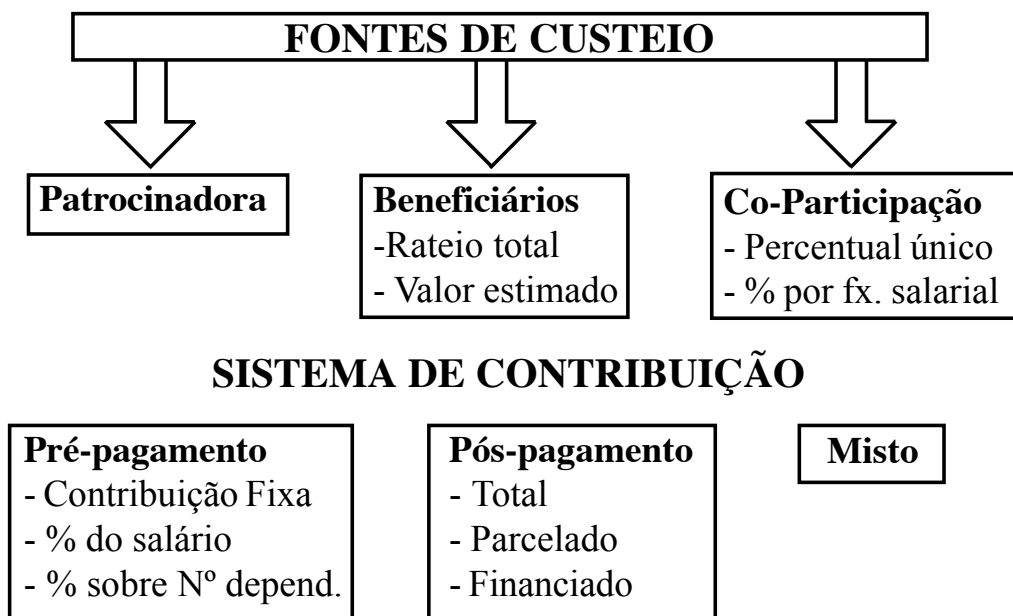
- no final do mês, hospitais e clínicas conveniadas enviam relação de atendimentos;

- auditoria no período de internações e nas contas médi-

cas hospitalares;

— estatísticas para conhecer a utilização e evitar abusos.

2.3 - Fontes de custeio



2.4 - Vantagens e desvantagens para as empresas patrocinadoras

Vantagens

— Não tem finalidade lucrativa, o que seria lucro revertesse em maiores benefícios.

— Concepção do plano de acordo com as características e as necessidades da empresa.

— Controle de custos, com mais precisão e confiabilidade pois as tabelas de preços são acompanhadas e negociadas periodicamente.

— O fato do empregado participar nos custos ajuda no controle.

— Comparando com o atendimento público, os empregados sempre se sentirão em vantagem.

— Atendimento o mais pessoal possível sempre contribuirá para maior integração e dedicação, com bons resultados para a empresa.

— Há interferência direta na administração do plano, na escolha dos credenciados e na prestação e utilização dos serviços.

— Admite a correção dos desvios e a criação de novas alternativas quando necessárias.

— Só paga os serviços realmente efetuados.

— Permite a incorporação de outras especialidades (odontologia, psicologia, fonoaudiologia) e serviços de farmácia, ótica, material ortopédico etc.

— Possibilita o desenvolvimento de programas de promoção e prevenção à saúde e de qualidade de vida.

— Facilita ações conjuntas com o programa de saúde ocupacional.

— Faculta o estabelecimento de moderadores de utilização e reguladores de custos.

— Melhora a imagem institucional interna e externamente.

Desvantagens

— Escassez de gerenciadores especializados.

— Maior responsabilidade perante os usuários e a comunidade.

— Existência de mais de um departamento para gerir a saúde, ajuda a desviar a atenção dos objetivos principais da área de recursos humanos da empresa.

— Não-recomendável para contingente inferior a dois mil integrantes.

— Participa com a maior parte dos custos.

— Apesar dos controles, sempre haverá abusos gerando

custos desnecessários.

- Todas as responsabilidades recaem sobre a empresa.
- Corre riscos com casos de tratamentos onerosos.

2.5 - Vantagens e desvantagens para os empregados

Vantagens

- Guias ou senhas emitidas na empresa e contatos frequentes com a administração.
- Gastos parcialmente cobertos pela Associação ou Fundação.
- Vantagem de ser disputado pelos vários recursos médicos credenciados, podendo optar pelo que melhor lhe convier.
- Como as clínicas contratadas recebem por serviços prestados, não haverá tendência à economia e ao conseqüente tratamento inadequado, o que poderá ocorrer em um sistema de custo pré-fixado.

Desvantagens

- Mesmo com muitas opções, o sistema não é de livre escolha.
- Tabela padronizada pressupõe a exclusão de recursos mais caros e de maior tecnologia.
- Contribuição dos empregados nos custos.
- Emissão de guias ou de senhas centralizando os serviços mais custosos.

2.6 - Vantagens e desvantagens para os prestadores de serviços de saúde

Vantagens

— Facilidade para resolver problemas diretamente com a administração da empresa.

— Poderá negociar tabelas de preços e condições mais favoráveis.

— O convênio-empresa oferece ao prestador de serviço maior contingente de usuários.

— Convênio por empresa diminui os riscos de não receber pelos serviços prestados.

Desvantagens

— Investimentos adicionais em instalações, tecnologia e recursos humanos.

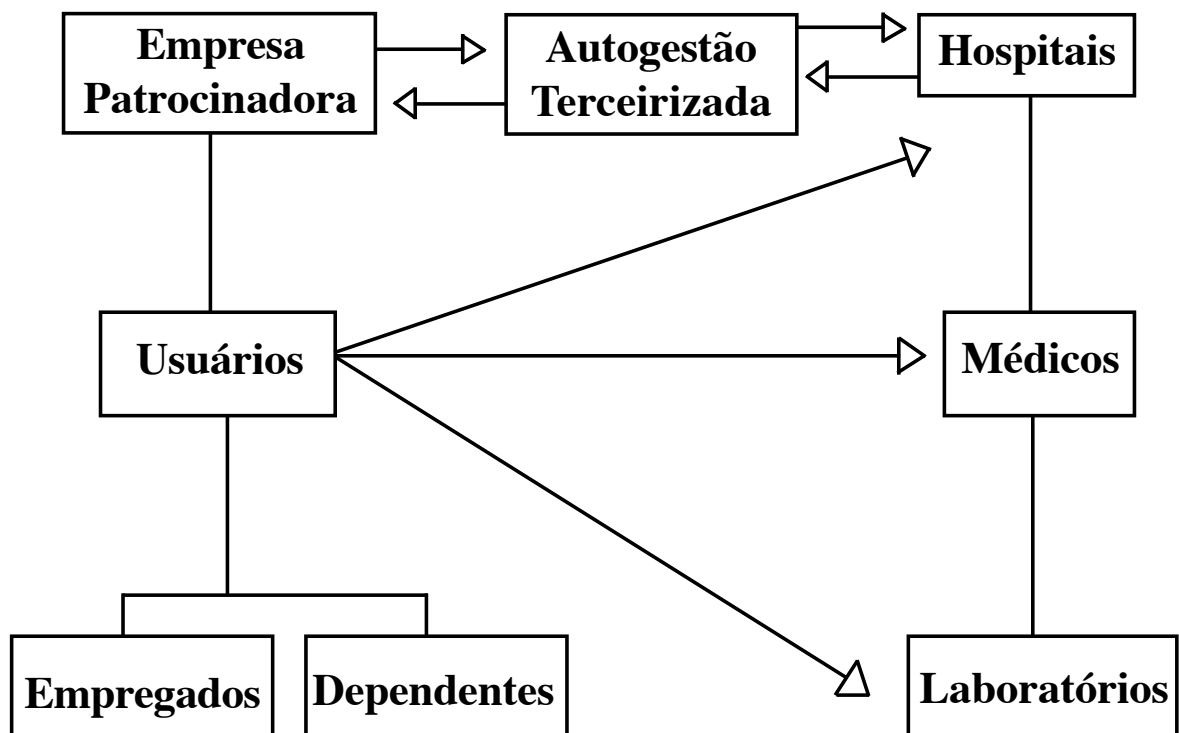
— Apesar do risco menor, algumas empresas poderão sofrer com a falência ou a concordata de seus principais clientes.

— Controles burocráticos para não atender clientes com carteira vencida ou que não mais pertencem ao quadro de funcionários das empresas conveniadas etc.

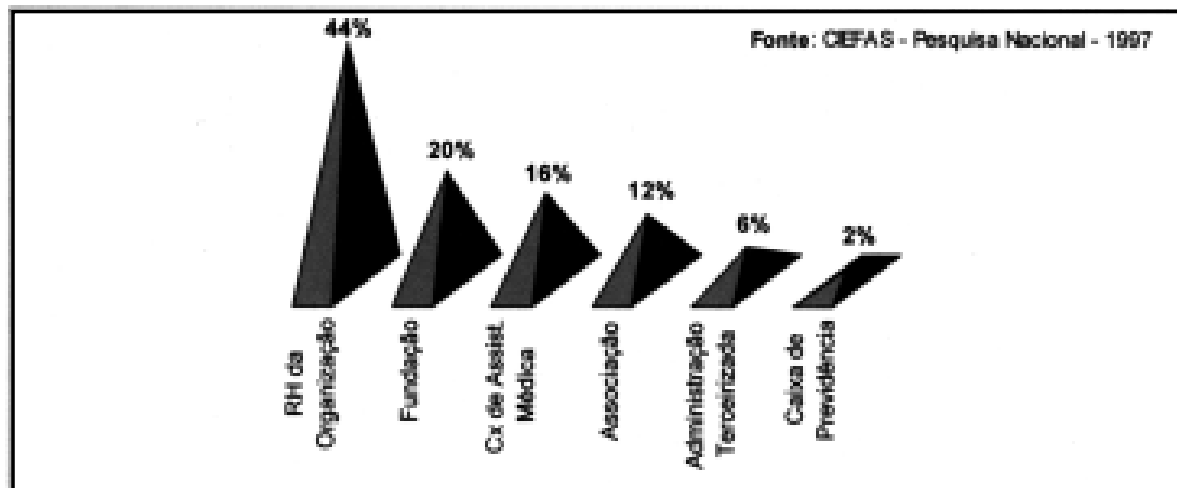
Capítulo III

3 - A autogestão de saúde terceirizada

3.1 - Representação gráfica



3.2 - Formas de administração



3.3 - Características

Em alguns casos, esses serviços são efetuados pelas Caixas de Assistência, Associações Benéficas ou Fundações, constituídas para gerar benefícios para os empregados e, por extensão, fazer a administração dessa modalidade de assistência médica.

Em outros casos, esses serviços são efetuados por empresas particulares de administração de planos de saúde dessa natureza, contratadas especificamente para esse fim.

No primeiro caso, dado a proximidade das duas empresas (Patrocinadora /Caixa de Assistência /Associações Benéficas/Fundações), o documento formal poderá ser um simples convênio firmado entre as partes.

No segundo caso, como se tratam de duas empresas sem nenhuma vinculação, torna-se necessário firmar um contrato de prestação de serviços com todo o rigor das normas vigentes.

3.4 - Perfil das empresas administradoras

Normalmente empresas de médio porte isentas de Imposto de Renda², dirigidas por conselho de funcionários ou formada por administradores profissionais.

3.5 - Atividades típicas

Como atividades típicas desenvolvidas na administração de um plano de autogestão, destacamos:

- Cadastramento de usuários, emissão e controle de carteiras.
- Credenciamento de médicos, hospitais e serviços de diagnóstico e terapia.
- Atendimento aos usuários por uma central 24 horas e encaminhamento aos recursos credenciados.
- Auditoria médica e administrativa junto aos prestadores de serviços.
- Elaboração de relatórios estatísticos, financeiros, epidemiológicos e de utilização dos sistema para orientação da empresa-cliente.
- Atuação conjunta nas áreas assistencial e ocupacional com registros consolidados em um único prontuário de usuário.
- Elaboração de propostas para modelos mais avançados de assistência à saúde, com monitorização da entrada do

2 - Isenção do Imposto de Renda somente aplicável quando a Administradora for uma Fundação, Caixa de Assistência ou Associação Beneficente.

paciente no sistema por meio de especialidades básicas, a partir das quais se define o encaminhamento para especialidades mais complexas.

— Elaboração de programas assistenciais e preventivos abordando as doenças mais frequentes na população da empresa-cliente.

— Atendimento domiciliar de urgência e a pacientes crônicos.

3.6 - A interface com a empresa patrocinadora (empresa-cliente)

— Guarda a filosofia da autogestão à medida que as diretrizes e as normas do plano são sempre próprias e definidas pela empresa-cliente.

— Preserva a rede própria de cada empresa-cliente, mantendo o pagamento à rede diretamente pela CONTRATANTE.

— Mantém a imagem da empresa-cliente como gerenciadora por meio de formulários específicos e personalizados, livros e carteiras de beneficiários com o logotipo da empresa-cliente.

— Permite versatilidade para mudanças no plano a critério do patrocinador.

— Garante a independência futura da empresa-cliente com relação aos serviços da administradora.

— Presta serviços por intermédio da taxa administrativa desvinculada do custo assistencial.

“A administradora não manipula os valores devidos à rede credenciada, gerando para a empresa-cliente um ganho financeiro e economia tributária, e não é parte interes-

*sada nos contratos com a rede prestadora. Sua sistemática de auditoria de contas médicas permite, pelas glosas legitimamente identificadas, uma economia geralmente equivalente ou superior aos valores de taxas administrativas”.*³

Capítulo IV

4 - Desenvolvimento do modelo de gerenciamento

4.1 - Gestão

A informação hoje é um dos grandes diferenciais da passagem para o terceiro milênio. Estamos cada vez mais nos distanciando da era industrial e entrando na era do conhecimento. Na era industrial valorizava-se o esforço físico, a produção de materiais para comercialização e o aperfeiçoamento das máquinas. Hoje, o valor está centrado mais na mente, no esforço inteligente, do que na mão-de-obra. Quem tem informação tem poder. E isso significa que a inteligência está com a cotação alta.

*“A formação e o desenvolvimento estão deixando de ter o simples caráter de complementação de formação acadêmica e estão passando a ter caráter estratégico, plenamente contínuo. Como a competitividade é intensa e o mercado cada vez mais exigente, as empresas precisam se modernizar e contar com estrutura mais leve para se tornarem competitivas no mercado”.*⁴

4 - Piva, Horácio Lafer - Artigo “O Mundo Aqui na Sala”, Publicado na Revista Trevisan Nº38, 1995, Pág. 43.

4.1.1 - Representação gráfica de um plano de autogestão de saúde

Plano X — Assistência à saúde — Empregados

Usuário: Empregados e dependentes

Fonte de Custeio	Participação
Titular	Fixa: - x% do salário base por benefício, mensal.
	Variável: - x% s/ consultas e terapias ambulatoriais.
	- Diferença de diárias hospitalares, quando exceder o limite coberto.

Plano Y - Agregados

Usuário: Dependente Agregado do Titular

Fonte de Custeio	Participação
Titular	Fixa: Contribuição mensal por usuário, que corresponde ao valor apurado pelo rateio dos custos efetivamente havidos por todos os usuários do grupo, deduzidos os custos de Participação Variável.
	Variável: Idem plano X.

Plano Z - Aposentados

Usuário: Titular Aposentado

Fonte de Custeio	Participação
Titular	Fixa: Contribuição mensal por usuário, que corresponde ao valor apurado pelo rateio dos custos efetivamente havidos por todos os usuários do grupo, deduzidos os custos de Participação Variável.
	Variável: Idem plano X.

4.1.2 - Modelo básico de regulamento de um plano de autogestão de saúde

Apresentamos uma sugestão básica de um modelo de regulamento; o leitor deverá adaptá-lo às necessidades de regulamentação de acordo com o porte e a amplitude do programa de assistência à saúde da sua empresa.

Regulamento

- I. Considerações gerais
- II. Categoria do usuário
- III. Planos
- IV. Abrangência de serviços
- V. Opção
- VI. Vigência
- VII. Carências
- VIII. Utilização dos serviços
- IX. Reembolso de despesas
- X. Pagamentos de mensalidades e despesas de saúde
- XI. Desligamento de usuários
- XII. Medidas disciplinares
- XIII. Disposições finais

O plano de assistência médica visa à promoção e à preservação da saúde dos empregados da empresa e de seus dependentes, conforme prática de assistência à saúde da empresa.

O plano é um programa de autogestão mantido pela empresa e por seus empregados.

O usuário, ao optar pelo plano, está assumindo a responsabilidade de utilizá-lo dentro das condições aqui definidas.

I. Considerações gerais

1. - Este regulamento tem como objetivo estabelecer as normas básicas que regulam a utilização dos serviços oferecidos pelo plano.

2. - O plano se destina a prestar serviços na área de saúde aos empregados e aposentados da empresa, bem como aos seus dependentes preferenciais e agregados.

3. - O plano está caracterizado como atendimento suplementar ao prestado pela Previdência Social. Assim, seus usuários podem também se utilizar dos serviços oferecidos pelo INSS/SUS.

4. - Os casos de acidente de trabalho não são cobertos pelo plano, devendo o usuário encaminhar-se para atendimento única e exclusivamente pelo INSS/SUS.

5. - A empresa se reserva o direito de proceder a quaisquer alterações, a qualquer tempo, neste regulamento, visando oferecer melhores condições de serviços aos seus usuários. Sempre que tal fato ocorrer, o usuário será devidamente comunicado.

6. - As situações não-previstas neste regulamento serão analisadas pela empresa, que definirá a ação a ser implementada.

II. Categoria de usuário

Entende-se por usuário todo beneficiário do plano que se enquadra em uma das seguintes categorias:

1 - Titular: é aquele com vínculo direto com a empresa, constituindo-se no responsável por seu grupo familiar, inclusive pelas despesas geradas por este. Pode ser:

1.1 - Empregado: aquele que se encontra em pleno exercício de suas atribuições.

1.2 - Aposentado: aquele que se desliga da empresa após cumprimento das formalidades junto ao INSS.

2.- Dependente preferencial: é aquele que comprovadamente mantém vínculo familiar direto com o titular. Nessas condições se enquadram:

2.1 - Cônjuge: pessoa com quem o titular esteja legalmente casado.

2.2 Filhos:

a) Filhos solteiros até 21 anos ou quando total e permanentemente inválidos ou excepcionais.

b) Filhos solteiros de 21 a 24 anos que estejam regular e comprovadamente frequentando cursos de nível superior.

3 - Dependente agregado: é aquele que mantém vínculo de parentesco com o titular e não se enquadra na categoria de dependente preferencial. Nessas condições se encontram: pais; filhos e enteados; irmão; sogros e avós.

4 - Observações gerais

4.1 - Cada usuário só pode estar inscrito em uma das categorias aqui descritas.

4.2 - Cabe ao titular informar ao plano sempre que ocorrer qualquer alteração nos dados cadastrais das pessoas que compõem seu grupo familiar.

4.3 - O dependente preferencial, quando do vencimento da cobertura, pode ser incluído como dependente agregado, sem carência, desde que haja solicitação do titular para sua mudança de categoria, sem interrupção do vínculo com o plano.

4.4 - A inclusão de dependente agregado está condicionada à análise pelo plano para verificação do nível de comprometimento de sua remuneração mensal, que não deverá exceder a $x\%$ do salário-base.

III. Planos

1. Plano X: destinado ao titular ativo e a seus dependentes preferenciais. O titular tem a seguinte participação:

1.1 Fixa: $X\%$ do salário-base mensalmente.

1.2 Variável: $X\%$ do valor das consultas e terapias; diferença de diária hospitalar quando esta excede o limite coberto.

2. Plano Y: destinado ao dependente agregado do titular, que tem a seguinte participação:

2.1 Fixa: contribuição mensal por usuário, que corresponde ao valor apurado pelo rateio dos custos efetivamente havidos por todos usuários do grupo, deduzidos os custos de participação variável.

2.2 Variável: $X\%$ do valor das consultas e terapias; diferença de diária hospitalar quando esta excede o limite coberto.

3. Plano Z: destinado ao titular aposentado.

3.1 Fixa: contribuição mensal por usuário, que corresponde ao valor apurado pelo rateio dos custos efetivamente havidos por todos os usuários do grupo, deduzidos os custos de participação variável.

3.2 Variável: $X\%$ do valor das consultas e terapias; diferença de diária hospitalar quando esta excede o limite coberto.

IV. Abrangência de serviços

1. São cobertos pelo plano os seguintes serviços:

1.1 Consultas de clínica médica, cirúrgica e especializadas marcadas diretamente nos consultórios.

1.2 Exames de apoio ao diagnóstico e serviços auxiliares de tratamento.

1.3 Atendimento em pronto-socorro.

1.4 Internação clínica e cirúrgica.

1.5 Assistência de obstetrícia e pós-parto.

1.6 Remoções.

1.7 Assistência fisioterápica e de reabilitação.

1.8 Assistência psicológica e fonoaudiológica.

1.9 Diálise em geral na fase aguda.

2. Serviços não-cobertos pelo plano:

2.1 Despesas extraordinárias realizadas durante a internação e não relacionadas diretamente com o tratamento previsto.

2.2 Despesas de qualquer natureza com acompanhante durante a internação.

2.3 Tratamento clínico ou cirúrgico, condenado ou não-recomendado pela ética médica.

2.4 Tratamento cirúrgico ou não, visando aos aspectos cosméticos ou de embelezamento.

V. Opção

1. Somente o titular poderá formalizar sua adesão ao plano e incluir seu grupo familiar por meio da sua assinatura no termo de opção.

2. No ato da opção, o titular deverá apresentar todos os documentos comprobatórios exigidos pelo plano.

3. O titular, ao optar pelo plano, assume a responsabilidade sobre seus dependentes preferenciais e agregados o que diz respeito a custos e formas de utilização, conforme estabelece este regulamento.

VI. Vigência

1. O titular, os dependentes preferencial e agregado passam a ter direito a utilizar os serviços a partir da data de vigência, que é fixada após o cumprimento de todas as medidas administrativas necessárias à sua inclusão no plano, conforme prazo de opção estabelecido no item V.2 deste regulamento.

2. A inclusão dos dependentes preferenciais tem vigência imediata após o recebimento e a aprovação da documentação exigida pelo plano.

3. A inclusão de filhos recém-nascidos tem vigência a partir da data de nascimento, desde que a mesma seja providenciada até o oitavo dia subsequente.

4. A inclusão do(a) cônjuge tem vigência a partir da data do casamento, desde que o documento comprobatório seja apresentado ao plano até o 15º dia subsequente. Após esse prazo, o direito à utilização dos serviços se dará a partir da data de recebimento do documento pelo plano.

VII. Carências

Nos planos X, Y e Z não há qualquer tipo de carência. A utilização é imedi-

ata, a partir da data de vigência do plano.

Obs.: É normal a adoção de carência. Entretanto, esta varia muito de plano para plano.

VIII. Utilização dos serviços

1. A utilização dos serviços deve ser feita sempre com a apresentação do cartão de identificação do plano ou autorização provisória para atendimento, com o respectivo documento de identidade.

2. O cartão de identificação tem prazo de validade, sendo automaticamente renovado quando a situação do usuário estiver plenamente regularizada junto ao plano.

3. Todas as internações têm de ser autorizadas pelo plano mediante emissão de guia específica para esse fim.

4. Exames e tratamentos prescritos por recursos credenciados ou não podem ser realizados diretamente junto à entidade credenciada para esse fim, com exceção daqueles que exijam guia específica, que deverá ser retirada junto ao órgão competente do plano. A validade das prescrições é de 15 dias.

5. O plano não se responsabiliza pela utilização de serviços em entidades não-credenciadas, bem como pelos custos decorrentes desse uso.

IX. Reembolso de despesas de saúde

1. O plano reembolsa parte dos valores gastos pelos usuários na utilização dos serviços de profissionais ou de entidades não-credenciadas, desde que solicitado e justificado o uso do recurso de saúde não-cadastrado.

2. O valor do reembolso será calculado tendo como base os valores dos serviços na tabela do plano vigente na data do atendimento e conforme critérios ao qual o usuário está vinculado.

3. A solicitação de reembolso deve ocorrer até 30 dias da data da prestação do serviço.

X. Pagamentos de mensalidades e despesas de saúde

1. É vedado ao usuário efetuar qualquer tipo de pagamento diretamente ao recurso de saúde credenciado.

2. A execução dos serviços deve ser reconhecida pela assinatura do usuário

ou seu responsável (quando usuário menor de idade) na guia de atendimento.

3. A assinatura do usuário na guia de atendimento autoriza o plano a efetuar junto ao titular as cobranças referentes à sua participação nas despesas conforme serviços nela discriminados, de acordo com a tabela do plano.

4. Os débitos referentes às despesas de saúde e mensalidades são cobrados mensalmente em uma única parcela, preferencialmente por meio da folha de pagamento do titular. A cobrança bancária será usada para atender os titulares que não possuem vínculo com a folha de pagamento da empresa.

5. O titular que deixar de efetuar seus pagamentos dentro do prazo fixado junto ao plano estará impedido de utilizar os serviços até a regularização de sua situação.

6. As mensalidades e as despesas de saúde existentes por ocasião do desligamento do usuário devem ser quitadas junto ao plano.

XI. Desligamento de usuário

1. Ocorrendo um dos motivos abaixo relacionados, haverá o desligamento do titular e de seus dependentes preferenciais e agregados do plano:

- 1.1. Rescisão de contrato de trabalho.
- 1.2. Falecimento do titular.
- 1.3. Por solicitação escrita e assinada pelo usuário.
- 1.4. Por aplicação de medida disciplinar.
- 1.5. Por inadimplência.

2. O direito à utilização do plano cessa para o titular e seus dependentes na data do desligamento da empresa.

3. Os dependentes preferenciais do titular deverão ser desligados quando perderem a condição de usuários junto ao plano, conforme definido neste regulamento.

4. A solicitação por escrito do titular para o desligamento deve ocorrer com uma antecedência mínima de 30 dias da data prevista, reservando-se a empresa, após análise, o direito de aceitar ou não o pedido.

5. Os dependentes agregados deverão ser desligados do plano quando ocorrer um dos seguintes motivos:

- 5.1. Falecimento do dependente agregado.
- 5.2. Desligamento do titular.
- 5.3. Por medida disciplinar.
- 5.4. Mediante solicitação por escrito do titular quando do término do prazo

de vigência do contrato (período de 12 meses).

5.5 Por inadimplência.

6. Para todos os casos de desligamento deverá ser obrigatória a devolução da(s) respectiva(s) carteirinha(s) de identificação do plano.

7. A condição de desligamento não confere quitação de débitos existentes; exceto em casos de falecimentos do titular do Plano A.

XII. Medidas disciplinares

1. Todo e qualquer ato que transgredir o presente regulamento ou mesmo for considerado lesivo aos interesses da comunidade, denegrindo a imagem do plano, é passível de punição.

2. Para efeito de aplicação de medidas disciplinares, somente o titular será a pessoa responsável, indiferentemente de ter sido ele ou não o agente causador do ato.

3. A medida disciplinar poderá ir desde uma advertência até a exclusão do titular e seu grupo familiar do sistema de saúde, não podendo retornar ao mesmo, ficando seu acesso à saúde restrito ao SUS.

4. Todo e qualquer prejuízo material causado ao plano em virtude de utilização inadequada implicará em integral ressarcimento pelo titular, em valores atualizados, sem prejuízo da ação penal cabível.

5. A aplicação de medida disciplinar não libera o usuário da quitação de débitos existentes.

XIII. Disposições finais

1. As situações não-previstas ou omissas neste regulamento serão analisadas pela empresa, que definirá as ações a serem implementadas.

2. Nenhuma responsabilidade caberá ao plano no caso de eventualidade de qualquer natureza decorrente de atendimento prestado pela sua rede credenciada e/ou contratada.

4.1.3 - Cadastramento, controle e gestão do cadastro de beneficiários

Como instrumento de gestão do cadastro de beneficiários deve-se observar os seguintes procedimentos:

— Cadastramento e atualização cadastral dos beneficiários do programa mediante centros de custos e planos pré-determinados, com possibilidade de incluir variáveis de controle como sexo, idade, carências, coberturas etc.

— Importação rotineira de atualizações de dados cadastrais de beneficiários diretamente da empresa-cliente e consultas *on line*, pela mesma, da totalidade de dados cadastrais de beneficiários.

— Emissão das carteiras de identificação dos beneficiários, podendo-se implantar módulo de impressão local e direta junto ao cadastramento.

— Controle de vias de carteiras de posse do beneficiário.

— Desativação automática de usuários por maioria, desligamento da empresa etc.

— Bloqueio de beneficiários afastados e inadimplentes.

— Emissão de interfaces de cobrança bancária (carnê) ou de desconto em folha de contribuição mensal e/ou participação financeira no evento.

— Possibilidade de cadastramento de beneficiários em subprogramas especiais: doenças decorrentes de insuficiência imunológica, dependência química, habilitação e reabilitação, saúde da mulher e mental etc.

4.1.4 - Cadastramento, controle e gestão da rede credenciada

Como parâmetro para efetuar o credenciamento dos recursos deve-se observar algumas regras de suma importância

no sentido de avaliar o estágio de especialização profissional, salvaguardando a excelência da qualidade do atendimento aos usuários:

- Área geográfica do recurso.
- Quantidade de recursos oferecidos por especialidade na área.
- Quantidade de recursos esperados para a área/população de beneficiários.
- Capacitação oferecida e dependências físicas.
- Comprovação da formação e experiência dos profissionais:
 - Faculdade de graduação.
 - Residência médica/estágio com programa e certificado de conclusão reconhecido pelos órgãos oficiais.
 - Título de especialista (verificar a sociedade de especialidade).
 - Hospital que realizou o internato é vinculado a escola médica?
 - Dentro da especialidade aprimorou-se em alguma área específica?
 - Possui ou possuiu vínculo universitário e/ou de docência após a especialização?
 - Possui mestrado e/ou doutorado na área de atuação?
 - Possui estágio no exterior?
 - Possui outras especializações?
 - Possui trabalho científico publicado e/ou apresentado em congresso?
 - Aprovação em concurso público na especialidade?
 - Apresenta formação que se diferencia dos demais profissionais credenciados?
 - A capacitação/oferta de serviços se diferencia daquela oferecida pela rede credenciada?

Como instrumento de gestão da rede de recursos credenciados deve-se observar os seguintes procedimentos:

— Credenciamento e descredenciamento de rede prestadora especificamente determinada para o programa, com indicação de recursos pela empresa-cliente e pelos usuários, e aprovação dos currículos.

— Cadastramento em sistema dos recursos credenciados, incluindo os *inputs* relacionados à tabelas, múltiplos acordados, subprogramas especiais e demais parâmetros de controle.

— Negociação com prestadores, sempre pautadas em parâmetros determinados junto à empresa-cliente.

— Estabelecimento, se necessário, de aditivos contratuais com a atual rede credenciada da empresa-cliente.

— Negociação de tabelas suportada em instrumentos do sistema informatizado como: ranking de pagamentos, extratos e histórico do credenciado (glosas, reclamações), comparativo de despesas hospitalares etc.

— Fornecimento e envio à rede credenciada de todos os formulários e manuais com logomarca da empresa-cliente necessários à operacionalização do programa.

— Impressão e envio à rede credenciada de todos os instrumentos e aditamentos contratuais, emissão de circulares, extratos, bem como boletins anuais de recolhimento de impostos.

— Fornecimento do informe de rendimentos para atendimento à legislação do Imposto de Renda.

— Possibilidade de padrão magnético para envio de contas médico-assistenciais.

— Central de informações ao credenciado sobre valor de pagamentos, glosas e datas de depósitos.

— Consultas *on line*, pela empresa-cliente, da totalidade de dados cadastrais de credenciados e utilização da rede.

4.2 - Controles

De acordo com recente pesquisa⁵, constatou-se que as empresas de planos de saúde fazem auditoria em 61% das internações, em média. Quase todas (99%) auditam mais da metade das contas que recebem de médicos, hospitais e laboratórios e 86% ainda têm programa de controle de qualidade sobre a auditoria que fazem. Resultado: 11% das contas são eliminadas por erro no preenchimento, 43% são corrigidas antes do pagamento e 13% sofrem correção depois de pagas.

Apresentamos a seguir os principais pontos de checagem que são necessários para um bom controle dos eventos, visando eliminar de imediato possíveis falhas, sejam intencionais ou não.

4.2.1 - Controles pré-evento

— Estímulo à utilização racional dos serviços disponibilizados por de meio informações contidas nos extratos enviados aos beneficiários e orientação adequada e pela central de atendimento.

— Autorização prévia de exames especiais e internações, suportado em sistema de consulta ao cadastro de beneficiário.

— Possibilidade de utilização de central telefônica de liberação de senhas para internação ou módulo informativo de liberação de guias, com automática visualização do histórico do usuário.

— Participação financeira nas despesas incorridas se de interesse no modelo proposto pela empresa-cliente, como fator moderador e racionalizador de utilização.

— Ações de assessoria e gestão de credenciamento, como o dimensionamento adequado da rede prestadora e a atuação

5 - Júnior, Paulo Trevisan - Artigo publicado no jornal Gazeta Mercantil de 18/07/97 - pesquisa realizada em 1996 nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, pela Hewitt Associates, Consultoria internacional especializada em Recursos Humanos.

constante e direcionada para a negociação de contratos.

4.2.2 - Sistemas de controle e auditoria médica no evento

— Auditoria médica de campo em casos críticos: pacientes crônicos, limite de tempo médio esperado de internação esgotado, procedimentos selecionados como sempre sujeitos à auditoria, a ser avaliado dado a dimensão regional.

— Auditoria médica de campo de maneira rotineira e amostral, a ser avaliada dada a distribuição regional e a dimensão populacional.

— Auditoria médica eventual de prontuários e fichas clínicas.

4.2.3 - Sistema de auditoria pós-evento (auditoria de contas médicas)

— Recepção e análise administrativa.

— Checagem preliminar entre o expresso na relação de remessa de guias, faturas e/ou notas fiscais e o número de documentos (guias) de cobranças apresentadas.

— Verificação do preenchimento correto dos campos das guias.

— Digitação direta de guias para eventuais recursos que não as preenchem.

— Checagem da existência de assinatura do beneficiário e das solicitações de pedidos médicos de exames frente aos faturados.

— Análise dos valores cobrados em cada prestador, de diárias e taxas frente às tabelas acordadas e de medicamentos frente à tabela Brasíndice.

— Análise dos valores cobrados de materiais frente ao observado no mercado.

— Separação de dúvidas de associação de procedimentos médicos para elucidação com auditor médico interno e conduta.

— Apontamento de glosas, mal preenchimento ou erros de cobrança observados, para contato ou alerta ao prestador, por telefone ou correspondência.

4.2.4 - Análise técnica-médica interna

— Análise técnica de 100% das contas de internação.

— Contatos com profissionais prestadores sobre divergências técnicas.

— Apontamento, mediante a auditoria médica externa, de glosas técnicas.

4.2.5 - Controles pelo sistema

— Checagem automática da existência do credenciado e de sua elegibilidade para o atendimento.

— Checagem da existência do beneficiário, compatibilidade com o nome identificado e elegibilidade para o atendimento, carências e exclusões de cobertura.

— Checagem da data do evento contra a data do credenciamento.

— Cálculo de 100% dos eventos médicos conforme tabela de múltiplos índices e valores pré-acordados e cadastrados.

— Possibilidade de checagem de assinatura frente ao arquivo magnético de assinaturas.

— Controle de eventos limitados quantitativamente (fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia etc.).

— Checagem da entrada de contas contra as numerações já digitadas.

— Inconsistências de códigos de serviços utilizados.

— Avisos para quantidades descritas de eventos anormais ou acima da média padrão.

— Checagem de compatibilidade “sexo e idade” *versus* “procedimento” e “procedimento” *versus* “credenciado autorizado”.

— Incompatibilidade “horário extraordinário” *versus* “procedimento eletivo”.

— Checagem da “natureza do procedimento” *versus* “local de realização”, “natureza do procedimento” *versus* “utilização de formulário adequado” e “natureza do procedimento” *versus* “plano do beneficiário”.

— Checagem de retorno de consultas, entre outros.

4.2.6 - Controle de qualidade

— Quantidade de guias enviadas frente ao total digitado.

— Valor informado pelo prestador frente ao calculado pelo sistema.

— Tendências de cobranças e desdobramentos de procedimentos, de horários extraordinários das cobranças e de repetição de consultas por usuário/prestador.

— Checagem da qualidade da digitação.

— Checagem amostral da conferência executada.

— Emissão de correspondências de aviso relativas às glosas e posturas.

— Custo e utilização de serviços por plano, faixas etárias e parentesco.

— Relatórios de utilização em subprogramas especiais.

— Cartas-padrão (para usuários e/ou credenciados).

4.2.7 Interface on-line com os clientes e os fornecedores

— Consultar integralmente o cadastro de usuários e de

credenciados.

— Solicitar e emitir extratos de utilização por usuário e por período.

— Consultar a situação quantitativa atual de utilização de procedimentos especialmente definidos por usuário como: sessões de psicologia, de fonoaudiologia, consultas médicas ou diárias segundo períodos.

— Obter-se o faturamento bruto e líquido por credenciado e por período.

— Apoiar a área de pagamento do cliente permitindo a verificação, a qualquer tempo, do montante já digitado de prestadores e valores a pagar, para o próximo crédito, à rede credenciada.

— Varredura do cadastro do beneficiário, permitindo ao cliente checagens automáticas e contagens de inúmeras variáveis e cruzamentos, a seu critério, de controle no arquivo de usuários.

— Visualização em tela de todas as contas mensais pagas, bem como glosas, com todos os seus detalhamentos, segundo os enfoques do prestador ou do beneficiário.

— Emissão de guias com visualização imediata dos dados globais de utilização prévia do usuário, elegibilidade, doenças pré-existentes cadastradas ou carências.

— Possibilidade de solicitação, com impressão local pelo cliente, de carteiras de identificação de beneficiários ou segundas vias, se for o caso.

4.2.8 - Prontuário único do usuário

Esse é um tema relativamente novo. A bibliografia a respeito é muito escassa, até porque é bastante operacional, pouco teórico. Surgiu como conseqüência da necessidade de reunir todas as informações em uma única base. Constitui-se num

dos mais importantes instrumentos de gestão na área de saúde.

*Prontuário único é o arquivo que reúne todo o histórico de saúde dos usuários do plano de saúde. Dependendo da abrangência do plano e de suas correlações com outras áreas da empresa, é interessante que reúna também os dados relativos à área de saúde ocupacional e aos benefícios ligados à saúde (assistências odontológica, farmacêutica, ótica, ortopédica etc.)”.*⁶

Tem como finalidades básicas:

— Operacional: permite acessar todos os dados necessários ao acompanhamento técnico do processo saúde-doença, assim como utilização cronológica dos recursos credenciados para embasar a liberação de procedimentos vinculados à prévia autorização com agilidade. Além de permitir a intervenção junto ao processo e/ou recurso/usuário.

— Administrativo-gerencial: seu banco de dados permite extrair relatórios ou informações sobre custos por usuários, por procedimentos, por recursos; principais utilizações; recursos mais ou menos utilizados; média de tempo de internações, dentre outros. Se interligado à saúde ocupacional permite racionalizar a utilização e melhor direcionar as ações terapêuticas e preventivas.

— Epidemiológico: permite a identificação dos principais tipos de patologias incidentes na população de usuários, subsidiando intervenções preventivas e/ou de promoção de saúde.

4.3 - Custos

4.3.1 - Aumento de custos por incorporação de tecnologias

No passado recente, espelhando uma evolução que vem tendo lugar em todo o mundo, os custos dos procedimentos médicos têm crescido acima da inflação e também da atualização dos salários, sendo este o parâmetro básico para a estipulação orçamentária da fonte de custeio dos programas de autogestão em saúde.

Analisando historicamente verificamos que as condutas médicas para diagnóstico ou terapia vêm sendo cada vez mais apoiadas em exames complementares, que agregam constantemente custos adicionais de novas tecnologias.

Principais fatores⁷:

Centro cirúrgico — novos equipamentos para monitoração anestésica

- Oxímetro (medidor de O₂)
- Monitor de pressão arterial
- Capnógrafo (medidor de Co₂)
- Monitor de débito cardíaco

Técnicas cirúrgicas por videoendoscopia

- Videolaparoscopia
- Videotoracoscopia
- Videoarstoscopia

Técnicas de terapia intravascular

- Angioplastia
- Rotablor
- Stents (próteses)

7 - Valle, Walter Lyrio - Coordenador de Auditoria Médica na área ambulatorial e sistema de internação do Hospital das Clínicas de São Paulo. Autor da relação de fatores.

Técnicas e novos equipamentos para implante de lente intraocular

- Facuemulcificador — para destruir e aspirar o cristalino através de pequena abertura na córnea
- Lentes flexíveis (+ caras)

Incorporação de meios de diagnose e terapias mais sofisticados e caros em

- Radiologia
- Radioterapia
- Cardiologia
- Medicina nuclear
- Patologia clínica (laboratório clínico)
- Anatomia patológica
- Ultra-som
- Tomografia computadorizada
- Ressonância magnética
- Endoscopia
- Radiocirurgia
- Lasers
- Equipamentos microendoscópicos
- Transplantes de órgãos
- Quimioterapias

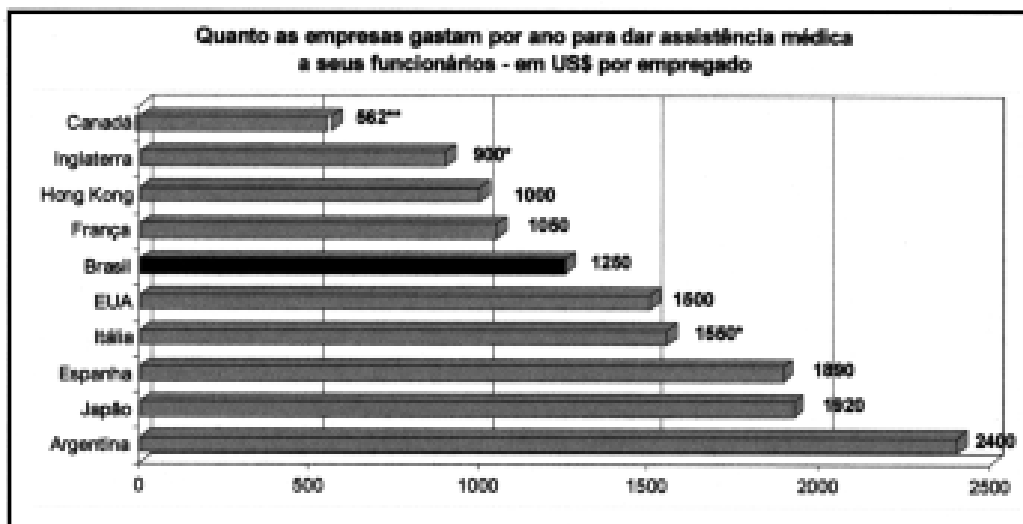
Incorporação de novos medicamentos principalmente para quimioterapia e anti-HIV, muito mais caros que os habitualmente utilizados.

4.3.2 - Custos com planos de saúde no Brasil

As empresas são livres para adotar a modalidade de assistência complementar que melhor lhes convier (medicina de grupo, seguro-saúde, cooperativas médicas, planos por admi-

nistração e autogestão de saúde). Os planos também variam quanto à cobertura e à forma de financiamento.

Segundo dados da Hewitt Associates, uma das maiores consultorias mundiais em gestão de recursos humanos, as empresas brasileiras gastam em média US\$1.250 anuais por funcionário com planos de saúde. Na Espanha são US\$1.890, incluindo dependentes. Nos Estados Unidos, onde a assistência médica é quase privatizada, os gastos por empregado ficam em US\$1.500.



(*) planos para altos executivos (**) só cobram serviços não oferecidos gratuitamente pelo governo, como clínicas de fertilização e emergências no exterior. (Fonte: Hewitt Associates - Consultoria Mundial na área de Recursos Humanos) - Revista Exame, Maio de 1997, pág. 89.

4.3.3 - Custos com programas de autogestão de saúde no Brasil

CIEFAS — Comitê Integrado de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde

A Pesquisa Nacional sobre Assistência à Saúde com 122 empresas que adotam o sistema de autogestão nos seus programas de saúde para empregados e dependentes, realizada nos meses de outubro a dezembro de 1997, apresenta os seguintes dados:

Custo Médio Per Capita Mensal		
Item	R\$	%
Assistência Médica (honorários)	20,66	35
Assistência Hospitalar	19,43	32
Assistência Odontológica	8,70	15
Auxílio Farmácia	6,65	11
Assistência Psicológica	2,27	4
Auxílio Ótica	1,44	2
Auxílio Material Ortopédico	0,73	1
TOTAL	59,80	100

Fonte: CIEFAS - www.ciefas.com.br

A Pesquisa Nacional sobre Assistência à Saúde, em 87 empresas que adotam o sistema de autogestão nos seus programas de saúde para empregados e dependentes, realizada em 1999, apresenta os seguintes dados:

Custo Médio Per Capita Mensal		
Item	R\$	%
Assistência Ambulatorial	24,96	37,9
Assistência Hospitalar	22,19	33,6
Assistência Odontológica	8,79	14,8
Assistência Domiciliar (<i>home care</i>)	2,31	3,5
Auxílio Farmácia / Medicamentos	5,67	8,6
Auxílio Ótica	0,99	1,5
Auxílio Aparelhos	0,07	0,1
TOTAL	65,98	100

Fonte: CIEFAS - www.ciefas.com.br

ABRASPE — Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas

Dados da terceira edição da Pesquisa Nacional sobre Assistência Médica e Odontológica realizada pela ABRASPE em 1997 e enviada a 335 empresas, associadas ou não à entidade.

As empresas que responderam voluntariamente à pesquisa representaram um total de 1.801.607 usuários (próxima página).

Assistência Médica	Assistência Odontológica
<p>Consultas / Exames Nº Consultas / Usuário-ano: 3,59 Nº de exames por consulta: 1,65 Nº de exames / Usuário-ano: 5,93</p>	<p>Consultas / Exames Nº Consultas / Usuário-ano: 1,22 Nº de exames por consulta: 0,97 Nº de exames / Usuário-ano: 1,57 Nº de procedimentos cirúrgicos / Usuário-ano: 0,30</p>
<p>Custo Per Capita Por Empregado: R\$126,14 Por usuário: R\$43,96</p>	<p>Custo Per Capita Por Empregado: R\$25,33 Por usuário: R\$8,46</p>

Fonte: ABRASPE - www.abraspe.org.br

Dados da quarta edição da pesquisa nacional realizada pela ABRASPE em 1999, enviada a 400 empresas, associadas ou não a entidade. O universo das respostas voluntárias à pesquisa é composto por 78 companhias, representando um total de 3 milhões de usuários.

Um dos destaques da pesquisa foi o resultado do custo médio per capita - R\$43,96 - valor similar ao registrado na última edição da pesquisa (R\$46,69). Outro número significativo é o valor de custo médio diário por paciente internado: R\$553,35, segundo informações de 44 empresas.

Consultas / Exames	Índice de Internação
nº consulta / usuários-ano: 3,50	11,39%
nº exames / usuários-ano: 5,82	Média de Permanência
nº exames por consulta: 1,66	3,48 dias

Custeio dos Planos	Plano para Aposentados
91% das empresas recorrem à participação dos empregados Média de Participação: 70% empresa e 30% empregado	56% das empresas oferecem Per capita: R\$129,32
	Plano para Agregados
	36% das empresas oferecem Per capita: R\$157,36
	Odontologia
	59% das empresas oferecem Per capita: R\$7,88

Fonte: ABRASPE - www.abraspe.org.br

4.3.4 - Variáveis de custo na autogestão de saúde

4.3.4.1 - Externas

Ações governamentais

Definem índices indicativos para reajustes gerais, o que se torna parâmetro para reajustes dos preços de serviços, mesmo que estes não tenham relação com os custos.

As constantes alterações nos cálculos dos custeios da previdência, da saúde, a criação e o aumento dos impostos faz com que os prestadores de serviços repassem tais custos.

Da mesma forma, a retração no sistema público de saúde

transfere a responsabilidade do atendimento gratuito de urgência à rede privada e esta repassa esses custos às empresas pagantes, elaborando tabelas de serviços com valores acima de seus custos reais.

Ações de associações de classe

Normalmente, as associações médicas, odontólogas, de fisioterapeutas e outras elaboram tabelas de serviços, estipulam indexadores e impõem reajustes com aumentos reais, assim como alteram a estrutura das tabelas, desmembrando itens e estipulando preços individualizados quando antes eram pagos em um único item.

Rede credenciada

O avanço tecnológico nos meios de diagnose e terapia aumentam significativamente os custos; a indução, ou ainda, a criação de uma demanda até certo ponto fictícia (desnecessária), assim como fraudes, superfaturamento e duplicidade na realização de procedimentos, muitas vezes pela má qualidade ou pela desinformação do médico e do paciente, também aumentam os custos.

Materiais e medicamentos

Apresentados sem custos definidos pelas empresas produtoras, normalmente multinacionais, não estão sujeitas a controle de preços e definem reajustes a qualquer momento, baseando-se em índices próprios, muito acima dos da inflação. Alguns medicamentos apresentaram índices de variação de preço de até 100% num regime de inflação de um dígito, conforme dados de algumas contas hospitalares.

Além disso, os hospitais e as clínicas sobretaxam esses valores a título de taxa de comercialização, alegando custos administrativos para manipular tais produtos; para isso utilizam índices definidos pela portaria nº 463 de 6 de junho de 1991 do Ministério da Fazenda (define limite de preço para o varejo) que permite sobretaxa de até 42,86% sobre o preço de fábrica.

Devemos ainda considerar os desperdícios e a falta de controle nas dosagens e prescrições médicas.

4.3.4.2 - Internas

O perfil do plano desenhado por cada empresa influencia diretamente nos custos deste; a cobertura e abrangência do plano, o tipo de rede prestadora de serviço, a liberdade de escolha do usuário, a possibilidade de reembolso, a participação financeira do usuário no custeio do plano, assim como fatores moderadores de utilização do mesmo são variáveis extremamente importantes na definição dos custos, bem como no aumento destes.

Da mesma forma, a faixa etária, o nível de instrução, a condição socioeconômica e principalmente o “estilo de vida” da população coberta pelo plano são determinantes expressivos nos custos, pois irão influenciar direta e indiretamente na morbidade e mortalidade dos usuários do plano e, conseqüentemente, definirão o grau de utilização dos serviços de saúde.

Em decorrência do estreito vínculo com a área econômica, qualquer instabilidade nesta, como fato ou boato, também contribui para elevação dos custos.

Ao contrário da indústria e do comércio em geral, a assistência à saúde é a única área do mercado cujos custos apresentam aumento diretamente proporcional ao aumento da tecnologia; quanto mais sofisticado o meio de diagnóstico ou terapêutico, maior é o custo, mesmo que isso permita redução do tempo do procedimento e da internação; na medicina, a produção em escala quase nunca reduz custo, pois depende essencialmente da mão-de-obra humana.

Apesar de todos esses fatores exercerem grande influência nos custos, nada é mais importante do que o processo de gestão, sobre o qual devemos exercer avaliações periódicas, controles rigorosos e principalmente mudanças de rumo quando os resultados não forem favoráveis. Para tanto é necessário deter amplo conhecimento de todo o processo de utilização do plano por usuário, tipo de prestador, patologias, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, enfim, ter à disposição todos os relatórios gerenciais possíveis; isso permitirá reavaliar e controlar todo o processo, principalmente quanto à qualidade e aos custos, isto é, a relação custo/benefício.

Não podemos, ainda, esquecer ações paralelas à gestão de custos, que exercem forte influência nestes, tais como: ações de promoção e prevenção de saúde, principalmente para grupos de riscos (hipertensos, diabéticos, obesos, fumantes etc); orientação ao usuário quanto à utilização do plano; parcerias efetivas com os prestadores de serviços, tendo nestes um comprometimento com o processo; revisões constantes do perfil do plano e da rede credenciada; por fim, auditoria médica e de qualidade junto aos prestadores de serviços.

4.4 - Indicadores de qualidade nos serviços médico-hospitalares

Título	Definição
Consultas / hora-médico	nº de consultas / nº de horas médico contratadas por certo período
Usuários / médicos	nº de usuários / nº de médicos disponíveis
Usuários / funcionários	nº total de usuário / nº total de funcionários
Cirurgias	nº de cirurgias / nº total de usuários
Exames laboratoriais	nº de exames laboratoriais / nº de consultas
Exames radiológicos	nº de exames radiológicos / total de usuários
Consultas por convênio	nº de consultas por convênio / total de consultas
Exames laboratoriais por convênio	nº de exames por convênio / total de exames por período
Exames radiológicos por convênio	nº de exames por convênio / total de exames no período
Média pacientes / dia	nº total de pacientes / dias de atendimento no período
Média de permanência	nº de pacientes no período / nº de pacientes saídos (alta e óbito)
Mortalidade materna	nº de óbitos por obstetrícia / nº total de internações
Internações por convênio	nº de internações por convênio / nº total de internações
Consultas por médicos	nº de consultas / nº de médicos no ambulatório
Intervalo de substituição	taxa de desocupação X média de permanência em dias / taxa de ocupação
Complicação ou intercorrência	nº de complicações / nº de saídas no período
Cirurgias desnecessárias	nº de cirurgias sem indicação comprovada / total de cirurgias no período
Giro de rotatividade	nº de saídas / leitos no período
Mortalidade institucional	nº de óbitos após 48 horas de internação / nº de saídas no período
Infecção hospitalar	nº de infecções devido ao hospital / nº de saídas no período
Mortalidade por anestesia	nº de óbitos operatórios / nº de anestésias
Mortalidade operatória	nº de óbitos operatórios / nº de cirurgias
Mortalidade transoperatória	nº de óbitos transoperatórios / nº de cirurgias
Mortalidade transoperatória	nº de óbitos pós-operatórios / nº de cirurgias
Mortalidade por infecção hospitalar	nº de óbitos por infecção hospitalar / nº de saídas no período
Taxa de ocupação	nº de pacientes / nº de leitos-dia
Consultas per capita	nº de consultas / período

Fonte: Revista Trevisan - N°80, outubro/94 - Pág. 15

4.5 - Modelo de Plano de contas

Visando a flexibilidade para trabalhar com vários clientes, registrar as operações simultânea e separadamente, o plano de contas da empresa administradora dessa modalidade de assistência deverá ter graduação suficiente para gerar demonstrativos econômico-financeiros, separados por cliente.

Trata-se de uma simples sugestão relativa à parte de custos e estão elencadas apenas as principais contas. Cada empresa deverá adaptá-lo às necessidades específicas de seus planos de assistência e dos serviços colocados à disposição.

3								Despesas
3	2							Auto Gestão
3	2	00						Empresa X
3	2	00	00					Plano Y
3	2	00	00	1				Desp. Operacional
3	2	00	00	1	01			Assistência Global à Saúde
3	2	00	00	1	01	01		Assistência Global à Saúde
3	2	00	00	1	01	01	501	Custos de utilização -
								Assistência Médica/Hospitalar
							502	Custos de utilização -
								Assistência Psicológica
							503	Custos de utilização -
								Assistência Fonoaudiológica
							504	Custos de utilização -
								Assistência Fisioterápica
			02					Assistência Especializada
				01				Habilitação e Reabilitação
							501	Custos de utilização
					02			Aids / Câncer / Outras
							501	Custos de utilização
					03			Saúde e Longevidade
							501	Custos de utilização

04		Fármaco - Dependências
	501	Custos de utilização
05		Saúde da Mulher
	501	Custos de utilização
06		Saúde Mental
	501	Custos de utilização
04		Serviços Especializados
	01	Assistência Domiciliar
	501	Custos de utilização
	02	Pacientes Especiais
	501	Custos de utilização
	03	Atendimento do Exterior
	501	Custos de utilização
	99	Outros
	501	Eventos
07		Saúde Ocupacional
	01	Saúde Ocupacional
	501	Exames Periódicos
	502	Exames Pré Admissionais
	503	Acidentes do trabalho

4.6 - Modelo de relatórios gerenciais

A seguir apresentaremos modelos de relatórios-padrão que irão retratar a performance de cada cliente e plano administrado.

Despesa Operacional	Quant.	Valores
Assistência Geral à Saúde		
- Assistência Médica Hospitalar		
<i>Consultas</i>		
<i>Clínica Geral e Especializada</i>		
<i>Diagnose e Terapia</i>		
<i>Clínica Cirúrgica</i>		
<i>Outros Serviços</i>		
- Assistência Psicológica		
- Assistência Fonoaudiológica		
- Assistência Fisioterápica		
Assistência Especializada		
- Habilitação e Reabilitação		
- Aids / Câncer / Outras		
- PPA - Saúde e Longevidade		
- Fármaco-Dependência		
- Saúde da Mulher		
- Saúde Mental		
Serviços Especializados		
- PAD - Assistência Domiciliar		
- PAE - Pacientes Especiais		
- Atendimento no Exterior		
- Outros (Eventos etc)		
Saúde Ocupacional		
- Exames Periódicos		
- Exames Pré Admissionais		
- Acidente do Trabalho		
Despesas Administrativas		
Outras Despesas		
TOTAL	XX	R\$XX,XX
- Titulares		
- Dependentes		
TOTAL	XX	R\$XX,XX

Clientes

Custo das guias processadas

		Guias	Custo	Média
1995	Jan	54.596	3.935.741	72,09
	Fev	54.682	3.523.186	64,43
	Mar	57.467	4.082.764	71,05
	Abr	67.419	4.088.203	60,64
	Mai	55.589	3.895.185	70,07
	Jun	62.297	4.577.681	73,48
	Jul	63.716	4.738.028	74,36
	Ago	65.743	4.805.322	73,09
	Set	67.771	4.938.140	72,87
	Out	63.994	4.576.140	71,51
	Nov	59.713	4.935.792	82,66
	Dez	59.231	4.861.853	82,08
1996	Jan	55.569	4.858.767	87,44
	Fev	53.518	4.502.622	84,13
	Mar	57.311	4.418.096	77,09
	Abr	63.711	4.573.316	71,78
	Mai	60.017	4.702.055	78,35
	Jun	66.128	5.574.884	84,30
	Jul	63.379	5.488.970	86,61
	Ago	62.011	5.831.935	94,05
	Set	61.634	5.631.813	91,38
	Out	58.185	5.500.502	94,53
	Nov	61.995	5.747.218	92,70
	Dez	56.027	5.730.459	102,28
1997	Jan	49.020	4.903.045	100,02
	Fev	54.577	5.257.734	96,34



Obs.: Dados hipotéticos

Capítulo V

5 - Considerações finais

Salientamos que durante todo o levantamento para elaboração deste trabalho constatamos que não há nenhum modelo padrão para a administração de autogestão de saúde.

Um avanço notado na área é a iniciativa de empresas fornecedoras de serviços baseados no uso de cartões magnéticos. Além de suprir a necessidade das guias de atendimento, essa prática representa uma notável redução de custos, pois ao proceder ao atendimento via uso do cartão, o prestador de serviços já estará automaticamente alimentando o banco de dados da administradora do plano, eliminando sistematicamente a despesa de impressão, o tempo de preenchimento e o arquivo, a despesa de remessa das guias, a figura do digitador, do analista de contas médicas e, em muitos casos, do próprio auditor médico.

Um outro fator que contribui para o aperfeiçoamento e a melhoria da imagem do setor é a criação, pelas empresas administradoras, de centrais de atendimento. Todos os problemas demandados por clientes e fornecedores têm necessariamente

de passar pela central de atendimento, que registra a ocorrência, interage com as demais áreas da empresa e presta o pronto atendimento. Tudo com cronogramas previamente acertados entre as áreas, de tal forma que os prazos dados na central de atendimentos sejam rigorosamente cumpridos no retorno ao usuário ou ao fornecedor.

Com a perspectiva de abertura do segmento saúde para o mercado internacional temos o prenúncio de grande concorrência e conseqüentes modificações no atual cenário.

Como em todos os segmentos da economia estamos presenciando notáveis avanços tecnológicos voltados para a redução de custos, a melhora na qualidade e a satisfação dos usuários. A premissa básica é a de sempre fazer com que no primeiro atendimento gerem-se as informações para um banco de dados que servirá de fonte para todos os envolvidos no processo. As atividades “meio” são sumariamente eliminadas. Na área de saúde não está sendo diferente.

Devemos considerar também que os problemas de controle na assistência à saúde exigiria uma análise mais profunda de todos os sistemas existentes, bem como de todas as variáveis envolvidas. Dentro desse contexto, esse trabalho se justifica, pois resume os principais pontos servindo de base para outros trabalhos e contribuindo como fonte de informações para os que se encontram nessa área.

Nesse cenário apresentamos como alternativa o modelo de gestão e controle (Capítulo IV). Esse conjunto, desenvolvido e implantado, produzirá um leque de indicadores e informações que, utilizado como instrumento de gestão e controle, inibirá a possibilidade de aumento de custos por desvio de condu-

ta na utilização do sistema, por quaisquer das partes envolvidas.

Este trabalho não pretende esgotar a matéria, nem no que respeita às citações bibliográficas nem mesmo em relação à abordagem de todo o elenco de assuntos que o problema de saúde envolve.

É válido registrar que as modalidades de assistência médica citadas são as existentes no presente. A “imaginação” é uma notável característica dos dirigentes da área de saúde e fará com que surjam num futuro breve novos tipos de assistência à saúde, de procedimentos e formas de controles. Portanto, apresento minhas desculpas e peço também compreensão se futuramente este humilde trabalho não mais atender às expectativas daqueles que por ventura vierem a consultá-lo.

Finalmente, devemos considerar que verifica-se uma tendência para o sistema de saúde privado:

- exames realizados à distância;
- tempo de internação: redução/eliminação;
- aumento da abrangência dos planos;
- intensificação das doenças conjunturais (stress, cardiopatias, lesão por esforço repetitivo “ler”, úlceras etc.);
- uso de cartão magnético;
- intercomunicação *on-line*.

6 - Bibliografia

CHECHIA, Cristina Maria de Abreu. *Assistência médica como um benefício nas empresas — Um estudo em organizações de grande porte na cidade de São Paulo*. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola de Administração da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1996, 163 p.

COUTO, Ronaldo. *Assistência médica no Brasil, sua evolução e o surgimento do sistema privado*. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola de Administração da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1993, 120 p.

JIMENEZ, Carla e PACHECO, Paula. “A saúde em jogo”. In *Revista Época* — São Paulo, agosto/98, ano I, nº 14, Seção de Negócios, pp. 102-107.

LOVERDOS, Adrianos. *Auditoria e análise de contas médico-hospitalares*. São Paulo, STS, 1997, 95 p.

MÉDICI, André Cezar. *Medicina de Grupo no Brasil*. Rio de Janeiro, OPAS, 1991, 64 p.

PELEIAS, Ivan Ricardo. *Avaliação de desempenho: um enfoque de gestão econômica*. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade de São Paulo, 1992.

REVISTA TREVISAN, “Sistemas alternativos de saúde”, Seção de Estudos Setoriais, outubro/94, ano VII, n° 80, pp. 85-96 (autor não-mencionado).

SOEIRO, Everton. *Negociação como função gerencial: a visão dos dirigentes de organização de saúde*. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola de Administração da Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 1995, 205 p.

VASSALO, Claudia. “Por que os preços cobrados pelos hospitais são tão altos?” In *Revista Exame*, São Paulo, maio/97, ano 30, n° 635, pp. 85-96.

Outras informações

7.1 - Entidades de classe

CIEFAS — Comitê de Integração de Entidades fechadas de Assistência à Saúde.

Fone: (11) 289-0855 / 289-0674 / 289-0743

Fax: (11) 289-0322

Av. Brig. Brig. Luiz Antonio, 2608 — 2º andar — Jardim Paulista — São Paulo — SP.

CEP 01402-000

www.ciefas.com.br

e-mail: ciefas@ciefas.com.br

ABRASPE — Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde próprios de Empresas.

Fone: (11) 231-2513/231-3014

Fax: (11) 259-7802

Av. Angélica, 2.632 — cj. 91/92 — Higienópolis — São Paulo — SP

CEP 01228-200

www.abraspe.org.br

e-mail: abraspe@abraspe.org.br

7.2 - Empresas Associadas ao CIEFAS — Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde:

ABET - Associação Beneficente dos Empregados da TELESP

AFFEGO - Associação dos Funcionários do Fisco do Estado de Goiás

AFFEMAT - Assoc. dos Func. da Fazenda do Estado de Mato Grosso

AFISVEC-SAÚDE - Assoc. dos Fiscais de Tributos do Rio Grande do Sul

AFRAFEP - Assoc. dos Fiscais de Rendas e Agentes Fiscais da Paraíba

AFRERJ - Associação dos Agentes Fiscais de Rendas do Estado do RJ

AFRESP - Assoc. dos Agentes Fiscais de Rendas do Estado de SP

ALEMG - Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais

AMAGIS - Associação dos Magistrados Mineiros

APUB - SAÚDE - Associação dos Professores Universitários da Bahia

ASASPE - Assoc. dos Serv. Assist. de Saúde Próprios de Empresas do CE

ASEFE - Associação de Assistência aos Servidores da FEDF

ASFAL - Associação do Fisco de Alagoas

ASFEB - Associação dos Servidores Fiscais do Estado da Bahia

ASSEC - Associação dos Empregados da CEHOP

ASSEFAZ - Fund. Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda

ASSEPAS - Assoc. das Entidades Paranaenses de Benefícios Assistenciais

ASTTTER - Assoc. dos Servidores do Tribunal do Trabalho da 3ª Região

BACEN - Banco Central do Brasil

BANRISUL - Fundação BANRISUL de Seguridade Social

BEMGECAIXA - Caixa de Assistência dos Empregados do BEMGE

CAAB - Caixa de Assistência dos Advogados do Estado da Bahia

CAARJ - Caixa de Assistência dos Advogados do Estado do RJ

CABERJ - Cxa. de Assist. dos Func. do Sistema Integrado BANERJ

CAC - Caixa de Assistência dos Servidores da CEDAE

CAEME - Caixa de Assistência dos Empregados da EMATER - Goiás

CAESB - Companhia de Água e Esgotos de Brasília

CAGIPE - Cxa. de Assist. dos Func. da Empr. Energética Sergipe S/A

CAMED - Caixa de Assist. dos Func. do Banco do Nordeste do Brasil

CAPESESP - Cxa. de Pec. Assist. Prev. Serv. Fund. Serv. Saúde Pública

CASB - Caixa de Assistência dos Servidores do CREDIREAL

CASBEG - Cxa. Assist. à Saúde dos Empreg. do Bco do Est. de Goiás

CASF - Caixa de Assist. dos Funcionários do Banco da Amazônia

CASSES - Caixa de Assistência dos Empregados do BANESE

CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

CEF - Caixa Econômica Federal

CELPA - Centrais Elétricas do Pará S/A

CEMAR - Companhia Energética do Maranhão

CEPEL - Centro de Pesquisas de Energia Elétrica

CERON - Centrais Elétricas de Rondônia S/A

CET - Companhia de Engenharia de Tráfego

CNEN - Comissão Nacional de Energia Nuclear

CNPQ - Conselho Nacional Desenv. Científico e Tecnológico

CODEVASF - Cia de Desenvolvimento do Vale do São Francisco

COMSEDER - Cooperativa Médica dos Servidores do DER Ltda

CONAB - Companhia Nacional de Abastecimento

COPASA - Companhia de Saneamento de Minas Gerais

CVRD - Companhia do Vale do Rio Doce

Administração de Programas de Autogestão de Saúde

DESBAN - Fundação BDMG de Seguridade Social

ECT - Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos

ELETROBRÁS - Centrais Elétricas Brasileiras S/A

ELETRONORTE - Centrais Elétricas do Norte do Brasil S/A

ELETROS - ELETROS-SAÚDE

EMBRAPA - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária

EMBRATEL - Empresa Brasileira de Telecomunicações

FACEB - Fundação de Assistência dos Emogadís da CEB

FACHESF - Fundação CHESF de Assistência e Seguridade Social

FASIUS-MED - Fundo de Assist. Médico-Hospitalar dos Servidores da Justiça

FASSINCRA - Fundação Assistencial dos Servidores do INCRA

FIOPREV - Instituto Oswaldo Cruz de Seguridade Social

FIPECq - Fundação de Prev. dos Emp. da FINEP, do IPEA, do CNPq e do INPE

FORLUZ - Fundação FORLUMINAS de Seguridade Social

FSFX - Fundação São Francisco Xavier

FUNASA-SAÚDE - Plano de Saúde dos Empregados da SAELPA

FUNDABEM - Fund. de Assist. dos Func. do Banco do Est. do Maranhão

FUNDAFFEMG - Fundação AFFEMG de Assistência e Saúde

FURNAS - Centrais Elétricas S/A

GEAP - Fundação de Seguridade Social

GEIPOT - Empresa Brasileira de Planejamento de Transportes

GREMES - Grupo de Empresas com Assistência Médica Supletiva

INB - Indústrias Nucleares do Brasil

IPALERJ - Inst. de Prev. da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro

IPREM - Inst. de Previdência Municipal de Governador Valadares

IRB - Instituto de Resseguros do Brasil

METRO - Companhia do Metropolitano de São Paulo

MPU - Ministério Público da União

NUCLEN - Engenharia e Serviços S/A

NUCLEP - Nuclebrás Equipamentos Pesados S/A

PASA - Plano de Assist. à Saúde do Aposentado da CVRD

PETROBRÁS - Petróleo Brasileiro S/A

PETROFLÉX - PETROFLEX Indústria e Comércio S/A

PLASAD - Plano de Assistência dos Advogados do Distrito Federal

PREVIMINAS - Fundação de Seguridade Social de Minas Gerais

PROCAMED - Produban Caixa de Assistência Médica

PRODESP - Companhia de Processamento de Dados do Estado de SP

REGIUS - BRB - Caixa de Assistência à Saúde

SAM-BEMAT - Caixa de Assist. Médica dos Empregados do BEMAT

SERPRO - Serviço Federal de Processamento de Dados

SESEF - Serviço Social de Estradas de Ferro

SESI DR/MT - Serviço Social da Indústria

SISTEL - Fundação TELEBRÁS de Seguridade Social

SPA - Sistema Paulista de Assistência

SUDECAP - Superintendência de Desenvolvimento da Capital

TCU - Tribunal de Contas da União

TELAMAZON - Telecomunicações do Amazonas S/A

TELASA - Telecomunicações de Alagoas S/A

TELEACRE - Telecomunicações do Acre S/A

TELEAMAPÁ - Telecomunicações do Amapá S/A

TELEBAHIA - Telecomunicações da Bahia S/A

TELEBRASÍLIA - Telecomunicações de Brasília S/A

TELECEARÁ - Telecomunicações do Ceará S/A

TELEGOIÁS - Telecomunicações de Goiás S/A

TELEMAT - Telecomunicações de Mato Grosso S/A

TELEMIG - Telecomunicações de Minas Gerais S/A

TELEMS - Telecomunicações de Mato Grosso do Sul S/A

TELEPAR - Telecomunicações do Paraná S/A

TELEPARÁ - Telecomunicações do Pará S/A

TELEPISA - Telecomunicações do Piauí S/A

TELERGIPE - Telecomunicações de Sergipe S/A

TELERJ - Telecomunicações do Rio de Janeiro S/A

TELERN - Telecomunicações do Rio Grande do Norte S/A

TELERON - Telecomunicações de Rondônia S/A

TELEST - Telecomunicações do Espírito Santo S/A

TELMA - Telecomunicações do Maranhão S/A

7.3 - Empresas associadas à ABRASPE — Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas:

AGA S/A — OXIGÊNIO

ALCAN ALUMÍNIO DO BRASIL S/A

ASSEFAZ FUND. ASSIST. DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

CABESP CAIXA BENEF. DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO BANESPA

CASB CAIXA ASSIST. DOS SERVIDORES DO BANCO CREDIREAL

CETESB — CIA. DE TECNOLOGIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL

COMPANHIA DE GÁS DE SÃO PAULO — COMGÁS

COOPERATIVA MOEMA DE SAÚDE — COMSAÚDE

COOPERSUCAR COOP. DE PRODUTOS DE CANA/AÇÚCAR E ÁLCOOL

ECONOMUS INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL

FAF FUND. ATTÍLIO FRANCISCO XAVIER FONTANA — SÁDIA

FEMCO FUD. COSIPA DE SEGURIDADE SOCIAL

FENIPREV — FUNDO MÚLTIPLO DE PREVIDÊNCIA — FENIPREV SAÚDE

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL BRAHMA

FUNDAÇÃO BRASINCA

FUNDAÇÃO CESP

FUNDAÇÃO ENERSUL

FUND. SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL — SABESPREV

FUNDAÇÃO SUDAMERIS

IPRED INST. DE PREVIDÊNCIA DO SERVIDOR MUNICIPAL DE DIADEMA

IPT — INST. PESQUISAS TECNOLÓGICAS DO ESTADO DE SP

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL — METRUS
MEDISERVICE ADM. DE PLANOS DE SAÚDE LTDA
METAL LEVE — PRODUTOS SINTETIZADOS LTDA
NEC DO BRASIL S/A
OLIVETTI DO BRASIL S/A
PERDIGÃO AGROINDUSTRIAL S/A
PIRELLI S/A
PLAMTEL PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA TELESP —
ABET
PREVIBOSCH SOCIEDADE DE PREVIDÊNCIA PRIVADA
PRÓ-SAÚDE EMPRESAS ASSOCIADAS
PRODAM CIA. DE PROCESSAMENTO DE DADOS DO MUN.
DE SP
PSS ASSOCIAÇÃO PHILIPS DE SEGURIDADE SOCIAL
SAMS SOCIEDADE ASSIST. MÉDICA E SOCIAL
SÃO PAULO TRANSPORTES
SBC SOCIEDADE BENEFICENTE
SCANIA DO BRASIL
SECONCE SERV. DA IND. DA CONSTR. E DO MOB. DO EST.
SP
SESI-SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA
SEPACO SERV. SOCIAL DA IND. DO PAPEL, PAPELÃO E COR-
TIÇA
SIEMENS S/A
SOCIEDADE BENEFICENTE CARLOS DRUMONT VILLARES
SOCIEDADE INTER. DE COMPRESSORES HERMÉTICOS
SICOM LTDA
SOLVAY DO BRASIL S/A
TRIBUNA REGIONAL FEDERAL 3ª REGIÃO
UNAFISCO — SIND. NAC. DOS AUDITORES FISCAIS DO TE-
SOURO NACIONAL
VOLKSWAGEM DO BRASIL LTDA

Nota sobre o autor

José Divanil Spósito Berbel — Mestre em Contabilidade pela Universidade Mackenzie.

Especialista em Didática do Ensino Superior pela Universidade Mackenzie.

Professor das Faculdades Ítalo-Brasileira e Faculdade de Administração e Ciências Contábeis Tibiriçá em São Paulo — SP.

Consultor e pesquisador em assuntos relacionados às áreas contábil e de saúde.

Já exerceu importantes funções nas áreas administrativo-financeira em empresas com destacada atuação nos seguimentos de saúde, financeiro e serviços.

Para entrar em contato com o autor:

Tel.: (11) 287-3592

e-mail: berbel@ruralsp.com.br

