



## UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PARA O PAÍS

2ª Revisão - Junho 2010

Uni-termos: Assistência Médica Nacional, Prestadoras e Operadoras, Sistemas de Pagamento, AIH e DRG, Poupança Saúde. Ruptura no processo de Assistência Médica. O Sistema SUS. Assistência Médica Complementar. Um novo modelo para a assistência médica.

Autor: Dr. Marcial Carlos Ribeiro, Instituidor da Fundação de Estudos das Doenças do Fígado, Diretor Superintendente do Hospital São Vicente de Curitiba, Fundador e Ex-Presidente da ASSOCIAÇÃO PARANAENSE De INSTUIÇÕES HOSPITALARES, Comendador da Ordem do Mérito Médico Nacional pela Presidência da República.

Endereço:

www.funef.com.br

funef@funef.com.br ou ribeiromc@terra.com.br

## **INDICE**

1.	Introdução	pág. 3
2.	Motivação	pág. 5
3.	Histórico	pág. 6
4.	Sistema de assistência complementar	pág. 8
5.	Sistema SUS	pág. 10
6.	Ruptura do sistema	pág. 11
7.	Centros resolutivos	pág. 11
8.	Organizações que agregam valor	pág. 12
9.	Redes facilitadoras	pág. 13
10.	Prestadoras X Operadoras	pág. 13
11.	ANS	pág. 18
12.	. Formas de pagamento	pág. 20
13.	. Comparação entre AIH e DRG	pág. 28
14.	. Medicina de intuição para medicina de precisão	pág. 30
15.	. Serviços de Prevenção	pág. 30
16.	. Poupança saúde, uma visão	pág. 33
17.	Organização Social e Serviços de saúde (SP)	pág. 34
18.	. Case Hospital São Vicente – Curitiba	pág. 35
19.	. Poupança Saúde – Uma solução	pág. 53
20.	. Conclusões	pág. 54
21.	Referencias	pág. 57

## INTRODUÇÃO

Uma pergunta é imperiosa: A quem interessa um novo modelo de assistência médica no país? O binômio a ser defendido: qualidade com redução de custos. São seis os participantes diretos e a quem cabe responder:

- 1. Os Grandes Convênios existentes.
- 2. Os Hospitais.
- 3. Os Médicos.
- 4. Os Clientes ou os Segurados.
- 5. O Governo.
- 6. As Empresas
- 7. Nenhuma alteração será vitoriosa sem a participação de todos os interessados

Ao grande convênio, embora os seus riscos, não interessa a modificação aqui proposta, seriam substituídos por seguradoras, evidentemente com lucros menores. Não existiria essa força colossal entre o paciente e os prestadores, que na verdade são intermediários nos serviços de saúde.

Os hospitais teriam que ter lucros condizentes, mas com utilização de recursos menos onerosos, porem com comprovada qualidade. Não existiriam as glosas, seria obrigatória a acreditação, aparentemente com custos elevados, mas cujo resultado final, significa menos dias de pacientes internados, redução de ocupação de leitos, ou em outras palavras menor faturamento.

Os médicos estariam limitados aos seus honorários profissionais, que não seriam inflados por qualquer tipo de participação. Teriam que indicar os exames indispensáveis para estabelecer diagnósticos, apenas esses.

Os clientes teriam que exercitar uma nova cultura, serem responsáveis pela sua saúde, adequando os seus gastos. Por outro lado concordarem com um novo modelo de poupança.

O Governo este talvez fosse o mais interessado: Possibilitaria assistência médica qualificada com redução de custos, viabilizando o próprio sistema SUS. Aqui a maior dificuldade, são necessárias novas leis, portarias etc.,

As ampliações de recursos serão sempre insuficientes, porque o seu controle de utilização será sempre precário, até impossível. A ampliação de recursos é indiscutível.

Mas os representantes do povo representam a si próprios, mesmo os da área da saúde. As previsões de que os sistemas que aí estão tem data limite para inviabilidade sejam pela evolução tecnológica com conseqüente aumento de custos para os convênios, sejam pela falência dos hospitais pelos sistemas de pagamento.

È possível que as empresas sejam as mais interessadas neste projeto porque terão as suas deduções de imposto de renda, satisfação de funcionários,

aumento de produtividade e diminuição do absenteísmo e até mesmo fidelização.

Ao final desta leitura o caro leitor concluirá que essa mudança poderá existir e poderá opinar utilizando o e-mail ribeiromc@terra.com.br.

### A MOTIVAÇÃO:



Acima a figura dos tempos iniciais da medicina, primórdios das grandes conquistas, onde a assistência médica não tinha intermediários, era direta, entre o paciente e o médico, nobre e vocacionada, o profissional era, quase, um membro da família, um confessor e conselheiro. A medicina evoluiu, esta relação não existe mais, mas não pode continuar como está.

Segundo a pesquisa IBOPE a saúde é prioridade nacional para 43% dos brasileiros. Mais de 63% da população deseja que o próximo presidente apresente soluções para o problema da saúde. O equilíbrio nas contas de assistência médica só será possível com a participação da população, que sabe que a saúde é seu bem maior.

O discurso da moda vem dos EUA, o Presidente Obama disse: Vamos restaurar a ciência ao seu devido lugar de direito e empregar as maravilhas da tecnologia para elevar a qualidade da saúde e reduzir os seus custos.

Embora o artigo 196 da nossa Carta Magna preconize que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo melhores políticas sociais e econômicas que visem à redução das doenças e outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" esta política não é a que estamos submetidos. Se o modelo atual inviabiliza financeiramente as instituições, agride, de forma incontestável, o direito

dos cidadãos. Tentativas ineficazes de solucionar o problema nascem e morrem sem qualquer efeito prático. Estas tentativas são resultados de desconhecimento técnico dos responsáveis pela formulação das políticas e de faltas de dados confiáveis do ponto de vista administrativo, e aqui se incluem principalmente, entre outros fatores, a formulação de custos por procedimentos.

#### HISTÓRICO.



O SISTEMA DE SAUDE NACIONAL PODE SER REPRESENTADO PELA FIGURA ACIMA, estamos num deserto, há um horizonte, poderemos alcançálo, esta pode ser a nossa contribuição, precisamos plantar para colher logo ali, ou o deserto se ampliará.

Em 2006, o setor complementar na assistência médica era responsável pelo atendimento de 43.080.541 pessoas, tendo movimentado 34,9 bilhões de reais, essa cobertura atingia em 2005, 23,4% da população brasileira. Em 2009 esse número teria diminuído, segundo a ANS, para 41.495.000, fazendo parte de planos coletivos 30.466.000 segurados.

Considerando que o Brasil tinha 7.155 estabelecimentos com internação hospitalar, apenas 1511 não realizavam atendimento pelo SUS (21,1%) <sup>1</sup> Esses números são colocados para avaliar a dimensão do que será explicitado.

## **ABAIXO NÚMEROS DE 2004.**



# O UNIVERSO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

## **ATORES:**

- USUÁRIOS
- OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE
- PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE
- ANS AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Seminário Nacional em Economia da Saúde

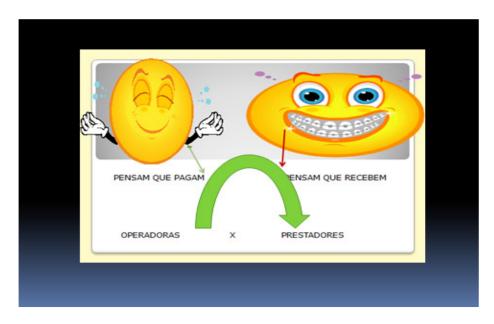
#### O SISTEMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA COMPLEMENTAR:

Neste sistema vários atores participam da operação: usuários, operadoras, prestadoras de serviços de saúde, ANS-AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

Uma das premissas da ANS seria regular a relação entre os vários participantes deste cenário adotando uma política de informação e de padrões previamente estabelecidos para regulamentação destas relações, além de melhorar a comparabilidade, qualidade e a utilidade da informação em saúde suplementar. É fundamental e decisiva a participação de todos para evitar o colapso do sistema.

A sinistralidade em 2009 foi de 81,5%. O custo administrativo gerados pela desconfiança entre operadoras e prestadores foi de 17,1% e o resultado operacional 2,5%.

Segundo A ANAP (2009) OS RECURSOS SÃO ADVINDOS EM 55% DOS INSUMOS E TAXAS, 25% DE SERVIÇOS HOSPITALARES, SADT 18% e Outros 2%. Fica claro que negociações devem incluir redução de custos pelos insumos e a correspondente elevação de diárias. O sistema complementar quer a redução de custos de maneira simplista, com redução dos insumos o que, claramente, não é viável. A redução de custos pela redução de insumos deverá ser conjunta com diárias compatíveis com os serviços oferecidos.



Atualmente a relação deste setor se estabelece da seguinte forma: Há dois sistemas: As empresas prestadoras de serviço que pensam que vão receber o que cobram, e as operadoras pensam que estão pagando adequadamente, a diferença têm um nome "glosas" e a qualidade é pouco avaliada.

Os modelos de remuneração precisam ser revistos. A utilização de materiais de alto custo precisa ser reavaliada. È preciso conscientizar-se que a alta tecnologia não seja sinônimo para impedir a melhora nos serviços médicos. Há uma profusão de equipamentos de alta tecnologia, muito superior ao necessário, determinado a sua utilização nem sempre obrigatória, aqui se impõe uma ação governamental para impedir o excesso, delimitando as regiões a serem beneficiadas, dificultando os financiamentos.

As distorções nos modelos de remuneração induzem a proliferação desses equipamentos e com tal densidade nas grandes cidades brasileiras que determina o grau de excelência de alguns hospitais, que acabam por lucrar, inclusive, com atendimento SUS. Induzem os hospitais a buscar a excelência como forma de lucratividade. Conseqüentemente reduzem a oferta para serviços de baixa e média complexidade que são os mais freqüentes, mas que causam prejuízos. Alie-se ao fato do grande número de hospitais brasileiros de pequeno porte, de 30 a 80 leitos, com déficit previsível para não dizer obrigatório, que existem para satisfazer aspectos políticos de determinada região, sobrevivendo com verbas extraordinárias, como por exemplo, as emendas de deputados federais. Veremos que uma das soluções é a de se constituírem em consórcios, ou em redes associadas.

Não é mais possível conviver com esses sistemas. Todo problema parte de um princípio, a tecnologia acrescenta custos cada vez maiores. Segundo o Hospital Israelita de SP, uma angioplastia (desobstrução de artéria) custava em 2001, R\$ 9.400,00, ATUALMENTE CUSTA R\$ 55.000,00, uma diária de UTI aumentou 485% nos últimos dez anos. Grande parte dos recursos para a

saúde são drenados para a indústria de equipamentos, órteses e próteses, medicamentos de última geração, e estas empresas estão aumentado os seus lucros, mas não há participação nessa evolução para a população de maneira geral, e para o sistema único de saúde do Brasil de maneira particular, porque os benefícios dessa tecnologia atingem somente as classes A e B, e o chamado "turismo médico", ou seja, pacientes de países desenvolvidos preferem realizar determinadas ações cirúrgicas em países menos desenvolvidos porque os custos para esses pacientes é menor.

Isto é tão real que alguns hospitais brasileiros têm as suas placas indicativas em inglês. A referencia de alguns hospitais brasileiros é pólo de atração para clientes de outros países. Hoje existem 14 instituições com acreditação internacional, e seu percentual de crescimento no atendimento de pacientes internacionais tem aumentado 10% a cada ano<sup>8</sup>. Quase 30% de clientes estrangeiros vêm ao Brasil com objetivo específico de tratamento. A previsão é de que essa atividade econômica deverá atingir 100 bilhões de dólares nos próximos anos. Como exemplo um check-up completo custa nos Estados Unidos 6.000 dólares, no Brasil 3.000 dólares.

Isto não é justo. Todo cidadão, independente de classe social, tem direito a saúde e as conquistas tecnológicas.

Nem todas as inovações agregam valor ao atendimento do paciente, que é quem deve ser considerado o interessado nesse caso. Quando um novo produto ou equipamento é realmente SUPERIOR AO QUE ESTÁ SENDO USADO, naquele momento?<sup>2</sup>

#### O SISTEMA SUS

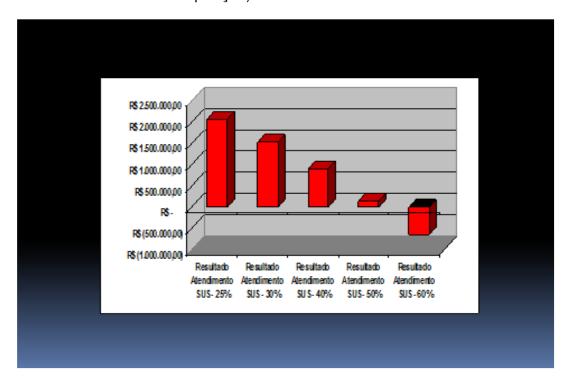
Um dos maiores sistemas de Atendimento Médico Universal.

Em sua essência ótima, na prática o grande estímulo para 1769 hospitais filantrópicos, hoje existentes no país, deixarem de existir. Discutiremos a realidade quando tratarmos dos Sistemas de Pagamento.

No Brasil este sistema é chamado de AIH cujos valores para pagamentos são defasados porque pagam até bem para as ações de alta-complexidade, em detrimento das de baixa complexidade, os aumentos, quando existem, premiam as ações de alta-complexidade com muito maior intensidade. Este sistema de pagamento é o que está levando a inviabilidade à maioria dos hospitais brasileiros.

De um lado a falta de conhecimento dos custos reais por procedimento, por outro a não consideração de fatores agravantes como a idade dos pacientes e as co-morbidades. **O sistema é baseado em ações terapêuticas e não em diagnósticos** que como se verá, mais adiante, é o processo atualmente mais empregado universalmente, mesmo em países de média capacidade financeira. Há necessidade que se estabeleçam metas, com verificação da qualidade, valorizando-se pelos resultados.

Segundo as regras atuais do Sistema Único de Saúde (SUS), veja-se o gráfico resultante das imposições quando se atinge 60% dos leitos disponíveis em hospital que atende pelo SUS. (Hospital de capacidade média, 140 leitos, com atendimento em baixa, média e alta-complexidade, cujos dados serão avaliados ao final desta exposição).



Quando o atendimento SUS é crescente, a margem de lucratividade é decrescente até atingir índices negativos em 60% dos atendimentos.

#### A RUPTURA DO SISTEMA

Ruptura consiste numa inovação capaz de tornar as coisas simples e disponíveis.

Impõe-se uma ruptura no Sistema de Saúde que deverá ser Universal, mas preocupemo-nos com o Brasil.

Não se pode admitir a manutenção pelo que está aí. Precisamos trabalhar com qualidade, mas com redução de custos.

A ruptura deverá ter um início pelos processos mais simples, que implementados deverão evoluir para os mais complexos.

- 1. Centros resolutivos
- 2. Organizações que agregam valores
- 3. Redes facilitadoras

Christensen C.3

#### **CENTROS RESOLUTIVOS**

Centros resolutivos são unidades capacitadas para atendimento procurando com a maior qualidade obter resultados, isto é, estarão constituídas por corpo clinico capacitado a respostas rápidas, utilizando-se dos critérios de precisão e ao mesmo tempo de evidencias para resultados.

Estes centros deverão ser compostos de especialistas que utilizarão os meios necessários para o diagnóstico e que considerarão a utilização de alta tecnologia, quando ela for absolutamente necessária. Chistensen³ cita o exemplo do paciente portador de bronquite asmática que ao buscar um Centro de Resolutividade, alcançou a sua cura com menores custos, porque encontrou a cura desejada pelo diagnóstico correto e terapêutico adequada, após anos de consultas e terapêuticas não específicas e os seus custos foram de 10% do que já havia despedido em unidades não especializadas.

No Instituto do Coração do Texas, o Dr. Denton Cooley e sua equipe, um dos maiores cirurgiões cardíacos do mundo, oferecia uma cirurgia de ponte de safena por U\$\$ 27 mil, aproximadamente U\$\$ 16 mil menos que a média nacional, eles conseguem essa economia pela experiência adquirida por mais de 80 mil cirurgias realizadas em coração aberto. As equipes cirúrgicas estão em contínuo aperfeiçoamento técnico e utilizam materiais de mais baixo custo. A taxa de sobrevida em cinco anos é de 92%, acima da média nacional. <sup>7</sup>

## ORGANIZAÇÕES QUE AGREGAM VALORES.

São organizações, no caso médico, instituições capacitadas a verificar com antecedência aquilo que precisa ser feito, e então padronizar os processos para serem aplicados.

Isto significa manter a qualidade, mas com diminuição de custos. A repetição dos atos torna-os mais fáceis e ágeis na solução de problemas. Aqui se poderia citar um exemplo simples de produtividade dos setores, com agilidade determinando maior fluxo de pacientes, diminuindo custos. Quando se verifica isto em um setor como o de Radiologia, mais exames serão realizados e os seus custos serão menores.

A seriedade no atendimento, a agilidade na movimentação, os laudos imediatos, a ação de funcionários verdadeiramente profissionais facilitam e são fundamentais.

A produtividade deve ser medida, avaliada e reconhecida para estimular ainda mais esse fundamento. Nos casos de hospitais poder-se-ia cobrar por preços fixos pelo procedimento a ser realizado com base em seus resultados, isto agrega valor.

É seguir um processo padrão, com controles sistemáticos, para avaliar resultados, em todos os setores de um hospital.

Em outras palavras o processo de acreditação hospitalar agrega valor porque cria o sistema de controles de todos os processos, e sem dúvida os seus resultados serão superiores. Todos os problemas estarão resolvidos/? Claro que não, porque os imprevistos surgirão, mas todos precisam estar preparados, com antecedência para resolvê-los, características como a próatividade, a criatividade e a capacidade intuitiva constituem os elementos necessários para as atitudes não previstas.

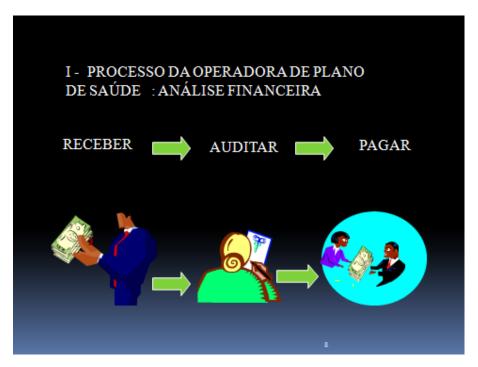
#### REDES FACILITADORAS.

A organização de redes facilitadoras significa interligar profissionais que se ajudam mutuamente, no caso dos hospitais isto é possibilitado, por exemplo, com o prontuário eletrônico, nele, exames anteriores, condutas, terapêuticas, agilizam diagnósticos, possibilitam terapêuticas corretas, diminuem custos, salvam vidas.

Outros projetos podem significar programas específicos para doenças crônicas; obesidade, hipertensão, diabetes, doenças pulmonares, alcoolismo, doenças ligadas ao fumo. Nesses casos a participação da família é decisiva. Será evidente a diminuição de custos. Há possibilidade de reduzir custos entre 20 e 60% para as doenças crônicas com a utilização de redes facilitadoras.

# FORNECEDORES X OPERADORAS X PRESTADORES. AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE







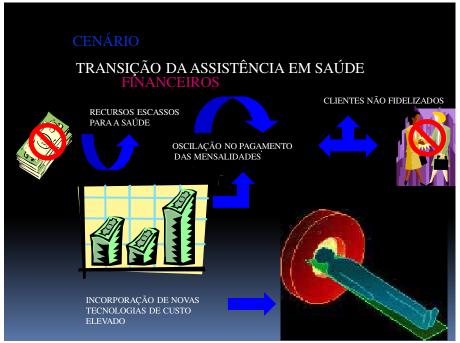
Rio-Med- Fev.2004

Há engano em se analisar o embate entre operadoras e prestadores com as suas conclusões, ambos se enganam no que qualificam de benefícios econômicos, ao ponto de que operadoras queiram comprar ou constituir prestadores, no que chamam verticalização, e prestadores querendo constituir-se em operadoras.

Em ambos os casos, normalmente, os grandes atingidos são os clientes, porque não é a qualidade a meta principal, mas a redução de custos.

No primeiro passo de uma operadora, em relação ao prestador seria receber os processos, auditar e pagar, mas a determinação é receber os processos, auditar, rever os custos (glosas), pagar e então discutir as não concordâncias, processo com prejuízos para os prestadores que apresentam as suas contas baseados em custos reais.

Quando se analisa o embate fornecedor X operadoras X prestadores outras premissas se impõem e que podem ser classificadas da seguinte forma, se, mais uma vez, se quer manter a qualidade com redução de custos.



Rio-MED, FEV 2004.

Há que se analisar os aspectos financeiros, com recursos escassos para a saúde, decorrentes, às vezes, de oscilação no pagamento de mensalidades, de clientes não fidelizados e incorporação de novas tecnologias.



Os fatores sócio-econômicos não são desprezíveis, há uma mudança no perfil familiar, com os mais idosos, por exemplo, o desemprego ou os empregos sem garantia, para não citar que a previdência encolheu, isto gera transferência de responsabilidade para planos privados de saúde.

O que podem fazer as prestadoras e as operadoras para tentar salvar o sistema.

#### 1. Ação das prestadoras

Glosas Protocolos Transparência Acreditação Prontuário eletrônico

Inúmeros fatores implicam nesta relação, alguns hospitais pensam que se pode cobrar o que se pensa que se gasta, a resposta é a glosa das contas, nem sempre ou na maioria das vezes esta glosa é um artifício não verdadeiro. Os hospitais pensam que cobram e recebem e as operadoras pensam que pagam. Este sistema gera dificuldades para os orçamentos dos prestadores e pode representar ganho de tempo para as operadoras.

Inúmeros participantes entram em jogo: auditores, revisores, etc., criando custos de ambos os lados, cada vez maiores. Aproximadamente 2,5% dos orçamentos de uma operadora são gastos nesse mecanismo.

1. Cabe aos hospitais criar sistemas de transparência de suas contas, os protocolos das atividades de maior custo e de maior freqüência, com prévia autorização e concordância pela participação ativa do corpo

clínico para elaboração dos protocolos, se constituiria no pilar máximo para se cobrar o devido e receber pelos serviços prestados. Este processo significa menores custos.

- 2. A acreditação hospitalar cujo significado é a qualidade dos serviços implica em grande número de processos sob controle, segurança para os pacientes e melhores resultados diminuindo os índices de infecção hospitalar, reduzindo a permanência de pacientes internados. Uma instituição acreditada é produto de marketing para as operadoras. Hoje, amanhã ou mais tarde é produto obrigatório. O Cliente vai questionar para onde estará sendo dirigido.
- 3. O credenciamento ou a acreditação de fornecedores é também indispensável e se as compras pudessem ser agrupadas, com certeza os custos seriam menores.
- 4. A finalidade do processo dos prestadores é conquistar a confiabilidade pela sua ação, constituindo-se em passo definitivo para a boa relação com as operadoras.
- 5. O prontuário eletrônico permite o registro legível, de fácil comunicação, onde os exames e condutas são registrados, evitando a sua duplicação, e é documento básico para reavaliações financeiras. O prontuário eletrônico permitirá decisões diagnósticas e terapêuticas ágeis e que podem salvar vidas, abreviar períodos de internamento<sup>4</sup>.

Mas precisa-se ter em mente que o prontuário tem que ser adaptado ao médico e não ao contrário, ou o fracasso será total.

#### 2. Ação das operadoras

Profissionais altamente qualificados Protocolos Acreditação Processo de seleção de fornecedores Pacotes

- 1. Selecionar melhor os seus profissionais, cujo desempenho signifique redução de custos, não se utilizar de credenciamentos políticos, modificarem as suas políticas valorizando instituições acreditadas, estimulando essa acreditação, tendo a noção exata que esse critério é indispensável para a qualidade e redução de custos. O prontuário eletrônico diminuirá o número de exames, facilitará o atendimento, reduzindo o tempo de internamento.
- 2. Participar na confecção dos protocolos, aprovando-os ou apresentando sugestões técnicas comprovadas pela experiência e pelos resultados, e desde que aprovada o seu pagamento é indubitável.

- 3. Haveria diminuição de custos de pessoal para as ações de toda natureza, seriam necessários poucos profissionais para auditoria, avaliação de contas, reconsideração de glosas, em resumo, outra vez, redução de custos.
- 4. Participação no processo de seleção de fornecedores. A qualificação de fornecedores é passo importante, para manutenção e redução de custos, condições de pagamento e sintonia com os processos de acreditação, a indústria pode reavaliar preços para aumentar a competitividade. A preocupação com produtos falsificados, pirateados ou de falta de qualidade de esterilização, precisam ser investigados e motivos de preocupação. Visitas às fábricas de equipamentos poderiam contribuir para essa vigilância.
- 5. Tornar o processo de acreditação hospitalar um meio para a qualificação com redução de custos, valorizando-a para que todos os hospitais tenham esse objetivo. A acreditação caracteriza-se por ser um sistema de avaliação externa, de caráter voluntário, periódico e reservado. Os conceitos conquistados devem ser elementos incluídos nas futuras negociações. Este conceito é obtido por análise de indicadores que expressam a realidade de forma objetiva, como exemplos: o índice de infecção hospitalar, o tempo médio de permanência, eventos adversos, nível de estrutura do atendimento, equipamentos, estrutura administrativa, avaliação dos programas implantados, etc.

Participar do seu processo de acreditação, ou seja, da empresa, por órgão especializado, como o existente para os prestadores, como um índice para escolha dos segurados.

Aqui, um problema, que poderá induzir a um processo jurídico, quando o encaminhamento for pára uma instituição não acreditada e os resultados forem não adequados.

- 5. Valorizar o Corpo Clínico dos Prestadores para obter resultados condizentes com o seu preparo, atualização, especialização. A análise dos resultados, obtidos pelo corpo clínico e a estrutura do Hospital são fundamentais para aperfeiçoar recursos.
- 7. Para iniciar esse processo a elaboração de pacotes com os prestadores pode ser o início da transformação. Pacote significa valores para determinadas ações, aqui, as mais complexas, para facilitar o pagamento.

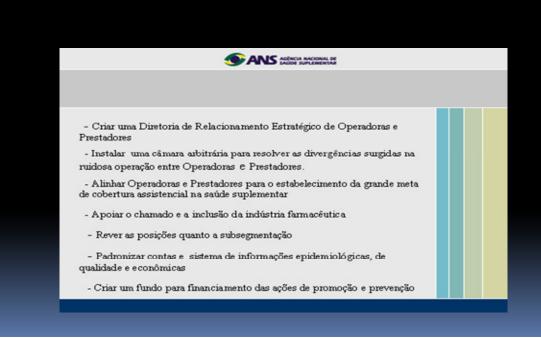
#### **AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE:**

Transcrevemos abaixo algumas conclusões da ANS, participante definitivo e a quem caberia regularizar instrumentos para o binômio qualidade com baixo custo:



#### Conclusões/recomendações -

- A relação estratégica de Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores, juntos, e com a Agência Nacional de Saúde atuando como facilitadora em um processo de aumento da competitividade e crescimento do setor, seriam capazes de criar as condições para que se tenham ... alternativas de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar atendida na prática.
- Incluir nas discussões com a a participação da ANS ... temas operacionais, entre muitos, que de imediato, poderiam compor uma agenda consistente:
- -Normatizar a reutilização de material médico-hospitalar (inclui ANVISA).
- Criar de tabela de órteses e próteses
- Criar protocolos
- Adotar de uma tabela nacional de procedimentos (inclui AMB)



Várias as sugestões da ANS, é preciso colocá-las em prática, mas a exigência tem que partir das entidades organizadas, compostas de todos os atores, mas que de início seriam os prestadores e operadoras.

#### **FORMAS DE PAGAMENTO:**

Antes de discutir formas de pagamento, permito-me reproduzir palavras do Professor Alceu Alves da Silva, Especialista em administração hospitalar e Diretor Administrativo do Hospital Mãe de Deus de PA.



- Permito-me aqui fazer um depoimento pessoal, baseado em quase 30 anos de atividade na área da saúde e, em especial, na administração de hospitais "Até o ano de 2003, não havia presenciado qualquer decisão de preços que estivesse baseada em uma avaliação de indicadores de qualidade assistencial e de custos finais, medidos na comparação com o desempenho da rede de serviços. Essa observação é válida tanto para cooperativas, medicinas de grupo, seguradoras e auto-gestão. Recentemente, no mês de maio de 2003, fechamos três negociações baseadas em qualidade médico-assistencial comprovada através de metodologia científica e de desempenho de custo final". Talvez seja o caso de, mais uma vez, repetirmos o ditado "a dor ensina a gemer".

## Formas de pagamento:

- 1. FEE for service
- 2. Contratualização
- 3. AIH
- 4. Capitação
- 5. Por desempenho
- 6. Auto gestão

A NOVA ASSISTÊNCIA MÉDICA

O sucateamento dos hospitais públicos, dos filantrópicos e até hospitais privados, o desestimulo dos profissionais, a falta de qualificação e por fim as perdas gradativas da vocação encontram-se entre os resultados da forma de remuneração. Some-se a isto a ineficiência administrativa, a falta de planejamento e a excessiva burocracia como componentes obrigatórios para a situação atual dos hospitais no país.

A profissão medica está vilipendiada, seus honorários, sobretudo, nas ações de baixa e média complexidade estão defasados, em conseqüência os atendimentos são rápidos, ineficientes, incompletos, sem a característica da atenção e do respeito ao cliente.

Acrescente-se o que se evidencia nas áreas políticas com as sobras em demagogia, é a falta de determinação para resolver os problemas de saúde.

Um dos grandes responsáveis pelo Sistema que aí está é a forma de pagamentos por serviços prestados pelo sistema AIH, incompatível no caso SUS pela insuficiência da remuneração para as entidades prestadoras e para os médicos, o que está levando a falência instituições nacionais, insuficiente para os profissionais, somente aceitando essas imposições os recém formados ou aqueles que simplesmente que amam o que fazem sem objetivos financeiros, o que é impossível pára a maioria das pessoas.

O poder público inviabiliza os hospitais através da judicialização da saúde quer seja por desconhecimento, incompetência ou até conveniência. A verdade é que o modelo praticado é inexeqüível. Do ponto de vista administrativo-contábil não se admite que as instituições recebam menos do que desembolsam para prestar os serviços minimamente aceitáveis. Os valores pagos pelo SUS não cobrem os custos dos procedimentos realizados. A conseqüência é clara e conhecida: a falência.

Existem atualmente 1769 hospitais filantrópicos com dívidas de 1,8 bilhões de reais. A Santa Casa de Manaus tem 200 leitos lacrados, conseqüentes às dívidas que alcançam 16 milhões de reais. Na Santa Casa de Campo Grande o numero de leitos, até então desativados, chega a 600, enquanto a dívida da instituição atingiu 54 milhões de reais. Estes são apenas alguns exemplos, embora na teoria o SUS, nos seus propósitos seja um plano exemplar. O sucateamento dos hospitais públicos, o desestímulo generalizado dos profissionais da saúde, a falta de qualificação conduzem à gradativa perda da valiosa vocação. O Custo de uma consulta com especialista é de R\$ 21, 00, o repasse SUS R\$12,50. Estima-se de que para cada 10 exames solicitados 9(NOVE) são desnecessários. Para cada 100 reais gastos, somente 60 reais são repassados aos hospitais. A conseqüência é o atendimento rápido sem respeitar os princípios da Medicina, em que a atenção, o exame físico, a historia clínica são indispensáveis para a qualidade do atendimento e para a redução de custos.

Segundo Mattos (2002)(PLANISA), que analisou o custo de 107 procedimentos em 25 hospitais. Mostrou que as tabelas de pagamento cobriam apenas 43%, em media, dos custos desses procedimentos. Algumas alterações de formas de pagamento com analise de medicamentos de alto-custo e longa

permanência cobriam 53% dos custos; o reembolso para procedimentos de baixa complexidade é de 24% (11 a 46%), de média complexidade é de 32% (12 a 132%), e cuidados de longa permanência 40% (variando de 22 a 77%). Os procedimentos de alta complexidade são remunerados acima do custo, 127% (23 a 322%) <sup>5</sup>. A dedução lógica das linhas acima é de que se trata de uma indução à compra de equipamentos de alta-complexidade limitando os de média e baixa, cujo atendimento é o mais comum, inviabilizando estes nessas condições.

Conclui-se: O futuro dos hospitais privados que atendem SUS é duvidoso, porque a maioria dos hospitais com atendimento SUS tem esse único recurso (Banco Mundial 2007). Não diria duvidoso, mas certo, é o caminho para a insolvência. Em 2005 mais de 30 hospitais filantrópicos sofreram intervenção federal, estadual e municipal. Cinco hospitais filantrópicos fecharam em 2005.

Atualmente há uma nova iniciativa para modificar o mecanismo contratual baseado em metas específicas a serem atingidas. Este sistema de contratualização, vinculado às metas de produção, pode ser uma solução, mas esta possibilidade existe desde que esses contratos sejam monitorados e reavaliados periodicamente. Há um sistema utiliza

do em Hospitais Universitários e outro adotado pelo Governo de São Paulo. Atualmente o Governo de São Paulo tem contratados vários hospitais públicos com entidades beneficentes, fundações ou OS, e cujos resultados tem demonstrado além do equilíbrio financeiro, até resultados positivos e melhora qualidade de atendimentos, sem diminuir o número de pessoas atendidas. Isto é eficiência com qualidade e sem aumento de custos.

Atualmente discute-se no congresso um novo projeto para regular a atividade das entidades não governamentais que prestam serviço ao país (PL 3021-08), após a polemica da Medida Provisória 446-08, em que se partiria de um ponto zero para regulamentar essas entidades, discute-se se as entidades devem ou não pagar impostos, mecanismos de controle, etc., mas não se discutem formas de pagamento para viabilizar essas instituições. Acaba de ser publicada, em 1 de julho de 2009, portaria do Ministério do Desenvolvimento e Ação Social, mudando critérios para as entidades filantrópicas, com direitos às isenções tributárias, que deverão primeiro passar pelo crivo da receita federal para após encaminhamento ao Ministério da Saúde, para as entidades que prestam serviços à saúde, para posteriormente o encaminhamento ao Conselho Nacional de Assistência Social.(Situação modificada pela lei 22.101\2009). A preocupação é com o financeiro e não com a saúde. Atualmente o encaminhamento deve ser ,no caso da saúde, direto ao Ministério da Saúde, tendo sido modificado o critério para as entidades filantrópicas obterem o certificado ou a renovação do certificado, acrescentando-se os atendimentos ambulatoriais para as entidades que não utilizam 60% dos seus leitos para o sistema de saúde (SUS), corrigindo-se, em parte, uma clara situação de impossibilidade de viabilidade para as entidades filantrópicas.

O projeto de lei complementar número 01 de 2003 (PEC 29), está adormecido. Esse projeto estabelece que o financiamento da saúde deva ser responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios (10%%, 12% e15%)

de seus orçamentos. Esta proposta elevaria o financiamento em aproximadamente R\$ 5.000.000.000,000 (cinco bilhões) ao atual orçamento da saúde, significando uma elevação de 10% do orçamento atual, e o que significaria muito pouco para as soluções necessárias.

A realidade, segundo estudo do banco mundial, mantido o cenário atual, na próxima década, o Brasil gastará US\$ 34 bilhões, só para atenção básica aos hábitos inadequados. O investimento atual no Brasil é de 8% do PIB, enquanto outros países como os EEUU é de 15,7%, França 11%, e nossos vizinhos da Argentina 10%. Há indicações de que em 2020 o Brasil esteja investindo 11%, todavia se não der início a processos de redução de desperdícios, estará jogando dinheiro pelo ralo, segundo o Prof. Marcos Ferraz (UNIFESP).

Para que um hospital filantrópico faça jus a imunidades ou a deduções a regulamentação estabelece que o atendimento para o Sistema de Saúde seja de 60% de suas ocupações, medidas por leito dia, ou aplicação de 20% de seu orçamento em gratuidades.

O Hospital Filantrópico sem as imunidades ou deduções não se viabiliza, por outro lado aplicando a regra rígida de 60% de suas ocupações serem destinadas ao sistema de saúde, na prática, também inviabilizam os hospitais, mesmo com as imunidades ou deduções.

Claro está à situação vivida pelos hospitais filantrópicos do país.

#### O PROCESSO DE PAGAMENTO POR DESEMPENHO

## SISTEMA DE PAGAMENTO

- POR DESEMPENHO:
- PRINCIPIOS:
- 1. DA UTILIZAÇÃO
- 2. RESOLUTIVIDADE
- a. INDICE DE CUSTOS
- 4. PREVENÇÃO
- 5. SATISFAÇÃO DOS CLIENTES

Deve ser avaliado. A idéia foi implantada num plano de saúde de Maringá (PR), e os primeiros resultados foram publicados no começo de 2008, em congresso, no Canadá. Foram criados cinco processos de indicadores.

O primeiro é o Processo da Utilização, que se baseia em consulta bonificada, exames solicitados ou procedimentos adequados, o que significa escolha adequada do procedimento, ou em outras palavras procedimento mais adequado ao paciente, por exemplo, em determinada situação qual a melhor conduta para um paciente diabético que precisa de um procedimento, qual o melhor procedimento para o tipo de lesão, idade do paciente, complicações pré-existentes, como as lesões renais.

O segundo processo a ser analisado é da resolutividade, em outras palavras avalia-se a eficiência do profissional medindo o quantum de seu encaminhamento a outros profissionais, tempo de permanência nos hospitais, índice de complicações.

Terceiro princípio: Avaliam-se os Indicadores de Custo, seja por consulta seja por internação.

E o quarto item a ser avaliado é o da Medicina Preventiva, como, por exemplo, a realização de exames adequados preventivos para a enfermidade mais freqüentes pelo grupo etário, por incidência da enfermidade, p.ex.: obesidade e suas conseqüências, a hipertensão, doenças cardíacas, diversas formas de câncer, entre eles mama e de vias biliares, as doenças hepáticas: esteatose, esteato-hepatite, fibrose, cirrose e câncer de fígado, as preocupação e atitudes com os alcoólatras, com os fumantes. Nos EEU mais de um terço do orçamento é gasto com enfermidades do idoso, aqui as preocupações deveriam ser também da área governamental como dos planos de saúde.

O quinto processo é o da Satisfação dos Clientes, constituindo-se o que se chama de fidelização, e que significa capacidade estratégica para toda a cadeia de serviços, a análise das pesquisas permitem as conclusões necessárias. O sistema de pagamento das operadoras de saúde, na maioria das vezes, também insuficientes sugere alguma forma inadequada de aumentar esses valores, sejam pela execução exames de alto custo com vantagens pessoais ou institucionais, dispensáveis, seja pela utilização de materiais de alto custo.

No sistema de pagamento por desempenho, impõe-se a acreditação para todos os participantes, com a acreditação a segurança para os pacientes é o objetivo maior, e ele é a conseqüência da aplicação dos bons princípios do conhecimento, reduzindo-se os riscos das complicações, menores tempos de internamento, menos diárias de UTI, isto é possível com métodos terapêuticos adequados, substituindo a medicina intuitiva pela de precisão. Com esta finalidade é preciso romper os credenciamentos "políticos" de profissionais pouco qualificados.

Os profissionais deveriam ser obrigados a apresentar anualmente comprovantes de atualização, seja por cursos, congressos, etc. Os serviços médicos de hospitais deveriam ter programas específicos de qualificação com reuniões clínicas, discussão de casos, condutas uniformes, através de protocolos.

## O SISTEMA DE AUTO-GESTÃO

## FORMAS DE PAGAMENTO

- SISTEMA DE AUTO-GESTÃO:
- UTILIZADO POR EMPRESAS
- PARTICIPAÇÃO DO EMPREGADO
- LIMITAÇÃO DE RECURSOS
- ALTA-COMPLEXIDADE
- AUDITORIA PRÓPRIA
- CONTROLE DA QUALIDADE

Já largamente empregado, sobretudo por empresas empregadoras, consiste em orçamentos com a participação dos empregados e do empregador para o custeio da assistência médica, mas cujos custos também dificultam a manutenção da qualidade, as dificuldades comungam com as anteriormente descritas.

Neste sistema há uma limitação dos gastos decorrentes do orçamento, mas que terá as mesmas dificuldades de sobrevivência pelo que representam as despesas com alta tecnologia e alta complexidade, determinando aos gestores do sistema a conduta de contenção, muito mais em razão financeira, e muito menos pelas necessidades dos pacientes, aos quais é imposto. Em resumo procura-se ganhar tempo.

Este sistema DEVERIA ser empregado por grande número de empresas que o fariam para satisfazer os seus funcionários, procurando diminuir a falta dos empregados, facilitando a realização de seus exames complementares, laudos

e diagnósticos em tempo menor que o da rede pública, aumentando a produtividade é até sendo diferencial para permanência no emprego.

Neste sistema o usuário pode representar o papel do auditor, preocupando-se com os custos porque sua utilização excessiva é o encaminhamento para a insatisfação e a inviabilidade.

## SISTEMA DE CAPITAÇÃO

## FORMAS DE PAGAMENTO

- SISTEMA DE CAPITAÇÃO:
- DIFICULDADE PARA AVAL. ATUARAIS
- DIFICULDADE PARA CO=-MORBIDADES
- LIMITAÇÃO DE RECURSOS
- QUALIDADE DUVIDOSA
- CUSTOS POUCO AVALIADOS
- GESTÃO DE USO
- NECESSIDADE DE SUB-CONTRATAÇÃO.

Os valores são determinados pelo numero de vidas a serem atendidas, com base em cálculos atuariais, considerando a idade da população, a freqüência e o tipo de enfermidades, método pouco preciso e que da mesma forma que os métodos anteriores não prescindem das mesmas rupturas. Neste sistema a rigidez do controle nem sempre será favorável ao cliente, os interesses da prestadora está condicionado à condição financeira, e o prestador precisa ter lucro ou da mesma forma estará se extinguido automaticamente.

O prestador de serviços pode sacrificar a qualidade para conter os custos. É essencial a gestão de uso e programas de controle de qualidade para evitar a ineficiência de serviços. Como os serviços são múltiplos, nem sempre o prestador estará habilitado a responder por todos eles, há necessidade de

subcontratação para vários serviços e estabelecer comunicação de uns com os outros, dificultando os processos de avaliação de qualidade. Para os pacientes a escolha é restrita, pois corpo clínico será o indicado pela prestadora. Não há livre escolha.

Neste sistema há processos de alta complexidade que estão fora da assistência médica prestada, obrigando aos pacientes a ter um convenio particular ou se submeterem as regras do SUS.

O sistema de captação poderia ser viabilizado com a utilização de protocolos, transferindo ao hospital o risco de sua aplicação, mas exigiria revisões periódicas para reequilíbrio.

#### POR SERVIÇOS PRESTADOS:



Pagamento por unidade de serviço, com taxas separadas, medicamentos, taxas de sala, material, honorários segundo tabelas. Os hospitais tendem a inflar os custos, com uso de medicamentos de maior custo e maior lucratividade, maior permanência no Hospital, para aumentar a receita. O pagamento é vinculado à complexidade dos casos, aqui a tendência para os hospitais de equipamentos de alto custo e intervenções de alta complexidade 10

No caso das operadoras são os recursos de "glosas" que imperam, com implicações na manutenção da qualidade, com impossibilidade de planejamento estratégico e o cumprimento de um simples orçamento. A deterioração do atendimento, com qualidade POUCO MENSURÁVEL e a

solicitação de exames necessários ou não, com dupla finalidade: livrar-se do paciente e algum acréscimo de rendimentos por exames de alto custo, mas cujo impacto financeiro é incalculável para o Sistema de Saúde.

No caso das operadoras, estas as grandes vítimas da tecnologia que não mudam diagnósticos e recursos terapêuticos, a tecnologia não se acompanha de benefícios na maioria das vezes.

## COMPARAÇÃO ENTRE OS SISTEMAS AIH E DRG

Este sistema implantado nos EEUU, em 1980 "passou a ser adotado em vários países europeus no final dos anos 90, Áustria 1992 e Alemanha 2003, Reino Unido início dos anos 2000, posteriormente em países economicamente menos situados como na Índia e China, e aqui na América Latina pela Colômbia, consiste em forma de pagamento não mais pela terapêutica aplicada, mas muito mais pelos diagnósticos que consideram os recursos alocados para uma série de pacientes, considerando os seus custos médios, enquanto a AIH não considera, até por desconhecimento, os custos de cada caso, e não levam em consideração fatores como a idade ou a co-morbidade dos pacientes, o que naturalmente aumentam os seus custos, como por exemplo, os pacientes diabéticos, obesos e todas as suas conseqüências, concluindo para um mesmo diagnóstico a terapêutica e seus custos são os mesmos. OUTROS fatores como os listados abaixo explicam as principais diferenças entre os sistemas.

Este sistema (DRG) é submetido a revisões amplas, varias vezes, para adequação ao momento e as situações variáveis, como a nova tecnologia, enquanto o sistema AIH jamais foi revisado amplamente.

A AIH (autorização de Internamento Hospitalar) surgiu quase ao mesmo tempo em que a DRG (grupos relacionados de diagnóstico). Enquanto a AIH enfoca o principal diagnóstico, baseado em sistema de classificação não atualizado, data do tempo em que a alta tecnologia era pouco utilizada, portanto não confiável. AS INFORMAÇÕES baseadas em prescrições, prontuários médicos são, em grande parte, sequer legíveis. As tabelas contem inconsistências como a duração de um internamento hospitalar, atualmente modificados.

A DRG inclui informações para ajustes como risco, co-morbidades. A DRG enfoca principalmente o diagnóstico precoce. Baseados na Classificação Internacional de Doenças, na época não adotada no Brasil, quando foi adotado nos Estados Unidos. A estrutura do sistema é baseada nos custo

Sistema AIH	DRG	
Características	AIH	DRG

Objetivo	Substituir o sistema de pagamento por um sistema de faturamento baseado em casos.	Medir a alocação de recursos, custos e produção nos hospitais.
Princípio	Agrupar serviços individuais para cada paciente segundo o principal procedimento médico realizado.	Agrupar pacientes segundo o diagnóstico.
Critério básico de classificação	Procedimento médico.	Diagnóstico principal (segundo a classificação Internacional de doenças, CID).
Estrutura de classificação e codificação	Classificação de 2.300 procedimentos, agrupados segundo especialidade e subespecialidade médica.	Classificação hierárquica com 23 grandes categorias de diagnóstico e 600 DGR (variam segundo o país).
Relação entre custos e uso de recursos	Valores originais vagamente baseados em informações de custos limitadas.	Agrupamento baseado no uso relativo de recursos (ponderado por custo).
Qualidade nas informações sobre diagnóstico.	Variável (exigida, mas fraca, em especial para diagnósticos secundários).	Boa (base do sistema).
Permite avaliar severidade ou co-morbidade	Não.	Sim; incluído nos códigos (na versão avançada).
Revisões e atualizações periódicas	Nenhuma revisão ampla.	Diversas revisões amplas.
Operação	Formulário padrão, manual ou informatizado.	Informatizado.
Distorções e fraudes	Registro de procedimento mais complexo, pagamentos baixos e distorcidos.	"DRG creep": registro de grupo diagnóstico mais complexo.
Principal sistema de controle	Auditoria contábil.	Avaliação por pares.
Países que adotam	Brasil (1986)	Estados Unidos (anos1970-1983); Áustria (1992); Alemanha (2003); Suíça e Portugal (fim dos anos 1990); Itália, Espanha, Finlândia, Reino unido (início dos anos 2000).

Fonte: Desempenho Hospitalar no Brasil: Em busca da Excelência – La Forgia, Gerard M. e Couttolenc, Bernard F. – 2006. (6)

Eis o resumo do primeiro item: A ruptura no possesso de pagamento e a contratação de profissionais qualificados, melhor remunerados, mas resolutíveis que utilizam os recursos tecnológicos para diagnóstico de precisão, e em conseqüência processo terapêuticos corretos avaliados pelos resultados.

Não podemos prescindir da tecnologia, mas usá-la bem. Um exemplo está citado no livro de Clayton M. Christensen, "A inovação na Gestão da Saúde",

citado anteriormente. Um paciente após ter gasto durante anos alguns milhares de dólares para tratar a sua asma, resolveu procurar um Centro Especializado, em 48 horas teve o seu diagnóstico etiológico estabelecido, foi tratado e curou a sua enfermidade, tendo despendido 10% de todo o seu gasto anterior. Isto é que se chama Centro de Resolutividade, agregou valor ao tratamento com qualidade.

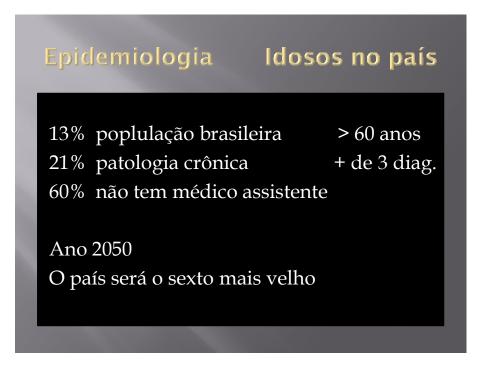
Na apresentação da edição desse livro "um dos maiores desafios para o futuro da Humanidade é disponibilizar saúde para a maioria dos habitantes deste planeta. Sonho, Utopia, Possível?" Sim é possível, em nosso país precisamos mudar a cultura da população, dos médicos, das seguradoras de saúde, das operadoras e dos prestadores de serviço, este é o primeiro passo, mas precisamos alterar as próprias leis que regem o processo.

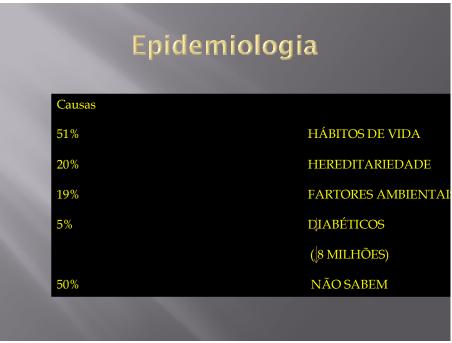
## MEDICINA DE INTUIÇÃO PARA MEDICINA DE PRECISÃO.

Trata-se também de uma mudança de atitudes da Medicina de Intuição para a Medicina de Precisão. A Medicina de Precisão, aparentemente mais cara, torna-se mais eficiente, com resolução rápida pelo tratamento adequado e conseqüentemente menos cara. Qualidade com redução de custos é o parâmetro.

Trata-se de outro processo de ruptura. O diagnóstico correto, embora utilize até de procedimentos de alto custo, implica na terapêutica adequada, evidentemente com melhores resultados, nos pacientes internados com menor tempo de permanência, no caso dos medicamentos bem indicados, via de regra com utilização por menores períodos. Não é demais insistir: qualidade com custos reduzidos.

## O SERVIÇO DE PREVENÇÃO





Como se vê acima, 5% da população brasileira é diabética (8milhões de pessoas,) e 50% deles não sabem disso, 51% das patologias são decorrentes de hábitos de vida, em 2050 a população idosa brasileira será a sexta do mundo, 60 % dos portadores de enfermidades crônicas não têm médico assistente. A população brasileira de idosos com mais de 60anos já é de 4,22% e a mais de 70 anos é de 8,40%. (IBGE censo de 2001).

Em 20 anos a população brasileira com mais de 60 anos será de 8,6%, e mais de 70 anos será de 13%, no ano de 2050 serão mais de 17%.

Como calcular custos sem estes conhecimentos, como estabelecer medidas para viabilizar a assistência médica sem analisar os dados conhecidos.

O serviço de prevenção é decisivo para diminuir custos. É preciso considerar a valorização dos serviços de prevenção. Prevenir doenças cardíacas, as conseqüências do diabetes, da hipertensão, da obesidade, dos acidentes vasculares cerebrais constituem enormes fatores para redução de custos, tratase de uma ruptura, investir em saúde e conseqüentemente reduzir custos na doença, mas o grande problema é que até então as operadoras e o próprio sistema de saúde oficial não priorizam esse atendimento e não pagam por isso.

Este é um dos grandes absurdos, devemos dirigir os nossos esforços para a saúde, manutenção da saúde, e não esperar as conseqüências das enfermidades.

Programas específicos para as enfermidades mais freqüentes, e aqui se inclui o Câncer devem ser planejados e executados com a participação da sociedade, de maneira intensa, conduzidos por profissionais altamente qualificados e não mais um cabide empregos.

Algumas entidades já adotam o programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e estão registrados na ANS, como a UNIMED-Pr, cujas diferenças entre as metas propostas e as alcançadas são pequenas, documentando a viabilidade do processo. (Revista AMPLA, Unimed PR, março de 2009).

A prevenção das doenças crônicas são medidas necessárias, indispensáveis para a redução de custos, entre as enfermidades crônicas o tabagismo e a obesidade contribuem de maneira clara para o aumento desses custos.

Do mesmo autor, citado anteriormente, Clayton Christensen, em seu livro Inovação na Gestão da Saúde: Noventa milhões de americanos são portadores de doenças crônicas, como diabete, hipertensão, artrite e demência. Mais de um terço de adultos jovens na faixa de 18 a 34 anos, dois terços de adultos entre 45 e 64 anos, e aproximadamente 88% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica. Nos EEUU ¾ do orçamento em saúde é gasto com doenças crônicas.

Aqui surge a figura do cuidador, ser humano que quer ajudar, que será o elemento inicial de uma cadeia diferencial capaz de vigiar a complementação de um tratamento médico, manutenção de medicamentos nas horas indicadas, elemento de alerta para prevenir complicações em tempo hábil, etc. Muitas empresas e saúde pública reconhecem essa necessidade

Conclui-se de que a tecnologia ao tratar adequadamente as doenças agudas, em grande parte, as transforma em doenças crônicas, e principalmente para os países subdesenvolvidos isto significa para os orçamentos meras peças de demonstração para os Ministérios da Saúde desses países.

Todavia há enfermidades que podem ser evitadas como as conseqüentes a obesidade, o tabagismo, a hipertensão cujo peso no orçamento é considerável.

Aqui as diretrizes de políticas de saúde deveriam ser objetivas, repetitivas, claras com avaliação permanente de resultados.

Quando se faz a prevenção como o da Obesidade, várias formas de doenças crônicas estarão sendo evitadas como a Diabete, a Hipertensão, Os AVCS, as Hepatopatias crônicas, a Cirrose, o Câncer de Fígado, de Mama, do Intestino, de Vias Biliares, de Pâncreas.

A prevenção de enfermidades no idoso é fundamental para a viabilidade do sistema e é humanística porque seu objetivo é manter a qualidade de vida. Exercícios físicos controlados, processo de ativação cerebral como a utilização de computadores retarda os sintomas de doença mental, jogos, etc. Atualmente constituindo 21% das patologias (Alzheimer, Depressão, Distúrbio bipolar) e diminuindo as necessidades de internamento. Este é um processo obrigatório para os convênios que querem sobreviver e para a saúde pública de uma maneira geral. A pergunta aqui é: Quem pagará por esses serviços? Ao estado a obrigação de fazê-lo ou em 2030 não haverá orçamento suficiente.

Primeiramente o importante e realmente efetivo é investir em saúde para evitar a doença. Os orçamentos baseados em cálculos atuariais, ou seja, lá o nome que se der, e para falar do Brasil serão sempre insuficientes, considerando a saúde pública e o SUS. Não há meios eficazes de controle adequando o financeiro as reais necessidades da população. Há a questão da cultura em que o modernismo de atividades médicas, das novas tecnologias e até as exigências do cidadão para fazer esses exames se faz sentir e colaboram para a inviabilidade de qualquer sistema. Os sistemas que prevalecem são aqueles que menos permitem a utilização de recursos ou negam os mais complexos. São aqueles que selecionam idades para compor os seus segurados, que desistem de determinadas carteiras ou até desaparecem , ressurgindo com outro nome, para reiniciar um ciclo.

Todavia quando se observa desapaixonadamente o problema pode ser resolvido: Criam-se tantas fórmulas de investimentos e poupanças existem, porque não se investir na saúde, e esta fórmula é conhecida: a prevenção, como já foi discutido anteriormente.

## A POUPANÇA SAÚDE uma visão.

Há fórmulas para o esporte, para a cultura, para a casa própria, porque não para a saúde, de maneira oficial, criando-se a poupança saúde. Naturalmente que se necessitaria de incentivos, mas custo final seria menor para o setor governamental.

Será muito mais cedo do que se imagina a Convergência dos Planos de previdência com os planos de saúde, já existentes em vários países, entretanto estarão limitados àqueles que mantêm planos de saúde previdenciários.

O sistema seria semelhante ao VGBL, ou seja, vida geradora de benefício livre. Entendemos que esse sistema deva ser ampliado.

As empresas (sobretudo as grandes) teriam inteira responsabilidade pelos seus funcionários, retirando-os do sistema SUS, milhões não utilizariam os recursos, mas a estas empresas seriam possíveis benefícios acentuados no seu imposto de renda. A qualidade na assistência médica se tornaria objetivo real.

Estes recursos (investimentos das empresas) teriam administração própria, com aplicação dos recursos em nome dos seus funcionários, com rendimentos capitalizáveis, com participação dos colaboradores, que se não utilizados significariam poupança pessoal, mas que a cada utilização, naturalmente, teriam reduções de seu capital. Este método criaria um sistema de vigilância pessoal quanto à utilização dos recursos.

As retiradas para utilização em assistência médica seriam isentas de pagamentos de impostos, outras retiradas pagariam os impostos devidos. Não se exigiria mais um chekup sem critério, desnecessário. Todavia as não utilizações com as sobras financeiras seriam de propriedade do poupador que aderiu ao programa, fariam complemento de sua aposentadoria. Quando os valores ultrapassarem os valores da poupança, nas enfermidades graves ou nos procedimentos de alto custo, haveria orçamentos oficiais para cobri-los. Aqui, de novo, o grande trabalho dessas empresas no sentido da prevenção para diminuir custos. O colaborador com boa saúde é investimento empresarial, esta atitude empresarial significaria mais aderência ao trabalho e a seus resultados, significaria valorização profissional, todos ganham.

Naturalmente que a aplicação desta hipótese significa mudanças legais, mas porque não, se tantas outras alterações são propostas todos os dias, é apenas necessária à determinação de políticos que deveriam ser conhecedores da real situação da saúde no país.

Visitar um hospital público não é uma má idéia, aguardar na fila para um atendimento pode possibilitar um engajamento para alterar as políticas de atendimento à saúde.

Atualmente há algum esforço de esferas estaduais com objetivo de manter a qualidade, com redução de custos, possibilitando um atendimento maior sem ampliação de recursos, ou seja, uma administração profissional. Um exemplo é o que vem sendo conduzido pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo com as OSS.

# AÇÕES DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE > ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS)

(Processo de transferência orçamentária)

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) representam um modelo de parceria adotado pelo governo do Estado de São Paulo para a gestão de unidades de saúde, finalizado entre 1998 e 2001, previsto no Programa Metropolitano de Saúde (PMS), formalizado pela lei complementar nº 846 de 04 de junho de 1998.

A legislação estadual regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e que, em

decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde. Este modelo de gestão introduziu novos conceitos de relacionamento com o setor filantrópico, que se mostraram eficientes.

A experiência iniciou-se com um grupo de 15 hospitais localizados em regiões carentes de serviços, buscando melhorar o acesso da população à atenção hospitalar, principalmente na região metropolitana de São Paulo.

Dentre os aspectos mais importantes da Lei Complementar nº 846, pode-se destacar:

- a) A criação de um Contrato de Gestão, caracterizado como um acordo firmado entre o poder público e a entidade qualificada como OSS, que permite a definição das metas e do tipo de assistência à saúde a ser desenvolvido pelo serviço;
- b) A existência de uma comissão de avaliação dos Contratos de Gestão, com representantes do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão de Saúde e Higiene da Assembléia Legislativa e por profissionais especializados indicados pela Secretaria de Estado da Saúde, responsável por analisar os resultados obtidos com a execução do contrato:
- c) A determinação que os hospitais gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde atendam exclusivamente aos pacientes do SUS;
- d) A publicação do balanço e demais prestações de contas das OSS no Diário Oficial do Estado e respectivo controle destes pelo Tribunal de Contas do Estado;
- e) A exigência de que a entidade tenha experiência de pelo menos cinco anos na administração de serviços próprios de saúde.

Atualmente 21 hospitais, três ambulatórios, duas farmácias e três laboratórios de análises clínicas são administrados por esta forma de gerenciamento. Os novos hospitais colocaram a serviço do SUS cerca de 4.300 leitos no Estado de São Paulo.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde - Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 - Cerqueira César - São Paulo - Fone: (11) 3066-8000.

# Analise da Situação – Case Hospital São Vicente Proposição.

Havia, no Brasil, há uma situação polemica e contraditória. Para que os hospitais filantrópicos mantivessem a sua condição de imunidade e de isenções há necessidade de disponibilizar 60% de suas acomodações para o SUS, medidas pelo leito dia, ou de aplicações financeiras de 20% de sua arrecadação em gratuidades, com algumas alterações das porcentagens segundo os leitos utilizados pelo SUS.

Recentemente foi editada medida provisória em tentativa de marco zero para as entidades e novas fórmulas de controle das atividades das entidades não-governamentais. Esta medida não foi aprovada pelo Congresso Nacional. Está em curso nova proposta de regulamentação, projeto de lei, 3021(2008) em que

se inserem algumas das medidas propostas pela Medida Provisória não acatada pelo Senado Federal, mas que determina o encaminhamento dos processos da área de saúde para o Ministério da Saúde.

Esta é a preocupação dos políticos. SOLUÇÕES para a assistência médica como um todo não existe. Uma nova situação acaba de ser criada com a lei 12.101/2009.

#### Case Hospital São Vicente de Curitiba.

Administrado pela Fundação de Estudos das Doenças do Fígado- Koutoulas Ribeiro, o Hospital São Vicente utiliza uma tecnologia de administração reconhecida como exemplar, com uma evolução de faturamento de 1.842%%, em um período de 7,5 anos.

O processo utilizado manutenção de sua condição de filantropia tem sido a utilização de seus recursos financeiros em gratuidades, basicamente porque não há condições financeiras locais do SUS para utilização dos leitos em função dos serviços oferecidos ao SUS que são de alta complexidade, por se tratar de um Hospital Referencia, de alta complexidade, com acreditação plena pela ONA-MS e qualificado como Hospital Sentinela do Ministério da Saúde, Unacon para atendimento do câncer e autorizado à realização de Transplantes.

#### CASE

O Hospital foi avaliado e Acreditado no Nível I em setembro de 2007 e em 2009 acreditação plena Nível II, pelo IPASS - Instituto de Acreditação em Serviço de Saúde, baseado nos princípios de Segurança e Estrutura - ONA/MBA o qual atendeu os padrões dos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente. Os itens de orientação deste processo são:

- 1- Responsabilidade técnica conforme legislação:
- 2- Corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço;
- 3- Condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo);
- 4- Identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.

O Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital foi implantado no modelo ONA - Organização Nacional de Acreditação, que contribui efetivamente para o desenvolvimento da qualidade nos serviços de saúde, com foco inteiramente no cliente, estabelece o planejamento, a padronização, a análise e a melhoria contínua dos processos implantados. Os processos são analisados criticamente, em fórum adequado composto pela Direção Técnica, Direção Administrativa juntamente com a Comissão da Qualidade, tendo, como premissa básica, atender com eficiência e eficácia as necessidades e expectativas dos clientes, visando identificar oportunidades de melhorias nos

processos e serviços prestados, além de agregar valor aos clientes, tornando os processos mais ágeis para garantir a satisfação com os serviços prestados.

A política de qualidade que o Hospital trabalha é: "Oferecer ao cliente serviços de qualidade por meios da competência técnica e assistência humanizada, promovendo a formação e desenvolvimento das pessoas com inovação e desenvolvimento racional da tecnologia médica hospitalar". A avaliação do paciente é estabelecida de acordo com o processo de visita e avaliação no ato da admissão pelo profissional enfermeiro baseado em um conceito holístico. Levantamento de dados padronizados em formulário próprio que permite levantamento de informações relevantes para a continuidade do processo de elaboração do cuidado específico e acompanhamento da equipe multidisciplinar; visita diária acompanhamento da evolução do tratamento clínico/cirúrgico pelo profissional enfermeiro registrado em impresso próprio; - elaboração de Prescrição e Evolução de enfermagem baseada na avaliação diária do cliente; - Avaliação e acompanhamento diário da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistência social, nutricionista e fisioterapeutas com registro em prontuário).

Os cuidados voltados aos pacientes consistem em: Escala de Serviço diário baseado no cuidado integral ao paciente; - realização de Técnicas Específicas de acordo com sinais e sintomas. - utilização de Indicadores para promoção da segurança do cuidado prestado e ajuste de processos; - visita do enfermeiro para planejamento do cuidado diário, baseado nas necessidades holísticas do paciente; - transporte interno e externo com segurança e conforto; - cuidados básicos de higiene, conforto e bem estar; preparo, encaminhamento e recebimento para exames diagnóstico; - processamento de materiais seguros na utilização dos cuidados de enfermagem;- cuidado a paciente crítico por uma equipe multidisciplinar capacitada e com treinamento contínuo;- atendimento e acompanhamento de pacientes submetidos a exames diagnósticos através de tecnologia de ponta, atendimento ético e humanizado;- orientação e acompanhamento das necessidades de acompanhantes e familiares;- cuidados de enfermagem baseado em preceitos éticos e humanos.

Foi implementada no hospital a **COMISSÃO DE RISCOS** (profissionais envolvidos nas diversas etapas do evento, com poder decisório, indivíduos críticos para implementação de mudanças). Esta comissão tem como escopo investigar os eventos adversos através de visitas periódicas nos setores de enfermagem com o objetivo de evidenciar as ocorrências de riscos não notificados, notificação de eventos, busca ativa, fluxo de informações entre Comissões / Comitês (SCIH, Risco, Qualidade), emissão de pareceres relacionados aos eventos notificados (Comissão de Riscos), investigação de Eventos Sentinelas e desenvolvimento de ações corretivas / preventivas.

O hospital adotou um formulário específico para avaliar e minimizar riscos por meio da análise das falhas potenciais e implantação de ações para aumentar confiabilidade. A análise das falhas potenciais se faz por meio da probabilidade de ocorrência, severidade da falha e o grau de detecção, classificação de evento sentinela e situação atual dos controles. Esta metodologia adaptada para a realidade do Hospital nos permitiu: identificar causas/falhas potenciais, priorizar as ações de melhorias, por meio da análise dos índices de risco, atuar na prevenção da causas e rever processos com foco na segurança do paciente

e colaboradores. Neste sentindo foi elaborado, implementado e aperfeiçoado canais para instrumento de notificação: notificação de ocorrências adversas do cliente ao SAC; notificação voluntária de queixa técnica ou suspeita de desvio de qualidade; notificação suspeita de reação adversa a medicamento (ficha de Farmacovigilância); notificação de reação Transfusional (ficha de reação Transfusional), notificação de problemas com equipamentos, materiais e saneantes (ficha de tecnovigilância) e relatório de correção por processo.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar conta com uma equipe multiprofissional composta por um médico infectologista e um enfermeiro, além de profissional farmacêutico, microbiologista e administrativo que se reúnem mensalmente para discutir as taxas de infecção. O Serviço tem como escopo de trabalho a realização de auditoria interna dos setores técnicos obietivando manter uma assistência segura ao cliente fundamentada em conceitos de prevenção de infecção hospitalar. Estas ações preventivas são realizadas por meio de visitas diárias aos setores de Internação e UTIS, orientação in loco das equipes multidisciplinares, acompanhamento de procedimentos técnicos, implantação de normas e rotinas e capacitação mensal priorizando temas de maior necessidade e interesse pela equipe multiprofissional, além de realizar o controle do uso de antimicrobiano a partir da avaliação da prescrição médica diária, medidas de controle para bactérias multirresistentes como o isolamento precoce dos pacientes com suspeita de bactéria multirresistentes até a chegada do resultado das culturas. Para a implantação destas ações preventivas, corretivas e análise epidemiológica das informações, o serviço utiliza a metodologia baseada em Gestão por Processo, fazendo uso de ferramentas da qualidade como: planejamento estratégico, diagrama de causa e efeito, plano de ação e relatório de correção de processo, além de utilizar na Unidade de Terapia Intensiva a Metodologia Niss (National Nosocomial Infection Survelillance) para elaboração de densidade de infecção hospitalar por procedimento. Como resultado destas medidas implantadas a taxa média de infecção hospitalar no ano de 2008 está em 1,47%, sendo no último mês de agosto a taxa geral de 1,14%.

O PGRSS do hospital foi elaborado conforme orientação da RDC nº 306/2004 e aprovado pela Secretaria Municipal do Meio Ambiente.

O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos planejados e implementados com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento e tratamento seguro até sua destinação final, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

O início da segregação dos resíduos consiste na separação destes no momento e local de sua geração de acordo com sua classificação préestabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

No programa de integração para novos colaboradores o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar realiza capacitação sobre resíduos de saúde, mantém orientação nos seus locais de trabalho e reciclagem dos colaboradores anualmente.

Todas as lixeiras do hospital são identificadas com adesivos coloridos e educativos de acordo com a sua classificação, além dos sacos de lixo também seguirem a mesma padronização de cores, sendo um método educativo e de fácil identificação. Além da separação dos resíduos em recicláveis, comum,

infectante e químico, há uma subclassificação dos resíduos recicláveis em: papel, plástico, vidro e metal para facilitar o processo de reciclagem destes materiais e contribuir para a conservação do meio ambiente.

Atualmente os processos são verificados e assegurados através de 160 indicadores de controle distribuídos por áreas, estes, são mensalmente gerenciados e analisados criticamente pelos Diretores e pela Gerência da Qualidade.

A instituição obteve através da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação o credenciamento para realização de programa de residência médica em quatro especialidades: Cardiologia, Radiologia, Cirurgia Geral, Diagnóstico por Imagem e Terapia Intensiva. Convênio com a Universidade Tuiuti do Paraná para formação de profissionais de Enfermagem. Convênio com Universidade Pontifícia do Paraná para estágio de acadêmicos de medicina do 2º e 3º ano.

O corpo clínico do hospital participou de várias publicações, dentre a mais recente encontra-se a terceira edição do livro Gastroenterologia & Hepatologia, coordenado pelo médico paulista Moíses Mincis, o capítulo Doenças Císticas do Fígado escrito por médicos do hospital. Dentre diversas participações em congressos, a mais recente ocorreu em outubro de 2005 onde a instituição apresentou no XVIII Congresso Brasileiro de Hepatologia, principal evento nacional sobre doenças do fígado, dois trabalhos científicos de autoria e participação da equipe de profissionais do hospital. "Hepatocarcinomas. Uma visão multidisciplinar de abordagem terapêutica. "Experiência inicial", e" Infarto Hepático. "Apresentação de caso e estudo comparativo de imagens".

O hospital foi pioneiro na cirurgia de fígado de alta complexidade no estado do Paraná, sendo a primeira cirurgia realizada no ano de 1980, realizou em 2003 a primeira cirurgia para retirada de próstata utilizando a técnica de Videolaparoscopia. Seguindo sua tradição de vanguarda o hospital é referência nacional para diagnóstico e tratamento de doenças císticas do fígado, referência no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, sendo o pioneiro na realização de cirurgia Videolaparoscopica no estado do Paraná, credenciado pelo MS para área de transplantes. Esta característica de pioneirismo teve continuidade com a criação do Serviço de Videocirurgia Avançada, sendo este serviço um dos pioneiros na cirurgia de obesidade realizada por acesso Videolaparoscopica, o hospital foi o pioneiro no estado do Paraná na realização de exames utilizando o Enteroscópio de Duplo-Balão.

Sendo mantenedora do hospital uma entidade fundacional o quadro diretivo tem na sua composição de forma estatutária a seguinte formação: Conselho de Curadores responsável por estabelecer e fazer cumprir a estratégia político-organizacional da instituição. Diretoria Executiva, Diretoria Técnica, e Diretor Secretário responsável por cumprir as deliberações e decisões do Conselho de Curadores. Conselho Fiscal responsável pelo acompanhamento, fiscalização de todas as práticas e ações implementadas, bem como a aprovação de contas da instituição.

O hospital mantém no seu quadro diretivo a seguinte composição: Diretor Superintendente, Diretor Administrativo, Diretor Técnico, Diretoria Médica. Ao

assumir a gestão da instituição em abril de 2002, vale ressaltar que no dia 31 de março de 2002 a instituição estava fechando suas portas, a atual gestão realizou um diagnóstico situacional da entidade, e diante do cenário apresentado estabeleceu novas diretrizes de gestão.

O primeiro passo foi à criação da missão do hospital: "Resgatar a Assistência através de Atendimento Qualificado. Competência Técnica, Confiabilidade e Humanização". Após a definição da missão foi estabelecido o Planejamento Estratégico com objetivo de atender a missão previamente definida, estabelecer as ações de curto, médio e longo prazo e estratégias para reposicionar o hospital como uma nova opção em medicina de Alta Complexidade no estado do Paraná. Através das acões de curto prazo ocorreram contratações de profissionais especializados em todas as áreas do hospital, implementação do novo organograma institucional, instituição, implementação e acompanhamento do Orçamento Anual, implantação do sistema de custos e auditoria interna, elaboração e implantação do regimento interno, manual de procedimentos e indicadores de desempenho em cada unidade administrativa possibilitando uma gestão participativa e melhoria da supervisão e controle dos processos administrativos, gerenciais e financeiros. Implantação de protocolos clínicos e cirúrgicos através de medicina baseada em evidência, implantação da unidade de tecnologia da informação aprimorando informações estatísticas financeiras de forma sistematizada segregando-as em relatórios gerenciais.

Com a implantação destas diretrizes os processos são analisados criticamente pela alta direção, tendo, como premissa básica identificar oportunidades de melhorias nos processos, produtos e serviços prestados, agregarem valor aos clientes, tornando os processos mais ágeis para garantir a satisfação com os serviços prestados. Reformas estruturais em toda estrutura predial da instituição.

Através das ações de médio prazo foram reformuladas as políticas de Recursos Humanos, a criação da figura do médico fidelizado, novos credenciamentos junto ao Sistema Único de Saúde (Transplante de Rins e Cirurgia Cardíaca), parcerias com a esfera pública proporcionando a realização de 51.000 ações de saúde/mês, implantação das diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar culminando na Acreditação do Hospital em setembro de 2007 e certificação pela ANVISA como Hospital Sentinela em julho de 2008.

O modelo de gestão adotado pelo hospital permitiu grandes avanços e projeção do no mercado, fato que pode ser comprovado na última edição da publicação hospitais referência, onde galgamos a 13º colocação em crescimento financeiro. Fato como este nos impulsiona para as ações de longo prazo como a construção do novo complexo hospitalar e Acreditação Internacional.

No último semestre a instituição reformulou toda sua estrutura de Recursos Humanos através da contratação de profissional especializado na área de RH. Os processos de reformulação foram definidos em três etapas: Projetos Básicos, Projetos Fundamentais e Projeto Avançado. Projeto Básico compreende a reformulação dos critérios admissionais, integração do novo colaborador, descrição de funções, treinamentos operacionais e políticas de incentivo através da análise de desempenho. Projetos Fundamentais:

Compreendem políticas de endomarketing, revisão da política de cargos e salários, instituição de plano de carreira, pesquisas de clima organizacional e empowerment Groups. Projeto Avançado: Compreende remuneração variável através de metas e objetivos, formação de quadros de gestão (trainees, treinamento de nicho e banco de talentos), avaliação 360º, formação de gestores. Em 2006 a instituição passou por uma readequação organizacional onde foram estabelecidas de acordo com o planejamento estratégico novas diretrizes e papéis de cada gestor em relação à gestão e ao negócio. Semanalmente a alta direção se reúne para avaliar os avanços nas diretrizes estratégicas estabelecidas e discussão de aspectos facilitadores e dificultadores para sua efetiva implantação. Quinzenalmente a alta direção se reúne com todos os gestores para analisar os avanços qualitativos e quantitativos dos centros de resultados da instituição e traçar novos planos de ações para atingir as metas e objetivos propostos.

A instituição implantou o PEP (Prontuário Médico do Paciente). Através deste investimento a instituição possibilita ao paciente portar consigo todas as informações clínicas, como exames, consultas e tratamentos realizados no passado. Outro investimento realizado pela instituição foi à implantação do PACS (Picture Archive and Communication System). Com este investimento a instituição disponibiliza e armazena eletronicamente todos os exames realizados pelo CID, além de possibilitar ao profissional médico analisar uma imagem de qualquer ponto do hospital.

Tecnologia na medicina significa salvar vidas. Os avanços proporcionados pelas tecnologias de última geração permitem precisão diagnóstica para que a partir dela, métodos terapêuticos possam ser imediatamente adotados. Isto faz a diferença na hora do tratamento. Pensando sob este prisma a instituição investiu um milhão e oitocentos mil dólares no último ano em equipamentos de última geração. O novo Centro Integrado de Diagnóstico (CID) possui o que há de mais moderno em equipamentos da área de diagnóstico por imagem, desde modernos equipamentos de ultrassonografia, hemodinâmica, tomografia computadorizada, além do mais moderno aparelho de ressonância magnética do Estado do Paraná.

Paralelamente ao investimento em modernos equipamentos o Hospital implantou o servico de Engenharia Clínica. Com a implantação deste servico todos os equipamentos médicos hospitalares passam por manutenções preventivas (através de cronograma e recomendações do fabricante) e corretivas. Todas as manutenções são registradas em software possibilitando a rastreabilidade de todos os eventos realizados nos respectivos equipamentos. Além de todo investimento em equipamentos médicos a instituição re-implantou nos últimos dois anos todo o sistema ERP (Wpdhosp). A re-implantação deste ERP possibilitou a administração segurança nas tomadas de decisões, além de permitir que os processos sejam verificados e assegurados através de 160 indicadores de controle. Os indicadores estão divididos em: indicador de qualidade, indicador de processo, indicador de resultado, indicador de avaliação, indicador de risco/evento sentinela, indicador quantitativo qualitativo e indicadores de desempenho institucional. Os indicadores são avaliados mensalmente pela direção possibilitando a tomada de decisão em tempo hábil, focada no planejamento estratégico da instituição.

O hospital iniciou em março de 2008 o programa de Ginástica Laboral que atinge todos os setores do hospital. O principal objetivo do programa e a

promoção de adaptações fisiológicas, físicas e psíquicas através de práticas que trabalham a reeducação postural, aliviam o estresse, diminuem o sedentarismo, aumentam o ânimo para o trabalho promovendo uma maior consciência corporal propiciando melhor desempenho profissional, redução das tensões acumuladas no trabalho e prevenção de doenças com a LER e os DORT.

O Hospital também promove nas últimas quartas-feiras do mês no anfiteatro do hospital reuniões para pacientes obesos onde são discutidas com transparência e seriedade todas as etapas do processo pré e pós-operatórios. Nesta reunião são expostas todas as indicações e contra-indicações para cirurgia, todas as técnicas e seus riscos, suas complicações e resultados esperados.

O Hospital realiza ações sociais em duas entidades na cidade de Curitiba. As ações são realizadas no Pequeno Cotolengo do Paraná, onde é prestada assistência médica e social a 234 moradores através de: avaliação médica présubmissão a exames que exigem ações especiais na consegüente utilização de medicamentos especiais, avaliação médica e conduta para procedimentos e tratamento médico diário de atendimento em avaliação no caráter clínico geral, avaliação e treinamento técnico de todas as pessoas envolvidas no projeto de atendimento a entidade, atendimento médico-hospitalar de internação em sistema hospitalar dos casos que necessitam de cuidados em unidades hospitalares especiais (isolamento, UTI, Centro Cirúrgico), estabelecendo diagnósticos, conduta e treinamento de doenças associadas as que determinaram o internamento dos pacientes, além de acompanhamento in loco por Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais e Médicos. As ações desenvolvidas abrangentes aos internos do Pequeno Cotolengo do Paraná têm caráter efetivamente social, pois os internos são portadores de deficiência física, mental e paralisia cerebral, possuem grande dependência e necessidade de cuidados especiais nos procedimentos, principalmente nos cuidados hospitalares em que são disponibilizados em caráter especial de atendimento desde o transporte até a realização do atendimento e no Asilo São Vicente de Paulo onde também é realizada assistência a 158 moradores do Asilo São Vicente de Paula através de avaliação médica pré-submissão a exames, que também exigem ações especiais, seja conseqüente à utilização de medicamentos especiais, ou pelo treinamento técnico de todas as pessoas envolvidas neste projeto. Dentro deste projeto o hospital provê assistência especial aos idosos internados, no que for necessário, em caráter de 100% de gratuidade, estabelecendo diagnósticos, conduta, tratamento de doenças associadas que determinaram o internamento dos pacientes.

O Hospital implantou em 2008 um projeto direcionado ao público idoso. Este projeto tem como escopo o atendimento diferenciado através da continuidade do cuidado ao idoso. O projeto conta com profissionais específicos que entram em contado com este público para aferir o grau de satisfação do atendimento e disponibilizar canais de comunicação para agendamento de consultas, exames e internações com objetivo de facilitar o acesso aos serviços disponibilizados pela instituição. Além destas ações o Hospital promove mensalmente palestras direcionadas aos idosos ministradas por especialistas na área de geriatria focando questões de saúde, bem estar, direitos e deveres dos idosos.

## Como manter a qualidade?

Pesquisas:

Com objetivo de verificar as ações do Hospital são realizadas pesquisas permanentes dos vários setores do Hospital, as respostas são avaliadas pela equipe setorial e posteriormente pela diretoria, aplicando-se medidas corretivas imediatas e reconhecimento pela colaboração dos funcionários, não obrigatoriamente financeira, mas exposição de fotos e identificação dos setores em mural próprio.

# PESQUISA DE SATISFAÇÃO HOSPITAL SÃO VICENTE

Prezado (a) Cliente, a sua opinião é de fundamental importância para mantermos e melhorarmos a qualidade de nossos serviços. Pedimos a gentileza em responder os quesitos abaixo relacionados com notas que variam de 0 (zero) a 10 (dez) em determinadas questões; algumas de forma objetiva (direta) ou assinalando com um "x".

É nosso objetivo primordial atendê-lo (a) da melhor maneira possível e com atenção e cordialidade.

Solicitamos a gentileza de efetuar a sua avaliação abrangendo todo o atendimento realizado, desde o seu ingresso na recepção, passando pelo internamento, enfermagem, bem como todos os serviços prestados pelo Hospital São Vicente, compreendendo o período de sua permanência conosco.

Carinhosamente, agradecemos sua valiosíssima colaboração.

# RECEPÇÃO

1.

(Enumerar d	e 1 a	10)								
O atendime	nto c	da	recepcionista	foi	0	que	0	senhor	(a)	esperava?
(educação,	simp	atia	a, iniciativa,	dis	spo	sição	)	para d	a	tendimento,

educação, cortesia, etc.).

Nota: \_\_\_\_\_\_

2. Quando de sua chegada à recepção do hospital, o (a) senhor (a) recebeu um atendimento que poderia ser classificado como cortês? (simpatia, educação, disposição em acolher o (a) cliente, teve disposição, atenção).

Nota: \_\_\_\_\_\_

3. Quando o (a) senhor (a) se dirigiu à recepção, a pessoa que o (a) atendeu, o fez de forma satisfatória? Houve compreensão do que se tratava?

(foi	atenciosa,	comunicativa,	atenta,	compreensiva,	disponível,
dem	onstrou intere	esse em realizar	o atendim	ento, foi ágil, pre	stativa).
Nota	ı:				

4. Por ocasião da sua permanência na recepção, foi registrada alguma atitude concreta em que o (a) atendente procurou dar um atendimento considerado acima do esperado, ou seja, foi além da expectativa? (procurou agilizar o atendimento para reduzir o seu tempo espera, foi de uma educação esmerada, dispensou uma atenção exclusiva, foi comunicativo, cordial, rápido, de uma atenção toda especial, demonstrou um interesse em atendê-lo/a).
() Sim () Não

#### INTERNAMENTO

(Enumerar de 1 a 10)

- O serviço de pré-internamento preencheu às suas expectativas? (tempo de espera, bom atendimento, disponibilidade, atenção, simpatia, disposição imediata para atendê-lo (a), interesse em resolver o problema, rapidez, educação, clareza, objetividade). Nota:
- 2. A cortesia se fez presente no atendimento? (o/a atendente foi educado/a, foi prestativo/a, atencioso/a, foi uma pessoa simpática, acolhedora, muito disponível/acessível, demonstrou contentamento em atendê-lo/a, tomou iniciativa, rapidez em abordá-lo (a), foi compreensivo/a). Nota:
  - 3. No pré-atendimento, a pessoa que o (a) atendeu correspondeu às suas expectativas?
  - (foi ágil, procurou ser solícito, antecipou-se no encaminhamento da documentação com vistas à redução do tempo de espera, foi atencioso/a, deu-lhe a devida atenção, foi simpático/a, demonstrou disposição para esclarecer quaisquer dúvidas, foi educado/a e usou de grande cortesia).

Nota: \_\_\_\_\_

- 4. Fazendo uma avaliação do período que antecedeu o seu internamento, pode-se afirmar que o Sr (a). está satisfeito/a, por ter atendido às suas expectativas?
  - (tempo de espera, simpatia, respeito à dignidade, conforto, comunicação, acomodação adequada, encaminhamento pré-internação agilizado, atenção dispensada, ambiente adequado, etc.).

Nota:

### ENFERMAGEM

(Enumerar de 1 a 10)

1. Quando do seu ingresso no seu quarto/apartamento, o Sr (a) o encontrou devidamente apropriado para o (a) acolher ao longo do período de internamento?

	(mobília adequada e moderna, devidamente higienizado, confortável, aconchegante, funcional, devidamente equipamento e em perfeitas condições de uso, etc.).  Nota:
2.	Todas as vezes que necessitou da presença de um (a) profissional da área de enfermagem, as chamadas foram atendidas imediatamente? (atendimento rápido, eficiente, cordial, com demonstração de interesse pelas necessidades do (a) hospitalizado (a), compreensão do (a) enfermeiro (a) em dar um atendimento que corresponda às necessidades mais urgentes do (a) paciente, sendo uma presença que inspira confiança e certeza de que será atendido (a) com dignidade. Nota:
3.	Os (as) enfermeiro (as) que o (a) que o (a) assistiu ao longo do período em que esteve hospitalizado (a), demonstraram realizar o atendimento de uma forma que corresponde às suas expectativas? (foi um atendimento pautado pela cortesia, atenção, disponibilidade, educação, de forma prestativa, demonstrando gestos de carinho, afeto em atendê-lo/a, procurou esclarecer dúvidas, ter iniciativas, foi cordial e atencioso/o). Nota:
4.	No período de internação, foi constada a presença de várias equipes que colaboraram para que o (a) Sr (a) pudesse ter uma permanência no hospital respeitasse a sua individualidade, caráter e dignidade. Estas equipes foram a: hotelaria, enfermagem, limpeza e alimentação. (todas as equipes foram prestativas, solícitas quanto ao oferecimento de seus serviços, pontuais, responsáveis, dedicadas, atenciosas, muito corteses, eficientes, simpáticas, demonstraram entrosamento, e sempre preocupadas em dar o melhor de si para que o (a) paciente pudesse se sentir a vontade, bastante cordiais e acessíveis). Nota:
5.	Nesse período em que foi internado no hospital São Vicente, foi constatada alguma atitude da equipe que, em seu ponto de vista, superou as expectativas? (empenho em atendê-lo (a), especial dedicação, comunicação entre as equipes, qualidade do atendimento que excedeu ao comum e corriqueiro, antecipação às necessidades cotidianas, gestos e atitudes que foram objetos de calor humano, presença constante dos membros das equipes no dia a dia do paciente, atendimento marcado pela simpatia, disposição em resolver as situações que exigiam rapidez, solidariedade entre todos/as). Nota:
6.	Durante o tempo em que o Sr (a). esteve internado (a) algum funcionário (a) se destacou na equipe?

disponível, acessível, demonstrou interesse e preocupação para com o bem-estar do (a) paciente, resolutiva, disposta, etc.).  Se sim, quem?
7. Em sua opinião, os (as) enfermeiros (as) ao longo do período de hospitalização, no contato diário com o Sr (a). Foram pessoas que manifestaram carinho e empatia? (foram pessoas que tiveram para com o Sr/a. Uma atenção especial teve gestos de ternura, ações bondosas, atitudes de saudações, se apresentaram como pessoas que se interessam pela recuperação de sua saúde, perguntaram se estava se sentindo melhor, se colocaram à disposição para prestar-lhe alguma ajuda, procuram saber se o Sr/a estava precisando de alguma coisa, se podia ajudar em alguma necessidade).  Nota:
9. O Sr (a). Pôde observar alguma situação em que lhe foi bastante evidente que a equipe se antecipava a alguma expectativa prevendo algo que o Senhor (a) estava precisando e que contribuiu para o seu bem-estar ou para agilizar o restabelecimento da sua saúde? (idéias, sugestões, propostas, antecipação para resolver alguma situação prevista ou não, melhoria para proporcionar um maior conforto ao (à) hospitalizado/a, alguma indicação da equipe para que o tratamento pudesse surtir melhor efeito, etc.).
10. Numa avaliação geral, compreendendo todo o atendimento recebido ao longo de sua permanência no Hospital São Vicente, o seu contentamento com o desempenho de todas as equipes em todos os setores pelos quais passou, pode-se afirmar que o Sr (a). Está plenamente satisfeito.  (o bom desempenho das equipes de hotelaria, enfermagem, limpeza e alimentação, bem como a atuação dos funcionários nos setores: recepção, pré-internamento e internamento, todos atenderam às expectativas, com pessoal altamente qualificado na área de saúde hospitalar, competência técnica, confiabilidade e humanização).  Nota:Assinale com um grifo os setores não satisfatórios.
11. O Sr (a) passou por alguma situação frustrante ou decepcionante durante a sua estada no HOSPITAL. Em que setor. Quer relatá-la.

#### PRONTO ATENDIMENTO

O pronto atendimento é um Serviço <u>sem hora marcada</u>, as pessoas são atendidas, na maior parte das vezes, por ordem de chegada, todavia há que se considerar o grau dos sintomas do paciente (estado em que se encontra no momento), o fato de ser idoso (determinação legal), e há situações de maior demora no atendimento, exatamente pela gravidade da situação daquele cliente.

Solicitamos a sua compreensão e ao mesmo tempo sua colaboração para que o Serviço de PA preencha as suas expectativas.

Todavia alguns elementos são para a direção fundamentais:

Agilidade, educação, simpatia, atendimento da enfermagem adequado, do médico, queira sublinhar os que não foram observados.

O Sucesso nos resultados começa com o atendimento, paciente bem atendido, desde o momento em que procura o Hospital, tende a aceitar melhor a sua medicação, colabora para a sua recuperação, psicologicamente cria o ambiente favorável com todos os serviços.

Hospital São Vicente – Comparativo de viabilidade econômica para Hospitais Filantrópicos.

Segue-se uma análise de atendimento SUS em 25%, 30%, 40%, 50% e 60% dos leitos disponíveis.

# Quadro I Ano 2007

Situação - FUNEF 2007			
Descrição	Atendimento Global	Atendimento Convênios 75%	Atendimento SUS 25%
Faturamento Custo Resultado Glosa	R\$ 25.891.976,59 R\$ (22.523.267,67) R\$ 3.368.708,92 R\$ (2.345.787,55)	R\$ 21.202.814,69 R\$ (17.150.412,28) R\$ 4.052.402,41 R\$ (2.345.787,55)	R\$ 4.689.161,90 R\$ (5.372.855,39) R\$ (683.693,49) R\$ -
Receita Operacional Receita - Despesa Não Operacional Resultado Isenção Tributária Superávit/Déficit	R\$ 1.022.921,37 R\$ 1.050.017,56 R\$ 2.072.938,93 R\$ (1.948.238,23)	R\$ 1.706.614,86	R\$ (683.693,49)
Quadro II Situação Projetada - Diretrizes MS			
Descrição	Atendimento Global	Atendimento Convênios 40%	Atendimento SUS
Faturamento Custo Resultado Glosa Receita Operacional Receita - Despesa Não Operacional Resultado Isenção Tributária Superávit/Déficit Quadro III Estudo de Viabilidade	R\$ 22.562.156,39 R\$ (22.523.267,67) R\$ 38.888,72 R\$ (1.243.898,46) R\$ (1.205.009,74) R\$ 556.768,95 R\$ (648.240,79) R\$ (1.696.674,16) R\$ (2.344.914,95)	R\$ 11.308.167,83 R\$ (9.628.447,58) R\$ 1.679.720,25 R\$ (1.243.898,46) R\$ 435.821,79	R\$ 11.253.988,56 R\$ (12.894.820,09) R\$ (1.640.831,53) R\$ - R\$ (1.640.831,53)
Descrição	Atendimento Global	Atendimento Convênios 70%	Atendimento SUS
Faturamento Custo Resultado Glosa Receita Operacional Receita - Despesa Não Operacional Resultado Isenção Tributária Superávit/Déficit	R\$ 25.066.293,96 R\$ (22.523.267,67) R\$ 2.543.026,29 R\$ (1.824.926,26) R\$ 718.100,03 R\$ 816.836,99 R\$ 1.534.937,02 R\$ (1.884.985,31)	R\$ 20.142.673,96 R\$ (16.881.783,87) R\$ 3.260.890,09 R\$ (1.824.926,26) R\$ 1.435.963,83	R\$ 4.923.620,00 R\$ (5.641.483,80) R\$ (717.863,80) R\$ - R\$ (717.863,80)
Descrição	_Atendimento Global	_Atendimento Convênios 50%	Atendimento SUS 50%

Faturamento	R\$	23.513.533,59	R\$	14.135.209,79	R\$ 9.378.323,80
Custo	R\$	(22.523.267,67)	R\$	(11.777.584,26)	R\$ (10.745.683,41)
Resultado	R\$	990.265,92	R\$	2.357.625,53	R\$ (1.367.359,61)
Glosa	R\$	(1.563.354,20)	R\$	(1.563.354,20)	R\$ -
Receita Operacional	R\$	(573.088,28)	R\$	794.271,33	R\$ (1.367.359,61)
Receita - Despesa Não Operacional	R\$	699.757,34			
Resultado	R\$	126.669,06			
Isenção Tributária	R\$	(1.768.217,73)			
Superávit/Déficit	R\$	(1.641.548,67)			

### Quadro V

Descrição 	Atendimento Global100%	Atendimento Convênios 60%	Atendimento SUS 40%	
Faturamento	R\$ 24.464.910,79	R\$ 16.962.251,75	R\$ 7.502.659,04	
Custo	R\$ (22.523.267,67)	R\$ (13.926.720,94)	R\$ (8.596.546,73)	
Resultado	R\$ 1.941.643,12	R\$ 3.035.530,81	R\$ (1.093.887,69)	
Glosa	R\$ (1.876.025,04)	R\$ (1.876.025,04)	R\$ -	
Receita Operacional	R\$ 65.618,08	R\$ 1.159.505,76	R\$ (1.093.887,69)	
Receita - Despesa Não Operacional	R\$ 839.708,81	R\$ -		
Resultado	R\$ 905.326,89			
Isenção Tributária	R\$ (1.839.761,29)			
Superávit/Déficit	R\$ (934.434,41)			

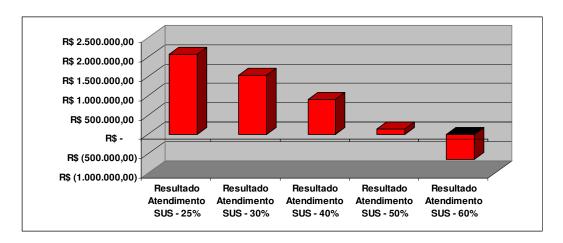
# Ano 2008 Quadro I

Situação Atual - Isenção Tributária						
Descrição	Atendimento Global	Atendimento Convênios	Atendimento SUS			
	100%	75%	25%			
Faturamento	R\$ 31.501.187,74	R\$ 24.773.273,49	R\$ 6.727.914,25			
. additionto	R\$ (29.693.191,92)	R\$ (22.269.893,94)	R\$ (7.423.297,98)			
Resultado	R\$ 1.807.995,82	R\$ 2.503.379,55	R\$ (695.383,73)			
Glosa	R\$ (3.077.147,99)	R\$ (3.077.147,99)	R\$ -			
Receita Operacional	R\$ (1.269.152,17)	R\$ (573.768,44)	R\$ (695.383,73)			
Receita - Despesa Não Operacional	R\$ 660.173,40	, , ,				
Resultado	R\$ (608.978,77)					
Isenção Tributária	R\$ (3.043.104,95)					
Superávit/Déficit	R\$ (3.652.083,72)					
Quadro II						
Situação Projetada - Diretrizes MS	L	_				
	Atendimento Global	Atendimento Convênios	Atendimento SUS			
	100%	40%	60%			
Faturamento	R\$ 29.359.406,73	R\$ 13.212.412,53	R\$ 16.146.994,20			
Custo	R\$ (29.693.191,92)	R\$ (11.877.276,77)	R\$ (17.815.915,15)			
Resultado	R\$ (333.785,19)	R\$ 1.335.135,76	R\$ (1.668.920,95)			
Glosa	R\$ (1.641.145,59)	R\$ (1.641.145,59)	R\$ -			
Receita Operacional	R\$ (1.974.930,79)	R\$ (306.009,83)	R\$ (1.668.920,95)			
Receita - Despesa Não Operacional	R\$ 615.287,89	R\$ -				
Resultado	R\$ (1.359.642,90)					
Isenção Tributária	R\$ (2.207.827,39)					
Superávit/Déficit						
	R\$ (3.567.470,28)					
Quadro III	(- 55 5,=5)					
Propostas – Funef						
	Atendimento Global	Atendimento Convênios	Atendimento SUS			
	100%	70%	30%			
Faturamento	R\$ 31.195.219,02	R\$ 23.121.721,92	R\$ 8.073.497,10			
Custo	R\$ (29.693.191,92)	R\$ (20.785.234,34)	R\$ (8.907.957,58)			
Resultado	R\$ 1.502.027,10	R\$ 2.336.487,58	R\$ (834.460,48)			
Glosa	R\$ (2.872.004,79)	R\$ (2.872.004,79)	R\$ -			
Receita Operacional	R\$ (1.369.977,69)	R\$ (535.517,21)	R\$ (834.460,48)			
Receita - Despesa Não Operacional	R\$ 653.761,18					
Resultado	R\$ (716.216,50)					
Isenção Tributária	R\$ (2.345.880,47)					
Superávit/Déficit	R\$ (3.062.096,97)					

## QUARO IV

Atendimento Global	Atendimento Convênios	Atendimento SUS
100%	50%	50%
R\$ 29.971.344,16	R\$ 16.515.515,66	R\$ 13.455.828,50
R\$ (29.693.191,92)	R\$ (14.846.595,96)	R\$ (14.846.595,96)
R\$ 278.152,24	R\$ 1.668.919,70	R\$ (1.390.767,46)
R\$ (2.051.431,99)	R\$ (2.051.431,99)	R\$ -
R\$ (1.773.279,75)	R\$ (382.512,29)	R\$ (1.390.767,46)
R\$ 628.112,32		
R\$ (1.145.167,43)		
R\$ (2.253.845,08)		
R\$ (3.399.012,51)		
		_Atendimento SUS
100%	60%	40%
R\$ 30.583.281,59	R\$ 19.818.618,79	R\$ 10.764.662,80
R\$ (22.523.267,67)	R\$ (17.815.915,15)	R\$ (11.877.276,77)
R\$ 8.060.013,92	R\$ 2.002.703,64	R\$ (1.112.613,97)
R\$ (2.461.718,39)	R\$ (2.461.718,39)	R\$ -
R\$ (2.461.718,39) R\$ (1.571.628,72)	R\$ (2.461.718,39) R\$ (459.014,75)	R\$ - R\$ (1.112.613,97)
		·
R\$ (1.571.628,72)	R\$ (459.014,75)	·
R\$ (1.571.628,72) R\$ 640.936,75	R\$ (459.014,75)	·
R\$ (1.571.628,72) R\$ 640.936,75 R\$ (930.691,97)	R\$ (459.014,75)	·
	100%  R\$ 29.971.344,16 R\$ (29.693.191,92) R\$ 278.152,24 R\$ (2.051.431,99) R\$ (1.773.279,75) R\$ 628.112,32 R\$ (1.145.167,43) R\$ (2.253.845,08)  R\$ (3.399.012,51)  Atendimento Global 100%  R\$ 30.583.281,59 R\$ (22.523.267,67)	R\$ 29.971.344,16 R\$ (29.693.191,92) R\$ (278.152,24 R\$ (2.051.431,99) R\$ (2.051.431,99) R\$ (2.051.431,99) R\$ (2.051.431,99) R\$ (2.051.431,99) R\$ (2.253.845,08) R\$ (3.399.012,51)  Atendimento Global 100% Atendimento Convênios 60%  R\$ 30.583.281,59 R\$ 19.818.618,79 R\$ (22.523.267,67) R\$ (17.815.915,15)

#### Gráfico I



Quando se analisa um hospital filantrópico, como o Hospital São Vicente, cuja filantropia não é feita pela porcentagem de pacientes atendidos, mas também pela aplicação em gratuidade de 20% de seu orçamento, percebe-se que isto somente é possível porque tem as isenções tributárias, quando as porcentagens de atendimento são superiores, 30%, 40%, 50% e 60% as possibilidades de sobrevivência das entidades decresce até atingir 60% e a inteira inviabilidade econômica.

No quadro I, o faturamento global do hospital em que o fator SUS (AIH) correspondeu a 25% dos atendimentos, e 75% de convênios ou particulares. No caso do faturamento SUS (AIH), obtendo-se um resultado liquido de R\$ 2.072.938,93, em que as isenções representaram R\$ 1.948.238,23 ou seja, R\$ 124.700,70 como resultado sem as isenções. Ou seja, para um hospital filantrópico há condições de viabilidade, e para um hospital privado isto é impossível, não haveria condições mínimas para investimento e crescimento. Quase 94% do orçamento no caso apresentado foram representados pelas isenções.

Nos quadros II III e IV são analisadas situações onde o faturamento SUS (AIH) representaria 30, 40,50 e 60% quando se verifica para 30 % das ocupações SUS (ou seja, AIH) um superávit de R\$ 350.048,28.

Verifica-se facilmente que a viabilidade decresce até atingir o patamar exigido pelos atos regulatórios governamentais com resultado negativo R\$ 648.240,79, aqui mesmo com as isenções seria impossível administrar um hospital.

No gráfico I, estão colocadas as diversas situações.

Tratam-se aqui para as porcentagens de AIH possíveis ou prováveis para as demais situações de AIHS, correspondentes aos hospitais Brasileiros, tipo Santas Casas ou Filantrópicos, sendo que grande parte desses hospitais atendem mais de 60% pelas AIHS, cuja inviabilidade econômica está demonstrada.

# POUPANÇA SAÚDE.

Nos Estados Unidos em 2003, as mudanças do MEDICARE criaram a Conta Poupança da Saúde, **investimento isento de impostos**.

A Participação é de funcionários e empregados, esse dinheiro será usado para pagar despesas médicas, mas, quando não utilizado poderá fazer parte da aposentadoria.

Os resultados dessa poupança são dos investidores funcionários, que terão as deduções correspondentes a sua utilização. Neste caso são os controladores do sistema porque lhes interessa controlar os gastos, utilizando de todos os meios possíveis para o binômio qualidade com a redução de custos. Os fundos serão geridos por um banco, ou empresa autorizada e responsabilidade governamental.

Já existe no Brasil projetos para um modelo de poupança, agregado ao sistema de previdência (PGBL) ( plano gerador de benefício livre), em que poderá haver redução de impostos pela utilização dos valores para pagamentos de assistência médica , porem este projeto atinge aqueles que possuem previdência privada, e há quem diga que ele estará à disposição em menor tempo do que se espera.

O plano aqui sugerido é diferente, porque substituiria os planos de saúde empresariais em que predomina o sistema de auto-gestão.

Se houver uma participação maciça dos empregadores hoje, no Brasil, haveria uma economia para o SUS extremamente importante, com redução de dependência de mais de 60.000.000 de reais ano,(atualmente 30.000.000 de pessoas estão em planos empresarias), entre funcionários e dependentes, e sobrariam recursos para o sistema.

Os saldos anuais seriam transferidos para usos posteriores, aposentadoria sem impostos, ou outras utilizações com as necessárias reduções.

No caso das intervenções de alta-complexidade, em que esses fundos podem ser insuficientes, caberia ao SUS a complementação. Essa poupança, para os funcionários poderia ser acrescida com os valores acima daqueles alocados com a participação da empresa. Para o sistema de saúde a economia resultante, considerando o gasto do SUS, que em 2009 foi de R\$ 59.519.469.731,00 para uma população de 191.812.239 habitantes, significando um valor precata de R\$ 310.30, a economia seria de mais de R\$ 18 bilhões de reais ou mais de 30% de seu orçamento (2009), aqui a grande diferença, o controle será exercido pelos interessados ou seja os poupadores, e porque não se comparar esta fórmula à sugestão de novos impostos não importando o seu nome.

Evidentemente que estes 18 bilhões de reais seria ônus governamental pois que dedutíveis do IR das empresas, mas representaria por outro lado uma reserva ou sobra de gastos do governo e repetindo, com condições de atuar quando necessário

A mudança de um plano de saúde para um sistema de poupança poderá representar uma diminuição de custos de até 1\3 para as empresas.

Essas mudanças transferem a solução de problemas da empresa para os funcionários para resolver intercorrências de saúde.

A escolha dos profissionais, dos hospitais, dos medicamentos genéricos, dos exames de alta complexidade, passa a ser dos funcionários, sempre visando a sua economia.

A maior participação das empresas, nesse processo, estará demonstrando uma preocupação com a saúde dos funcionários, que se traduzirá em maior produtividade, satisfação e menor índice de rotatividade. Está claro, pelas experiências de outros países que a poupança saúde não é processo completo, apenas viabiliza, de forma imediata, alguns dos parâmetros desejados, todavia não se pode deixar de buscar os outros parâmetros para se alcançar uma assistência médica qualificada e a custos compatíveis.

## **CONCLUSÕES:**



Para substituir o deserto, a imagem acima, um país belo, que se preocupa com a saúde de seus cidadãos.

São necessárias profundas modificações no Sistema de Assistência Médica Brasileira para evitar um colapso definitivo para os Hospitais, sobretudo os filantrópicos que atendem pelo Sistema AIH e desta forma oferecerem maior qualidade nos atendimentos.

Segundo a Federação Brasileira de Hospitais no período entre 2007-2009, foram retirados do Sistema SUS, 3.129 leitos. Foram desvinculados do Sistema 1082 hospitais em 10 anos, a maioria deles são hospitais de pequeno número de leitos (50), que buscam a sua ocupação pela utilização de convênios, mas que não conseguem esse objetivo e se encaminham para a falência.

Também a assistência médica complementar está comprometida. Os altos custos da tecnologia inviabilizam os planos de saúde. È necessária uma ação

conjunta e tri-partide, com a participação da ANS para evitar que a inviabilidade se concretize. Isto representaria um represamento em direção ao SUS e esse modelo seria ainda pior. Se os orçamentos atuais são insuficientes à situação ficaria insustentável. Existem ações que podem ser tomadas, intensificadas, de todos os participantes para que o binômio - qualidade com redução de custos seja real.

As mudanças propostas dependem também do Governo que precisa impedir o caos. As leis precisam ser mudadas. Estudos profundos realizados. Racionalmente o problema não é de orçamento ou de gestão e mesmo dos dois, ou seja orçamento com qualidade de gestão no sistema atual não é solução. È preciso querer, é preciso definição política de gente séria. Há varias formas para se atingir esse objetivo, mas dependem de esforços conjuntos.

As sugestões aqui delineadas representam experiências de outros países cujos resultados são utilizados para formular uma nova política.

À mesa de negociação devem sentar-se todos os players do Sistema de Saúde, dentro do princípio do ganha-ganha para as entidades participantes, mas cujo maior interessado o cidadão possa receber uma assistência médica de qualidade com custos reduzidos. Nas paginas anteriores estão colocados parâmetros que podem iniciar esse diálogo, seja como um plano piloto, mas para que resultados sejam reais, precisam alcançar toda a população.

## sumário:

- 1. PARA A MEDICINA SUPLEMENTAR
- 2. PARA A ASSISTENCIA PÚBLICA.

Vejamos primeiro que alterações possibilitaria as empresas operadoras e prestadores alcançarem o fim comum que é a sobrevivência e aos cidadãos medicina de qualidade e a preços justos e a seguir um resumo do que se pode alterar no quadro da assistencia médica pública.

# CONCLUSÕES-MED.SUPLEMENTAR

1.AUDITORIA COMUM-Px0P.
2.PROTOCOLOS MÉDICOS
3.ACREDITAÇÃO
4.HONORÁRIOS ADEQUADOS
5.CREDENCIAMENTOS TÉCNICOS
6.SERVIÇO DE PREVENÇÃO.
7.CLINICAS RESOLUTIVAS.
8.TRANSPARENCIA
INFORMAÇÕES.

P(prestadores) OP(operadoras

1.Claramente agregar valor ao atendimento médico, e se constituírem as clinicas resolutivas são passos definitivos e futuros para a Assistência Médica e serão marcos para resolver o problema, todavia já é possível ensaiar alguns passos enquanto a cultura dos prestadores e das operadoras não se estabelece.

Enquanto a política de prevenção não for projeto prioritário, embora tenha que ser basicamente uma meta, alguns parâmetros podem ser identificados e imediatamente estimulados.

Alguns desses parâmetros como prontuário eletrônico, acreditação hospitalar, pacotes, protocolos médicos, utilização de materiais de menor custo e medicamentos genéricos podem ser utilizados, com auditoria comum aos prestadores e operadoras, evitando as glosas. As operadoras credenciando profissionais de melhor qualidade, participando da seleção de fornecedores para obter preços condizentes. Os hospitais precisam estruturar o seu setor de custos. A transparência nas informações é fundamental para a conquista da confiabilidade. Precisamos todos influir e participar nas decisões baseadas nos conhecimentos para se obter um sistema de pagamento que espelhe a realidade e considere fatores aliados ao custo para serem reais, como as co-morbidades e idade da população. Uma operadora precisa verificar a qualidade da entidade prestadora, valorizá-la pelos resultados, pela segurança dada aos pacientes e não aceitar credenciamentos pelo custo enganoso, que na verdade sem os critérios aqui expostos significam maiores custos. As diárias deverão ser revistas, atualizando-as, valorizando-as.

2. Enquanto a cultura de nossa população não se alterar para que se entenda que não há maior interessado pela saúde do que a própria população, enquanto o sistema de poupança não encontrar o apoio legal, as medidas acima permitirão a viabilidade dos sistemas de saúde no Brasil por algum

tempo. Todavia ressalte-se que não se trata, repito, de apenas mudar as formas de pagamentos aos prestadores de serviço(AIH para DRG),ou criando-se a poupança saúde, que terá tempo de ação muito curto se as medidas aqui discutidas não forem amplamente aceitas e executadas: Serviços de Prevenção efetivos e aplicados universalmente, reduzindo as morbidades, criação das redes resolutivas baseadas em medicina de resultados, centros de especialidades acessíveis à população, gestão profissional das entidades prestadoras de serviços com exigências de resultados através de metas claras a serem atingidas, há que se ter profissionais médicos com preocupação de exercer a medicina, em que os seus honorários sejam adequados, mas que dependam apenas de seu trabalho e não de atividades comerciais outras. Temse demonstrado que a assistência pública, na forma de parceria público-privada tem sido comprovadamente mais eficaz, como se observa hoje nos Estados que adotam essa política, como São Paulo.



AIH (SUS) DRG (grupo relacionado de diagnóstico)

## REFERÊNCIAS

- 1. JÚNIOR, Escrivão, Álvaro; Koyana, F., Marcos; Ciência e Saúde Coletiva, FGV (Volume 12, numero 4 Julho/agosto 2007, Rio de Janeiro).
- 2. LOTHEMBERG, Claudio; Tendências e Debates, Folha de São Paulo, 25 de março de 2009.
- 3. CHRYSTENSEN, Clayton; GROSMAN, J.; HWANG, Jason; Inovação em Gestão de Saúde, Editora ARTMED.
- 4. Cedars Sinai Doctors Cling to Pen and Paper, Washington Post, March 21, 2006, pg. A01
- 5. MATOS, Afonso J.; Apuração dos custos hospitalares. Alta e média complexidade 003/99 Planisa, São Paulo
- 6. LA FORGIIA, Gerard; COUTOLENC, Bernard F.; Desempenho Hospitalar no Brasil. Editora Singular, 2008.
- 7. HERZLINGER, Regine; (Harvard) : Hospitais podem aprender com Mc Donald's. Jornal Gazeta Mercantil, 29 de agosto de 1997.
- 8. Medical Tourism: Sun ,Sand and Scalpels. The Economist, March, 8, 2007, pag 62
- 9. MELO, Isaldo: Inovando na relação entre operadoras e prestadores, RioMed, fev. 2004.
- 10. WOUTEERS, Annemarie; BENNETT, Sara; LEIGHTON, Charlotte,1998. Alternative provider payment methods: incentives for improving health care delivery. PHR primer for policymakers series, Betseda, MD em http://www.phrplus.or.Pubs/pps1.pdf