



Precificação Estruturada da Jornada Cirúrgica: Evidências de Saving em 4.800 Protocolos na Saúde Suplementar

Edição 006/2026 | 19 de fevereiro de 2026 | Publicado



Grupo CSV — Cuidados em Saúde com Valor

Executive Summary

Cinco afirmações sobre saving cirúrgico estrutural:

1. O mercado cirúrgico privado brasileiro opera sob pressão financeira crescente e sem instrumento de controle de custo por evento

A deterioração da margem hospitalar e o crescimento das glosas não são produtos de ineficiência operacional isolada. São o resultado estrutural da ausência de um instrumento que torne o custo real da jornada cirúrgica visível e contratável para operadoras e prestadores simultaneamente.

O mercado de saúde suplementar brasileiro realizou 3,3 milhões de cirurgias em 2024 nos hospitais associados à Anahp [3], em um setor onde as despesas assistenciais totais atingiram R\$ 273 bilhões e a margem EBITDA hospitalar recuou para 10,7% no segundo trimestre de 2025. Nesse contexto, operadoras e hospitais negociam o evento cirúrgico sem que nenhum dos dois lados disponha do custo real da jornada como instrumento de contratação. A análise de 4.800 protocolos cirúrgicos precificados [1] demonstra que essa assimetria tem custo mensurável: entre R\$ 500 e R\$ 3.000 por procedimento em quatro categorias de complexidade, com saving crescente conforme a presença e o peso de OPME no custo do evento.

A pressão financeira sobre o setor hospitalar privado acelerou entre 2023 e 2025. A glosa inicial, que representa o valor retido pelas operadoras sobre o faturamento hospitalar antes de qualquer negociação, avançou de 7,26% no primeiro trimestre de 2023 para 17% no primeiro trimestre de 2025, segundo o Observatório Anahp 2025 [3]. No mesmo período, a margem EBITDA dos hospitais recuou de 14% para 10,7%, enquanto o prazo médio de recebimento se aproximou de 73 a 79 dias contra 46 a 48 dias de pagamento a fornecedores, comprimindo o capital de giro de forma estrutural. A inflação médica registrou 16,9% em 2025, enquanto materiais hospitalares acumularam alta próxima de 14% entre 2023 e 2024.

O diagnóstico convencional atribui essa deterioração à assimetria de poder de negociação entre operadoras e prestadores, à defasagem das tabelas de remuneração e ao crescimento da utilização. Mas há um mecanismo anterior a todos eles que permanece sem endereçamento sistemático: operadoras e hospitais não têm o mesmo custo de referência para o mesmo evento cirúrgico. As operadoras remuneram por item, sem visibilidade do custo total da jornada. Os hospitais custeiam por departamento, sem visibilidade do custo real por procedimento. O resultado é um mercado de R\$ 273 bilhões que negocia seu componente de maior complexidade financeira sem base técnica comum entre os dois lados.

1.1. Internações concentram 41% das despesas assistenciais com apenas 0,5% do volume de procedimentos

Categoria	% Volume	% Despesas	Multiplicador
Internações (incl. cirurgias)	0,5%	41,0%	82x
Terapias	2,1%	8,0%	3,8x
Exames complementares	38,4%	18,0%	0,5x
Consultas ambulatoriais	45,2%	28,0%	0,6x
Outros atendimentos	13,8%	5,0%	0,4x

O multiplicador 82x confirma que nenhuma iniciativa de eficiência assistencial produz impacto financeiro comparável ao controle do custo do evento cirúrgico. Reduzir 1% do custo de internações produz impacto financeiro equivalente a reduzir 82% do custo de qualquer outra categoria de procedimento em volume proporcional [4].

1.2. OPME e materiais somam 12,45% da despesa hospitalar total sem referência de protocolo para controle

A estrutura de despesas dos hospitais Anahp [3] confirma a concentração do risco financeiro no evento cirúrgico. OPME respondeu por 7,30% da despesa total hospitalar em 2024, enquanto materiais representaram 5,15% adicional. Combinados com custo de pessoal em 39,03% e medicamentos em 11,78%, esses quatro componentes formam a espinha dorsal do custo da jornada cirúrgica, todos com dinâmica de preço independente da remuneração contratada com as operadoras.

Distribuição da despesa total por tipo, hospitais Anahp, 2024 (%)	Percentual
Custo de pessoal	39,03%
Contratos técnicos	13,05%
Medicamentos	11,78%
OPME	7,30%
Materiais	5,15%
Outras despesas	7,35%
Demais categorias	16,34%

OPME e materiais são os únicos componentes de custo cirúrgico cujo valor unitário por evento é determinado pela escolha de protocolo, não pelo contrato com a operadora. Essa característica os torna simultaneamente o principal vetor de variação de custo não gerenciada e o principal vetor de saving quando o protocolo é precificado [1].

1.3. Ociosidade do centro cirúrgico eleva custo/hora e amplifica o gap entre custo real e remuneração contratada

O mecanismo identificado no estudo sobre o Déficit Cirúrgico Estrutural [2] tem implicação direta para a mensuração do saving cirúrgico: o valor do protocolo precificado não é fixo. Ele é modulado pelo custo/hora do centro cirúrgico, variável que reflete a taxa de ocupação da estrutura instalada. A parcela fixa do custo operacional do centro cirúrgico representa 85% ou mais do total [2] [5], independentemente do volume realizado. Isso implica que hospitais com 30% de ocupação (a média observada na base) têm custo/hora de sala sistematicamente superior ao de hospitais com maior ocupação para o mesmo procedimento.

Métrica	Valor documentado	Fonte
Custo médio mensal por CC (médio e grande porte)	R\$ 1,8 milhão	Evodux 2024/2025 [2]
Custo médio por sala por dia	R\$ 60.000	Evodux 2024/2025 [2]
Receita média por sala por dia (contratos vigentes)	R\$ 20.000	Evodux 2024/2025 [2]
Déficit por sala por dia	R\$ 40.000	Evodux 2024/2025 [2]
Déficit por sala por mês	R\$ 1,2 milhão	Evodux 2024/2025 [2]
Déficit por sala por ano	R\$ 14,4 milhões	Evodux 2024/2025 [2]
Parcela fixa do custo em sala sem procedimento	≥ 85%	Evodux [2] / Childers CP [5]

O protocolo precificado que incorpora o custo/hora real do centro cirúrgico transforma a ociosidade de custo invisível

em variável de negociação contratual. Operadoras que contratam com base nesse custo real deixam de remunerar a ineficiência do prestador. Prestadores que o conhecem deixam de absorvê-la como resultado operacional [2].

2. A opacidade do custo cirúrgico tem uma causa estrutural precisa: a jornada é precificada por item, não por evento

A precificação por item fragmenta o custo da jornada cirúrgica em silos que nunca são somados como unidade econômica completa. O fee for service elimina o incentivo para padronizar insumos porque o hospital é remunerado independentemente do custo que incorre. Quando o modelo migra para pacote, essa ausência de padronização torna-se prejuízo imediato: 70% dos pacotes cirúrgicos geram resultado negativo para os hospitais porque 90% deles precisam de uma padronização de insumos que nunca foi realizada [1].

A jornada cirúrgica é composta por componentes de custo gerenciados em silos independentes: materiais e OPME pelo setor de compras, hora de sala e equipe pelo centro cirúrgico, medicamentos pela farmácia, recuperação pós-anestésica pela enfermaria. Cada silo tem sua lógica de aquisição, seu responsável e sua métrica de controle. Nenhum sistema de gestão hospitalar convencional soma esses componentes como unidade econômica completa por procedimento. O resultado é que o custo real da jornada cirúrgica não existe como número estruturado em nenhum relatório de nenhuma das duas partes que negociam o contrato.

O modelo de remuneração por fee for service é o mecanismo que perpetua essa fragmentação. Quando o hospital é remunerado por item produzido, não há incentivo econômico para padronizar insumos, racionalizar conduta ou medir o custo total do evento. A variação de custo entre procedimentos idênticos realizados por cirurgiões diferentes, com insumos diferentes e tempos de sala diferentes, não afeta a receita. O hospital recebe pelo que produz, não pelo que gasta para produzir. A padronização, nesse modelo, é irrelevante para o resultado financeiro imediato.

2.1. Variáveis de custo da jornada cirúrgica ausentes da base de precificação contratual

Componente de custo da jornada	Silo de gestão	Incorporado na precificação contratual?
Tempo real de sala: setup, cirurgia, limpeza e troca	Centro cirúrgico	Não
Hora-equipe desagregada por função e especialidade	Gestão de pessoas	Não
Consumo médio de insumos por via clínica e complexidade	Compras / almoxarifado	Não
OPME por tipo de protocolo e complexidade do caso	Compras / CCIH	Não
Custo de esterilização por kit cirúrgico	CME	Não
Depreciação de equipamentos alocada por procedimento	Controladoria	Não
Variação de custo por gravidade e complexidade do caso	Assistencial / médico	Raramente
Custo de recuperação pós-anestésica e hotelaria	Enfermaria / hotelaria	Parcial

Cada componente listado tem responsável, sistema e métrica próprios. Nenhum deles é somado automaticamente ao custo do evento no momento da negociação contratual. A precificação do pacote cirúrgico é feita sobre uma base que exclui sistematicamente os componentes de maior variabilidade e de maior impacto no resultado por procedimento [1].

2.2. Hospitais sem protocolo precificado operam com custo até 40% superior em cirurgias com OPME

A análise da base Evodux de 134 tipos de pacotes cirúrgicos [1] quantifica o impacto dessa ausência de padronização. Hospitais sem protocolo precificado operam com custo até 40% superior ao de hospitais com protocolo padronizado em cirurgias com OPME, e até 20% superior em cirurgias de média complexidade. Essa variação não decorre de diferença de qualidade assistencial nem de perfil epidemiológico distinto. Decorre exclusivamente da ausência de padronização de insumos e de definição de conduta por protocolo. O custo extra é integralmente absorvido pelo hospital como erosão de margem invisível.

Vetor de variação	No fee for service	No pacote sem protocolo
Escolha de OPME pelo cirurgião	Irrelevante para receita	Direto no resultado
Quantidade de insumos por procedimento	Repassada ao pagador	Absorvida pelo hospital
Tempo de sala acima do previsto	Faturado como hora adicional	Custo fixo não recuperável
Variação de conduta entre cirurgiões	Sem impacto financeiro direto	Margem diferente por cirurgião

A variação de custo de até 40% não é produto de ineficiência operacional nem de diferença assistencial. É o custo acumulado de decisões clínicas e de compras que no fee for service eram financeiramente neutras para o hospital e que no pacote tornam-se diretamente determinantes do resultado por procedimento [1].

2.3. 70% dos pacotes cirúrgicos geram prejuízo porque 90% precisam de padronização de insumos que nunca foi realizada

A migração do fee for service para o modelo de pacotes torna esse custo invisível imediatamente visível. No pacote, o hospital recebe um valor fixo por evento independentemente do custo que incorre. A variação de insumo que no fee for service era irrelevante passa a ser diretamente responsável pelo resultado do procedimento. É por isso que 70% dos pacotes cirúrgicos geram prejuízo para os hospitais [1]: a remuneração foi contratada sem que o custo real da jornada fosse conhecido, e 90% desses pacotes precisam de padronização de insumos que nunca foi realizada para que o resultado se torne positivo. O pacote não criou o problema. Tornou-o mensurável.

A sequência que gera o prejuízo estrutural:

O pacote cirúrgico não cria o prejuízo. Torna mensurável um desequilíbrio que no fee for service era repassado ao pagador evento a evento. O hospital que migra para pacote sem padronizar insumos troca exposição difusa por prejuízo concentrado e visível. A padronização de insumos é a condição necessária para que qualquer pacote cirúrgico gere resultado positivo de forma consistente [1].

3. Quando a jornada é precificada como protocolo completo, dois vetores dominantes geram saving estrutural

O protocolo precificado não é o saving. É o instrumento que torna o saving visível e realizável. Sem ele, a variação de marca de OPME entre cirurgiões e a variação de conduta entre procedimentos existem mas não são mensuráveis. Com ele, dois vetores independentes e complementares geram saving de 66% via padronização de insumos e 34% via escolha estruturada de protocolo, sobre a mesma jornada cirúrgica [1].

O saving cirúrgico estrutural não decorre de renegociação de contrato nem de redução de volume assistencial. Decorre da criação de uma unidade de análise que o mercado cirúrgico privado brasileiro não tem: o custo real por evento. Sem essa unidade, a variação de insumo entre cirurgiões para o mesmo procedimento, a diferença de conduta entre protocolos clinicamente equivalentes e o custo/hora de sala inflado pela ociosidade existem como dados dispersos no faturamento mensal, sem que nenhum gestor possa atribuí-los a um procedimento específico, a um cirurgião específico ou a uma decisão de compra específica.

O protocolo precificado cria essa unidade. Quando o custo real da jornada é expresso como um número por evento, dois vetores tornam-se imediatamente operáveis:

3.1. OPME concentra 63% do saving de padronização porque é o componente de maior variação de custo sem protocolo

Componente de insumo	% do saving de padronização (Vetor 1)
OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais)	63%
Materiais de consumo e descartáveis	22%
Medicamentos	15%

A concentração de 63% do saving de padronização em OPME reflete uma característica estrutural do mercado cirúrgico brasileiro: a especificação de OPME é feita pelo cirurgião no momento do procedimento, sem referência a protocolo institucional. O protocolo precificado transforma essa decisão individual em decisão institucional baseada em custo real por evento [1].

Vetor de variação	Impacto na variação de custo
Escolha de marca por preferência do cirurgião, não por protocolo	Principal vetor de variação de custo por evento
Ausência de equivalência técnica documentada entre marcas	Impede substituição sem resistência clínica
Precificação individual por fornecedor sem referência de protocolo	Elimina poder de negociação por volume
Especificação de OPME feita no ato cirúrgico, não no planejamento	Impede compra antecipada com desconto
Variação de complexidade do caso não refletida na especificação padrão	Gera uso de OPME premium em casos que não requerem

3.2. O protocolo precificado é o pré-requisito comum dos dois vetores

O Vetor 2, responsável por 34% do saving, atua sobre a variação de conduta entre cirurgiões para o mesmo diagnóstico. Em um hospital sem protocolo precificado, dois cirurgiões realizando a mesma cirurgia com o mesmo diagnóstico podem gerar custos totais distintos em função de diferenças de tempo de sala, de especificação de insumos e de conduta pós-operatória, sem que nenhum indicador de gestão convencional identifique essa variação como fonte de custo gerenciável. O faturamento mensal registra o total. O custo por cirurgião e por protocolo permanece invisível.

A eliminação dessa variação não requer alteração de conduta clínica nos casos em que a diferença é justificada por complexidade do caso ou por perfil do paciente. Requer apenas que a variação sem justificativa clínica documentada seja identificada e endereçada. O protocolo precificado cria o instrumento para essa identificação: quando o custo real por evento é conhecido, a variação entre cirurgiões para o mesmo procedimento torna-se um número, não uma percepção.

Variável	Sem protocolo	Com protocolo precificado
Variação de OPME por cirurgião	existe · invisível	identificada · padronizável
Variação de conduta clínica	existe · invisível	identificada · gerenciável
Custo por evento	não existe como número	mensurável · comparável
Saving Resultante	0%	até 100% do potencial

O protocolo precificado não gera saving por si mesmo. Gera a condição para que os dois vetores sejam identificados, mensurados e endereçados. Hospitais que implantaram o protocolo e ativaram apenas o Vetor 1 capturaram 66% do saving potencial. Os que ativaram os dois vetores simultaneamente capturaram o saving estrutural completo por evento [1].

4. O saving cresce com o peso de OPME e atinge escala bilionária

O saving por evento não é um número único. É uma função da complexidade do procedimento e do peso de OPME no custo total. Quanto maior a proporção de OPME, maior a alavanca do Vetor 1 e maior o saving absoluto por evento. A análise de 4.800 protocolos [1] documentou quatro categorias com saving médio de R\$ 500 a R\$ 3.000, aplicáveis sobre um mercado de 3,3 milhões de cirurgias anuais nos hospitais Anahp.

O saving cirúrgico estrutural não é uniforme entre especialidades. Sua magnitude é determinada por dois fatores simultâneos: a complexidade do procedimento, que define o custo base da jornada, e a proporção de OPME no custo total do evento, que define o tamanho da alavanca disponível para o Vetor 1. Em procedimentos de baixa complexidade sem OPME, a alavanca é pequena e o saving médio observado na base Evodux é de R\$ 500 por evento. Em cirurgias hemodinâmicas e vasculares, onde OPME representa até 82% do custo total, a alavanca é máxima e o saving médio chega a R\$ 3.000 por evento.

A relação entre peso de OPME e magnitude do saving é direta e documentada. Em cirurgias de grande porte com OPME, onde esse componente responde por até 75% do custo total, o saving médio observado é de R\$ 2.000 por evento. Em cirurgias de média e alta complexidade sem OPME, onde o Vetor 1 atua exclusivamente sobre insumos não implantáveis, o saving médio é de R\$ 1.200. Em cirurgias de baixa complexidade sem OPME, o saving de R\$ 500 representa, em termos percentuais, aproximadamente 17,8% do custo de um procedimento como a herniorrafia, referência de R\$ 2.800 na base Evodux. Essa proporção confirma que o saving é estrutural e não marginal em nenhuma das quatro categorias.

4.1. Saving médio por evento em quatro categorias cirúrgicas

Categoria Cirúrgica	Saving por Evento	Detalhes / Proporção do Custo
Baixa complexidade (sem OPME)	R\$ 500	~17,8% do custo · ex: herniorrafia R\$ 2.800
Média e alta complexidade (sem OPME)	R\$ 1.200	Vetor 1 atua sobre insumos não implantáveis
Alta complexidade (com OPME grande porte)	R\$ 2.000	OPME representa até 75% do custo total
Hemodinâmica e vascular (com OPME intensivo)	R\$ 3.000	OPME representa até 82% do custo total

A correlação entre peso de OPME e saving por evento é direta e documentada na base de 4.800 protocolos. Instituições com mix assistencial concentrado em hemodinâmica e cirurgia vascular têm o maior potencial de saving por evento e, portanto, o maior retorno unitário sobre a implantação do protocolo precificado [1].

4.2. Saving potencial sobre o volume cirúrgico Anahp 2024 situa-se entre R\$ 1,6 bilhão e R\$ 9,9 bilhões anuais

A projeção desse saving sobre o volume de 3,3 milhões de cirurgias realizadas pelos hospitais Anahp em 2024 produz um envelope de impacto sistêmico entre R\$ 1,6 bilhão e R\$ 9,9 bilhões anuais. O limite inferior aplica o saving de R\$ 500 sobre todo o volume, o limite superior aplica R\$ 3.000. O cenário realista situa-se entre esses extremos em função do mix de especialidades de cada instituição.

Envelope de saving potencial	Valor Estimado
Cenário conservador (R\$ 500/evento)	R\$ 1,6 bilhão
Cenário intermediário (R\$ 1.750/evento)	R\$ 5,8 bilhões
Cenário intensivo OPME (R\$ 2.000/evento)	R\$ 6,6 bilhões
Cenário máximo (R\$ 3.000/evento)	R\$ 9,9 bilhões

Para contextualização: as despesas assistenciais totais da saúde suplementar atingiram R\$ 273 bilhões em 2024,

dos quais 41% concentrados em internações. O saving potencial cirúrgico representa entre 0,6% e 3,6% das despesas assistenciais totais do setor, capturável sem alteração de modelo assistencial e sem investimento de capital [1] [3].

5. Para as operadoras, o protocolo precificado converte sinistro variável em custo contratável

Sem protocolo de referência, a operadora está exposta simultaneamente a variação de frequência e variação de severidade no evento cirúrgico. O protocolo precificado resolve o segundo risco: quando a remuneração é ancorada no custo real de produção, a variação de custo por evento deixa de ser risco da operadora e passa a ser responsabilidade de gestão do prestador. Uma operadora com 70 mil beneficiários registrou saving de R\$ 32 milhões em 13 meses após implantar 450 protocolos de alto custo precificados [1].

As despesas assistenciais das operadoras de saúde suplementar atingiram R\$ 256,8 bilhões em 2024, com índice de sinistralidade de aproximadamente 82%. Internações representaram 0,47% do total de eventos autorizados e concentraram 40% das despesas, equivalente a R\$ 102,7 bilhões [4]. Nenhuma outra categoria de procedimento combina baixo volume com tamanha concentração de despesa. Para as operadoras, o evento cirúrgico é o componente de maior risco financeiro unitário do sistema: cada autorização expõe a operadora simultaneamente a variação de frequência (quantas cirurgias ocorrem) e variação de severidade (quanto custa cada uma).

A gestão convencional de sinistro cirúrgico nas operadoras atua sobre o primeiro risco com razoável eficiência: autorização prévia, protocolos de auditoria e controle de acesso reduzem a frequência de procedimentos não justificados clinicamente. O segundo risco, a variação de severidade por evento, permanece estruturalmente fora do controle da operadora porque depende de informação que ela não tem: o custo real de produção do protocolo no prestador. Sem esse dado, a operadora não consegue distinguir se um evento de alto custo reflete complexidade clínica justificada ou ausência de padronização de insumos no prestador. Os dois casos geram o mesmo valor na nota fiscal. Apenas um deles é gerenciável.

O protocolo precificado resolve essa assimetria. Quando a operadora contrata com base no custo real de produção do protocolo, ela passa a dispor de uma referência técnica para avaliar a variação de custo por evento. Um procedimento faturado acima do protocolo precificado de referência tem variação explicável por complexidade documentada ou variação não justificada por ausência de padronização. Essa distinção, que no modelo de fee for service por item era impossível, torna-se operável quando o protocolo precificado existe como base contratual comum entre as duas partes.

5.1. O pacote ancorado em protocolo precificado transfere o risco de severidade do pagador para o gestor de produção

Modelo	Varição de frequência	Varição de severidade	Resultado Estrutural
Fee for service	parcialmente gerenciável	risco integral da operadora	Ambos os riscos recaem sobre a operadora. Sinistro variável por evento, sem base técnica para auditoria de severidade.
Pacote com protocolo precificado	gerenciável via auditoria	risco do prestador	Severidade transferida ao gestor de produção. Custo contratável por evento, protocolo precificado como base de auditoria.

No pacote com protocolo precificado, a operadora contrata um resultado por evento, não um processo. A variação de custo por ausência de padronização no prestador deixa de ser sinistro da operadora e passa a ser margem não capturada pelo prestador. Os incentivos se alinham: o prestador que padroniza insumos melhora sua margem. A operadora que contrata com referência de protocolo reduz sua exposição a severidade não auditável [1].

5.2. Case: Operadora com 70 mil beneficiários registrou R\$ 32 milhões de saving em 13 meses

Os 450 protocolos implantados cobrem procedimentos de alto custo, categoria que concentra a maior parte da despesa assistencial por evento. O saving de R\$ 71.111 por protocolo ao ano reflete a magnitude da variação de custo não gerenciada que o protocolo precificado torna visível e eliminável [1].

Indicador derivado	Valor	Base de cálculo
Beneficiários	70 mil	operadora de médio porte
Protocolos implantados	450	protocolos de alto custo precificados
Saving total em 13 meses	R\$ 32 milhões	saving sobre despesa assistencial
Saving por beneficiário ao ano	R\$ 457	R\$ 32M / 70.000 / (13/12)
Saving médio por protocolo implantado ao ano	R\$ 71.111	R\$ 32M / 450 protocolos / (13/12)

O saving de R\$ 32 milhões em 13 meses sobre uma base de 70 mil beneficiários não é resultado de renegociação de tabela nem de redução de cobertura. É resultado da substituição de sinistro variável por custo contratável em 450 protocolos de alto custo. Essa distinção é fundamental para o próximo ciclo de negociação entre operadoras e prestadores: a operadora que contratar com base em protocolo precificado não está pagando menos pelo mesmo serviço. Está pagando pelo custo real de produção de um protocolo padronizado, sem financiar a variação de insumo que no modelo anterior era invisível e irrastrável.

6. Para os hospitais, o protocolo precificado reverte o déficit operacional do centro cirúrgico em lucratividade

O hospital sem protocolo precificado opera com custo por evento sistematicamente acima da remuneração contratada, déficit documentado em R\$ 4.750 por procedimento em 70% dos pacotes avaliados. O protocolo precificado reverte esse desequilíbrio exclusivamente pelo lado do custo: padronização de insumos e escolha de protocolo reduzem o custo unitário por evento sem alteração de contrato com operadoras. Um hospital de 180 leitos no Nordeste implantou 872 protocolos precificados e reverteu margem de -16% para +14% em 16 meses, saving acumulado de R\$ 12 milhões, sem modificar nenhum contrato vigente [1].

O Déficit Cirúrgico Estrutural documentado no primeiro estudo desta série [2] demonstrou que 70% dos pacotes cirúrgicos avaliados apresentam remuneração inferior ao custo real de produção, com gap médio de R\$ 4.750 por procedimento. Esse gap persiste porque o hospital não tem o custo real da jornada como número por evento: sem essa base, cada renegociação contratual com operadoras parte de percepção de mercado, não de evidência técnica. O protocolo precificado cria essa base. E ao criá-la, torna imediatamente visível que o gap não precisa ser fechado por renegociação de contrato. Pode ser fechado por redução de custo de produção.

A redução de custo opera pelos dois vetores da Seção 3: padronização de insumos, responsável por 66% do saving, e escolha estruturada de protocolo, responsável pelos 34% restantes. Em cirurgias com OPME, onde esse componente responde por até 75% do custo total, a padronização de marca e especificação elimina a variação de custo por cirurgião e converte decisão individual em decisão institucional baseada em custo real por evento. O resultado não é uma redução marginal de despesa. É a reversão do desequilíbrio estrutural entre custo de produção e remuneração contratada.

A reversão ocorre sem alteração de contrato porque o mecanismo de geração de saving é interno ao hospital. A operadora continua remunerando o mesmo procedimento pelo mesmo valor. O que muda é o custo que o hospital incorre para produzir esse procedimento. Quando o custo cai abaixo da remuneração contratada, o evento cirúrgico passa de gerador de resultado negativo a gerador de margem positiva. O contrato não muda. O custo de produção muda.

6.1. O protocolo precificado rompe o ciclo entre déficit e ociosidade pelo custo de produção

Sem protocolo precificado:Custo elevado (insumos não padronizados) → Remuneração abaixo do custo real → Déficit por evento (gap médio R\$ 4.750) → Sem base técnica para renegociar → Ciclo se perpetua.

Com protocolo precificado:Movimento 1 (Redução de custo: saving R\$ 500 a R\$ 3.000/evento) + Movimento 2 (Base para renegociar: custo real documentado) → Custo abaixo da remuneração → Evento cirúrgico passa a gerar margem positiva.

O Movimento 2, renegociação contratual com base no custo real documentado, não é pré-requisito para o saving inicial. O Movimento 1 gera saving imediato ao reduzir o custo abaixo da remuneração vigente. O Movimento 2 amplia o saving em ciclos posteriores ao realinhar a remuneração ao custo real de produção. A sequência natural é Movimento 1 primeiro, Movimento 2 quando o protocolo precificado estiver consolidado como referência contratual [1].

6.2. Case: Hospital de 180 leitos com 872 protocolos precificados reverteu margem de -16% para +14% em 16 meses

Indicador	Valor	Detalhes
Porte	180 leitos	Nordeste
Protocolos implantados	872	protocolos precificados
Período de implantação	16 meses	de implantação e mensuração
Saving acumulado	R\$ 12 milhões	exclusivamente redução de custo
Variação de margem	+30 pp	de -16% para +14% (Margem operacional do centro cirúrgico)
Contratos alterados	0	no período
Investimento de capital requerido	0	

A reversão de 30 pontos percentuais de margem decorre exclusivamente de redução de custo de produção. Nenhum contrato com operadoras foi alterado no período. O saving de R\$ 12 milhões acumulado em 16 meses representa a diferença entre o custo de produção com insumos não padronizados e o custo com protocolos precificados implantados [1].

O desequilíbrio financeiro do centro cirúrgico não é um problema de remuneração inadequada. É um problema de custo de produção não gerenciado. O hospital que parte para a renegociação contratual sem ter reduzido seu custo de produção via protocolo precificado está negociando a partir de uma posição estruturalmente fraca: não tem o dado que provaria que a remuneração atual é insuficiente, e tampouco tem o dado que mostraria que a remuneração atual seria suficiente se o custo fosse gerenciado.

7. Perspectiva Evodux: o saving cirúrgico estrutural é o maior vetor de eficiência não capturado no setor

O envelhecimento populacional e o aumento da complexidade assistencial documentados pelo Observatório Anahp 2026 [6] configuram a trajetória do mercado cirúrgico privado para a próxima década. A população brasileira com 65 anos ou mais passou de 5,84% em 2000 para 10,92% em 2022, com expectativa de vida de 76,8 anos em 2025 e taxa de fecundidade de 1,55 filho por mulher. Esse perfil demográfico amplia sistematicamente a demanda por procedimentos cirúrgicos de alta complexidade com OPME, exatamente a categoria de maior saving unitário documentada neste estudo: R\$ 3.000 por evento em hemodinâmica e vascular, onde OPME representa até 82% do custo total. O mercado que não tiver protocolo precificado como instrumento de gestão enfrentará pressão de custo crescente sobre a categoria de maior risco financeiro unitário do sistema.

As despesas com saúde atingiram R\$ 1,16 trilhão em 2025, equivalente a 9% do PIB brasileiro, com R\$ 667,90 bilhões provenientes de recursos privados. Nesse contexto, 69,35% dos hospitais associados à Anahp já operam com modelos alternativos ao fee for service, e 14,52% afirmam que mais da metade de sua receita bruta provém de modelos diferentes do pagamento tradicional por procedimento. A migração para modelos alternativos está em curso. O problema documentado neste estudo é que essa migração ocorre, na maior parte dos casos, sem protocolo precificado como base contratual. Os hospitais que adotam pacotes sem protocolo precificado replicam em escala maior o desequilíbrio demonstrado na Seção 2: 70% dos pacotes cirúrgicos geram resultado negativo porque 90% precisam de padronização de insumos que nunca foi realizada.

O saving capturado pelo hospital via protocolo precificado é resultado operacional do hospital, não da operadora. A remuneração contratada permanece a mesma. O que muda é o custo de produção por evento, que cai abaixo da remuneração quando insumos são padronizados e protocolo é estruturado. A repactuação contratual com operadoras, quando ocorre, é um segundo movimento que usa o custo real documentado como base técnica para negociar pacotes cirúrgicos com remuneração alinhada ao custo real de produção. Os dois movimentos são independentes. O primeiro não requer aprovação da operadora. O segundo só é possível quando o primeiro já foi realizado.

7.1. Quando operadora e hospital operam com o mesmo protocolo precificado, três mecanismos mudam simultaneamente

Mecanismo	Impacto com o protocolo precificado como referência comum
Negociação contratual	Operadora tem histórico de sinistro. Hospital tem custo real de produção. Pela primeira vez, os dois lados da mesa têm base técnica equivalente para negociar valor por evento.
Glosa cirúrgica	Com protocolo precificado como referência, a glosa deixa de ser instrumento de ajuste de receita e passa a ser instrumento de auditoria de desvio de protocolo. A contestação torna-se técnica, não comercial.
Saving e lucratividade	O saving capturado pelo hospital é resultado operacional do hospital. A remuneração da operadora permanece inalterada. Repactuação contratual só ocorre em ciclo posterior, com nova base técnica de custo real.

O protocolo precificado é o instrumento que torna o saving visível, contratável e auditável. Sem ele, os três mecanismos acima permanecem fora do alcance operacional de operadoras e prestadores. Com ele, os incentivos de ambos os lados se alinham pela primeira vez na lógica de mercado cirúrgico suplementar brasileiro [1].

7.2. O potencial não capturado: a escala do saving ainda disponível no mercado suplementar

O saving potencial de R\$ 1,6 bilhão a R\$ 9,9 bilhões calculado sobre as 3,3 milhões de cirurgias dos hospitais Anahp representa apenas a base verificável com os dados disponíveis. Os hospitais Anahp representam 13,46% do total de leitos privados do Brasil [3]. O mercado cirúrgico suplementar como um todo opera em escala significativamente superior. O saving sistêmico não capturado pelo setor é proporcional ao gap entre o volume total de procedimentos realizados e o volume de procedimentos realizados com protocolo precificado como referência contratual. Esse gap, hoje, é próximo de 100%.

A migração de 69,35% dos hospitais associados à Anahp para modelos alternativos ao fee for service, documentada pelo Observatório Anahp 2026 [6], confirma que o mercado está se movendo na direção certa. O problema é a velocidade e a sequência. Hospitais que migram para pacotes sem protocolo precificado chegam ao modelo correto pelo caminho errado: aceitam o risco de severidade do pacote sem ter construído o instrumento que torna esse risco gerenciável. O resultado é o documentado neste estudo: 70% dos pacotes cirúrgicos geram resultado negativo.

A base de 4.800 protocolos cirúrgicos precificados da Evodux [1] representa a maior base proprietária de custeio granular por via clínica disponível no mercado suplementar brasileiro. O que ela revela não é apenas o saving por categoria. Revela que o custo real de produção do evento cirúrgico pode ser conhecido, padronizado e gerenciado. E que o mercado que operar com esse conhecimento como instrumento de contratação terá vantagem estrutural

sobre o que não operar.

O saving cirúrgico estrutural existe, é mensurável e está distribuído de forma consistente entre especialidades, portes de instituição e perfis de operadora. Ele não depende de escala, de tecnologia ou de mudança de modelo assistencial. Depende de metodologia. Operadoras e hospitais que seguem contratando eventos cirúrgicos sem protocolo precificado como referência não estão apenas deixando saving na mesa. Estão assumindo um risco de custo que cresce a cada renovação contratual sem base técnica. O ciclo seguinte da saúde suplementar brasileira será definido pela capacidade de operadoras e prestadores converterem inteligência de custo em instrumento de contratação. Os que chegarem primeiro terão vantagem estrutural. Os que chegarem depois pagarão o custo de não ter chegado.

8. Referências

Notas	Fonte	URL
[1] Análise de custos assistenciais em centros cirúrgicos: base de 4.800 protocolos cirúrgicos precificados (2022 a 2025).	Evodux Intelligence, 07 de junho de 2026. Saving Cirúrgico Estrutural: O que 4.800 protocolos cirúrgicos precificados revelam sobre eficiência de custo para operadoras e prestadores.	https://evodux.com/saving-cirurgico-estrutural-2026/
[2] Déficit Cirúrgico Estrutural: custo, ociosidade e precificação no centro cirúrgico privado brasileiro. Análise de ocupação de centros cirúrgicos: coleta semanal por unidade. Avaliação de 134 tipos de pacotes cirúrgicos.	Evodux Intelligence, março 2026. Dados proprietários (9 hospitais privados, 2024 a 2025).	
[3] Observatório Anahp 2025: publicação anual da Associação Nacional de Hospitais Privados. Balanço Observatório Anahp: panorama trimestral financeiro e operacional da saúde suplementar (3ª edição, setembro 2024).	Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados), abril 2025.	
[4] A dinâmica da saúde suplementar no pós-pandemia: evolução da produção e das despesas assistenciais entre 2019 e 2024. Mapa Assistencial da Saúde Suplementar (SIP/ANS/MS, dados até junho 2025).	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) / Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), outubro 2025.	
[5] Understanding costs of care in the operating room.	Childers CP, Maggard-Gibbons M. JAMA Surgery, 2018.	
[6] Observatório Anahp 2026: avanços e desafios no sistema de saúde.	Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados), maio 2026.	