



universidad  
de león

**DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN Y ECONOMÍA DE LA  
EMPRESA**

***Estudio del comportamiento y resultados  
del sistema sanitario con ánimo de lucro en  
Brasil***

**AUTOR: PAULO RICARDO SILVA FERREIRA**

León

Octubre, 2011





universidad  
de león

DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN Y ECONOMÍA DE LA  
EMPRESA

*Estudio del comportamiento y resultados del sistema  
sanitario con ánimo de lucro en Brasil*

Doctorando: ***Paulo Ricardo Silva Ferreira***

Directores: ***Dr. José Miguel Fernández  
Fernández***

Catedrático de Economía Financiera  
y Contabilidad  
Universidad de León (España)

***Dr. Juan Ventura Victoria***

Catedrático de Organización de  
Empresas Universidad de Oviedo  
(España)

León

Octubre, 2011





**INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS<sup>1</sup>**

Los Dr. D. JOSÉ MIGUEL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ y D. JUAN VENTURA VICTORIA como Directores<sup>2</sup> de la Tesis Doctoral titulada “Estudio del comportamiento y resultados del sistema sanitario con ánimo de lucro en Brasil” realizada por D. PAULO RICARDO SILVA FERREIRA en EL Departamento de Dirección y Economía de la Empresa, informan favorablemente el depósito de la misma, dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmamos, en León a 4 de octubre de 2011

Fdo.: José Miguel Fernández Fernández    Fdo.: Juan Ventura Victoria

---

<sup>1</sup> Solamente para las tesis depositadas en papel.

<sup>2</sup> Si la Tesis está dirigida por más de un Director tienen que constar los datos de cada uno y han de firmar todos ellos.





universidad  
de león

## ADMISIÓN A TRÁMITE DE LA TESIS DOCTORAL<sup>3</sup>

El Departamento de Dirección y Economía de la Empresa en su reunión celebrada el día de de 2011 ha acordado dar su conformidad a la admisión a trámite de lectura de la Tesis Doctoral titulada “Estudio del comportamiento y resultados del sistema sanitario con ánimo de lucro en Brasil”, dirigida por el Dr. D. José Miguel Fernández Fernández y el Dr. D. Juan Ventura Victoria, elaborada por D. Paulo Ricardo Silva Ferreira, y cuyo título en inglés es el siguiente “Research on behavior and results in the profit health system in Brazil”.

Lo que firmo, en León a de de 2011.

La Secretaria,

Fdo.: Pilar Sierra Fernández

Vº Bº  
El Director del Departamento/

Fdo.: Mariano Nieto Antolín

<sup>3</sup> Solamente para las tesis depositadas en papel.





## AGRADECIMENTOS

Aos meus amores, Angelita Luizetto Walter, Paula, Daniela e Ramon Ferreira, meus pais, familiares, amigos e “gentes”. Aos meus professores, em especial professores doutores Juan Ventura Victoria e José Miguel Fernández Fernández que, com muita paciência, permitiram a finalização desta tese. Aos médicos que com seu conhecimento possibilitaram a minha continuidade. Ao querido amigo bolsista Fabrício Badalotti que demonstrou suas competências e notável dedicação me auxiliando.

Agradeço através do pensamento de Rudyard Kipling em seu poema imortal:

*“Se és capaz de manter a tua calma quando  
Todo o mundo em redor já a perdeu e te culpa,  
De crer em ti quando estão todos duvidando  
E para esses, no entanto, achar uma desculpa;  
Se és capaz de esperar sem te desesperares,  
Ou, enganado, não mentir ao mentiroso,  
Ou, sendo odiado, sempre ao ódio te esquivares,  
E não parecer bom demais, nem pretensioso;  
Se és capaz de pensar – sem que a isso só te atires;  
De sonhar – sem fazer dos sonhos teus senhores;  
Se, encontrando a Desgraça e o Triunfo, conseguires  
Tratar da mesma forma a esses dois impostores;  
Se és capaz de sofrer a dor de ver mudadas  
Em armadilhas as verdades que disseste  
E as coisas, por que deste a vida, estraçalhadas,  
E refazê-las, com o bem pouco que te reste;  
Se és capaz de arriscar numa única parada  
Tudo quanto ganhaste em toda a tua vida,  
E perder e, ao perder, sem nunca dizer nada,  
Resignado, tornar ao ponto de partida:  
De forçar coração, nervos, músculos, tudo  
A dar seja o que for que neles ainda existe,  
E a persistir assim, quando exausto, contudo  
Resta a vontade em ti, que ainda ordena: Persiste!  
Se és capaz de, entre a plebe, não te corromperes;  
E, entre reis, não perder a naturalidade,  
E de amigos, quer bons, quer maus, te defenderes;  
Se a todos podes ser de alguma utilidade;  
Se és capaz de dar, segundo por segundo,  
Ao minuto fatal todo o valor e brilho;  
Tua é a Terra com tudo o que existe no mundo,  
E – o que ainda é muito mais – és um HOMEM, meu  
filho!”*



## RESUMO

Diante das dificuldades encontradas nos serviços de saúde no Brasil a queixa constante dos gestores é a falta de dinheiro para o desenvolvimento projetos e dos hospitais. A gestão da saúde a mais de um século assumiu uma tarefa voltada à busca de recursos e quase nada de controles e formação de administradores. O que esperamos dos gestores da saúde é simplesmente um trabalho preventivo e recuperador eficiente ao nosso povo. Motivado por meus orientadores e pela oportunidade em não deixar de contribuir para a melhora da situação decidimos realizar este estudo. Utilizamos uma metodologia que envolveu pesquisas teóricas e de campo que correlacionadas à experiência profissional de mais de duas décadas junto a saúde possibilitou sugerir uma nova visão estratégica aos gestores. Esta tese foi organizada em seis capítulos que possibilitam perceber em uma linha de tempo, que inicia no século XIX, a origem e modelos atuais de gestão na saúde através do foco em hospitais. Temas como o histórico da saúde na América Latina e Brasil, evolução, criação do Sistema Único da Saúde, seguros suplementares, informações de indicadores de saúde, informações gerencias dos hospitais e o estudo dos cenários atuais (2010) permitiu chegar às indicações constantes no final deste trabalho. Duas décadas de estudos bem orientados e fundamentados nos encoraja a afirmar que é necessário investir em medicina familiar, trabalhar focado em acordos participativos entre comunidade, hospitais e profissionais da saúde. Operar com gestão de custos baseados em protocolos e evidências médicas trará um resultado extraordinário aos envolvidos na saúde.

**PALAVRAS CHAVES:** Gestão em saúde, estratégia hospitalar, dimensões organizacionais, financiamento da saúde, saúde no Brasil, operadoras da saúde, planos de saúde, financiamento da saúde, hospitais, medicina familiar.

## *RESUMEN*

Debido a las dificultades encontradas en los servicios de salud en Brasil, la queja constante de los gestores es la falta de dinero para el desarrollo de proyectos y el mantenimiento de los hospitales. La gestión de la salud desde hace más de un siglo se ha centrado en la búsqueda de recursos y casi nunca en el establecimiento de controles y en la formación de los administradores. Lo que se espera de los gestores de la salud es simplemente un trabajo preventivo y eficiente para el pueblo. Motivado por mis orientadores y por la oportunidad de contribuir a la mejora de la situación descrita, decidimos realizar este estudio. Utilizamos una metodología que consistió en investigaciones teóricas y de campo que, conjuntamente con mi experiencia profesional de más de dos décadas trabajando en el sistema sanitario, permitió sugerir una nueva visión estratégica a los gestores. Esta tesis está organizada en seis capítulos que permiten percibir en una línea de tiempo, que empieza en el siglo XIX, el origen y los modelos actuales de gestión en la salud poniendo el énfasis en los hospitales. Temas como la evolución histórica de la salud en América Latina y Brasil, la creación del Sistema Único de la Salud, los seguros suplementarios, la utilización de indicadores de salud, informaciones obtenidas de las gerencias de los hospitales y el estudio de los escenarios actuales, permitió llegar a las conclusiones al final de este trabajo. Dos décadas de estudios rigurosos nos permite afirmar que es necesario invertir en medicina familiar y trabajar poniendo el foco en acuerdos participativos entre comunidad, hospitales y profesionales de la salud. Administrar basándose en sistemas de gestión de costes, traerá un resultado extraordinario para el sistema sanitario.

**PALABRAS CLAVE:** Gestión de la salud, estrategia hospitalaria, dimensiones organizacionales, financiación de la salud, salud en Brasil, operadoras de la salud, planes de salud, financiación de la salud, hospitales, medicina familiar.

## TABELAS

TABELA 1 – Indicadores Gerais da América Latina - 1993 .....	23
TABELA 2 - Gastos com Saúde na América Latina e Caribe como % do PIB - 1990...	25
TABELA 3 - Indicadores de Gastos com Saúde - Países Selecionados da América Latina e Caribe.....	27
TABELA 4 - Magnitude dos Fundos Sociais de Emergência e Inversão Social .....	32
TABELA 5 - Gastos do Governo Central com Saúde como % do PIB .....	36
TABELA 6 - Perfil e a relação entre os valores cobrados e os contratos firmados com os clientes .....	82
TABELA 7 - Relação entre faixa etária e uso dos serviços assistenciais.....	85
TABELA 8 - Número de Usuários de Planos de Saúde por Faixa Etária em Relação à Lei 9656/98.....	96
TABELA 9 - Principais Resoluções Emitidas pelo Conselho de Saúde Suplementar no início da regulamentação do Setor de Saúde Suplementar.....	97
TABELA 10 - A CONTA DA SAÚDE - Quanto as empresas gastam por ano para dar assistência médica a seus funcionários - em US\$ por empregado .....	102
TABELA 11 - Despesas Internacionais Públicas em Saúde .....	148
TABELA 12 - Número de Hospitais Públicos e Privados no Brasil por Estado.....	150
TABELA 13 - Gastos da União com Hospitais / Por Estado / Segundo Categoria .....	152
TABELA 14 – Utilização Por Tipo de Serviço.....	153
TABELA 15 - Composição por Segmento - Brasil.....	154
TABELA 16 - Composição do Mercado - Grande Porto Alegre .....	156
TABELA 19 - Dados Econômicos por Hospital .....	171
TABELA 19 - Organização do Instrumento de Coleta de Dados .....	180
TABELA 20 - Caracterização Geral da Amostra.....	185
TABELA 21 - Percepção do Entrevistador sobre a resposta do Entrevistado .....	186
TABELA 22 – Perfil dos Profissionais que responderam o questionário .....	186
TABELA 23 - Distribuição da população e do PIB do Brasil por região geográfica ...	221
TABELA 24 - Evolução do Número de Beneficiários e Receitas de Planos Médico-Hospitalares .....	222
TABELA 25 – População ocupada e renda.....	223

TABELA 26 - Beneficiários, a receita de contraprestações das operadoras e a Sinistralidade por modalidade de Operadora de Planos de Saúde.....	224
TABELA 27 – Número de Beneficiários e valor das contraprestações .....	225

## *GRÁFICOS E FIGURAS*

FIGURA 1 - Situação Antes e Depois da Regulamentação .....	94
GRÁFICO 1 - Gastos com a Saúde no Rio Grande do Sul .....	158
FIGURA 2 - Mapa Geográfico do Estado do Rio Grande do Sul e a Localização dos Locais de Coleta de Dados. ....	184
FIGURA 3 - Modelo para elaboração da estratégia do Hospital 10.....	213
FIGURA 4 - Crescimento entre setembro de 2007 e setembro de 2008 .....	226

# SUMÁRIO

RESUMO .....	11
RESUMEN .....	12
TABELAS .....	13
GRÁFICOS E FIGURAS .....	14
SUMÁRIO .....	15
INTRODUÇÃO .....	17
CAPÍTULO 1 .....	21
O Sistema de Saúde na América Latina e o Sistema de Saúde Brasileiro.....	21
1.1 Organização e Financiamento da Saúde na América Latina -1993/2005.....	23
1.1.1. Financiamento da Saúde na América Latina e Caribe.....	29
1.1.2. O Impacto da Crise no Financiamento da Saúde.....	34
1.1.3. Situações ainda Contraditórias e Básicas .....	38
1.2. O Sistema de Saúde Brasileiro .....	45
1.2.1. Contextualização Histórica no Final do Século XIX .....	45
1.2.2. A Situação da Saúde Populacional .....	46
1.2.3. Assistência Hospitalar Pública .....	48
1.2.4. Assistência Individual.....	48
1.2.5. A partir da Primeira Guerra Mundial .....	49
1.2.6. Previdência Social .....	50
1.2.7. O Contexto dos Anos Trinta.....	54
1.2.8. Capitalização dos Recursos .....	57
1.2.9. Dos Anos Trinta aos Sessenta .....	59
1.2.10. Lei Orgânica da Previdência Social e a Unificação dos IAPs.....	61
1.2.11. Dos Anos Setenta aos anos Noventa .....	63
1.2.12. O Movimento da Reforma Sanitária.....	65
CAPÍTULO 2 .....	77
Os Seguros Suplementares de Saúde no Brasil .....	77
2.1. Formação e Base Jurídica dos Seguros Suplementares .....	79
2.2. As Modalidades de Planos Oferecidos .....	99
2.3 O Mercado de Saúde Suplementar .....	101
2.4 Tendências do Sistema Privado de Saúde .....	103
CAPÍTULO 3 .....	109
A Gestão Hospitalar no Século XXI.....	109
Gestão hospitalar no Brasil e seus fatores inerentes.....	109
3.1 - Possibilidades de Organização do Sistema .....	111
3.2 - Modalidades de Pagamento pelos Serviços de Saúde.....	113
3.3 – A Cobrança dos Serviços Hospitalares.....	117
3.3.1 - DIÁRIAS.....	118
3.3.2 - USO DE SALAS.....	121
3.3.3 - SERVIÇOS DE ENFERMAGEM .....	124

3.3.4 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA.....	131
3.3.5 - EQUIPAMENTOS ESPECIAIS .....	132
3.3.6 - EQUIPAMENTOS.....	137
3.3.7 - Outros Serviços de Emergência .....	147
3.4 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A GESTÃO HOSPITALAR.....	148
3.4.1 Os Modelos de prestação de Serviço na Área da Saúde.....	159
3.5. Panorama de negócios do setor .....	167
Capítulo 4 .....	177
Análise Empírica dos Resultados dos Hospitais do Rio Grande do Sul.....	177
4.1. Metodologia.....	179
4.1.1 Caracterização do instrumento de coleta de dados.....	180
4.2. Caracterização da amostra .....	183
4.3 Limitações do Estudo .....	188
4.4 Análise Empírica .....	189
Capítulo 5 .....	219
Cenários Atuais .....	219
Cenários Atuais .....	221
Competitividade no Setor .....	224
Capítulo 6 .....	227
Considerações Finais .....	227
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	229
Realidade dos Hospitais .....	230
Sobre a Gestão em Saúde .....	231
Maus gestores, péssimos resultados. ....	232
Devaneios de um doutorando .....	235
Meu desafio .....	236
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....	237
FONTES NA INTERNET.....	244
APÊNDICE A - Questionário para análise empírica de Hospitais	
Avaliação de Hospitais .....	245
ÍNDICE EN ESPAÑOL .....	251
RESUMEN Y CONCLUSIONES EN ESPAÑOL .....	253
A. INTRODUCCIÓN AI TEMA.....	255
B. COMO SE ORGANIZÓ ESTE TRABAJO .....	258
C. ESTUDIO DE LA BASE JURÍDICA LEGAL Y DE GESTIÓN DE LOS PLANES DE SALUD .....	260
D. LA GESTIÓN DE LOS HOSPITALES.....	270
E. LOS ESCENARIOS ACTUALES DE LA SALUD.....	285
F. PRINCIPALES CONCLUSIONES ENCONTRADAS .....	288



## INTRODUÇÃO

O objetivo desta tese é compreender como os hospitais do Brasil, pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, Estado mais organizado, percebem o comportamento e resultado alcançado pelas empresas que administram Planos e Seguros de Assistência à Saúde privados, operadores da assistência médica supletiva, de tal forma que permita aos seus diretores tomar decisões estratégicas.

O estudo pretende demonstrar a importância em compreender como os financiadores, governo e operadoras de planos privados de saúde estão organizados, e se existem coerência e nexos entre a gestão dos hospitais e as tendências do mercado.

Os hospitais recebem seus honorários através de tabelas negociadas com as administradoras que, por possuírem poder econômico muito superior, determinam os valores e prazos para pagamentos. Esperamos que este trabalho ofereça dados e informações que contribuam na estratégia para sanear e desenvolver os nosocômios do Brasil, diminuindo as distâncias sócio-econômicas entre hospitais e financiadores suplementares.

A explosão das empresas de convênio e seguro coincidiu com o desmanche do Estado (anos 90) em geral da saúde pública em particular. Há quase uma década os planos privados eram sinônimos de privilégio e atingiam apenas 14 milhões de brasileiros, ou menos de 10% da população da época. De lá para cá, esse número quase triplicou, ficando perto dos 40 milhões. A saúde privada no Brasil atual é negócio de gente grande. Seu faturamento é maior do que a Wolks e a Ford somadas ou o dobro do faturamento da indústria de computação, IBM e Compaq, inclusive. As empresas de saúde tiveram uma fase de crescimento selvagem, quando praticavam uma versão branca de estelionato, produzindo contratos com uma letra tão miúda que o cliente não fazia idéia do que estava assinando, pois só seria capaz de ler o documento com o auxílio de uma lupa.

Em nossa sociedade brasileira, maniqueísta, encontramos-nos divididos entre exploradores e explorados; hospitais, usuários e administradoras de planos de saúde assumem ambos os papéis. A sociedade divide-se não sabendo se existe realmente falta de dinheiro e/ou erros de gestão e/ou fraudes e/ou exploração da miséria humana. Mas a

legislação brasileira vem tendo inegáveis avanços, inicialmente a Lei 8.078/89 criou o Código de Defesa do Consumidor, onde claramente melhoraram as regras de relacionamento entre usuários, planos de saúde e fornecedores dos serviços, tornando-as mais éticas. Posteriormente a Lei 9.656/98 regulamentou as atividades das operadoras de planos e seguros privados de saúde. Em 2000 a Lei 9.961/00 cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

É importante ressaltar que o equilíbrio é o ideal, nem sempre o consumidor, no caso usuário do Plano de Saúde está com a razão, nem os hospitais são sempre prejudicados. Não se deve tirar do indivíduo a responsabilidade pelos seus atos e escolhas, sob pena de se ter uma sociedade imatura para o consumo. Hoje, o usuário de acordo com suas necessidades e possibilidades, tem muitas opções no mercado de consumo, embora o ideal para o Brasil, o justo, o almejado, seria o Poder Público (que já recebe para tanto, através dos vários impostos, taxas e contribuições) arcasse com os ônus da saúde do cidadão, conforme garantia constitucional, artigo 196 da Constituição Nacional. Ocorre que, por incompetência, desvios, etc., não consegue, através do SUS (Sistema Único de Saúde), atender todos os seus contribuintes, com dignidade e excelência merecida.

Diante deste cenário, abre-se um vasto campo para a necessária atuação da iniciativa privada, que por princípio visa o lucro, o que é legítimo e salutar. A classe social que consegue pagar por planos privados, a fim de evitar as filas do SUS, passa a exigir dos planos de saúde ressarcimento pelo atendimento, com coberturas amplas, irrestritas, mesmo para aqueles procedimentos médicos de alto valor. A consequência deste quadro é a falência de vários planos e também o fechamento de inúmeros hospitais.

Aparecem então as grandes seguradoras e operadoras, revelando uma tendência monopolista, que ensejará, por certo, a elitização da saúde, restringindo ainda mais seu acesso e aumentando a pressão sob os hospitais.

De um lado as Administradoras de Planos de Saúde e Seguradoras com seus “clientes”, do outro a sobrevivência dos Hospitais, todos tentando permanecer no mercado prestando seus serviços, conservando a alta tecnologia e o bom serviço.

Trata-se de um estudo em uma área privada da Saúde que movimenta 10,0 bilhões de reais por ano, e gastam 8,6 bilhões de reais em atendimentos, 39 milhões de beneficiários distribuídos em 870 empresas operadoras no Brasil. (1)

No Estado do Rio Grande do Sul, objeto do estudo, são 973.548 beneficiários de uma população de 10.181.749, ou seja, 9,6% da população. A média/Brasil de usuários de Planos e Seguros privados da saúde é de 17,0% de uma população de 169.590.693 pessoas. (1)

Este trabalho foi organizado em *quatro partes*. Na primeira parte estudamos o **Sistema de Saúde**, contendo dois capítulos; na segunda **A Gestão Hospitalar no Século XXI**, contendo um capítulo, na terceira uma **Análise Empírica dos Resultados no Estado do Rio Grande do Sul**, contendo um capítulo e na quarta parte **Cenários Atuais**, contendo um capítulo, finalizamos tecendo **considerações finais**.

O PRIMEIRO CAPÍTULO trata de uma análise na década dos anos 90, origem de toda legislação atual, em que descrevemos sobre o sistema de saúde Latino Americano e Brasileiro: como estava organizado; os impactos e situações contraditórias. Realizamos um resgate histórico desde o Século XIX até o movimento da reforma sanitária já no novo Século (2004). O SEGUNDO CAPÍTULO define o funcionamento dos Seguros Suplementares de Saúde no Brasil, sua formação, modalidades de planos oferecidos, o mercado suplementar e tendências do sistema privado. O TERCEIRO CAPÍTULO serviu para uma profunda análise sobre a gestão hospitalar no Brasil e seus fatores inerentes como: possibilidades de organização; modalidades de pagamento; cobrança dos serviços hospitalares; o Sistema Único de Saúde – SUS e o panorama dos negócios. No QUARTO CAPÍTULO organizamos uma pesquisa onde analisamos os modelos estratégicos teóricos e de gestão utilizados pelos hospitais do Rio Grande do Sul. No QUINTO CAPÍTULO buscamos os dados atuais disponibilizados em fontes oficiais, possibilitando atualizar o estudo e verificar os indicadores que permitem analisar os Cenários nos anos 2006 a 2008.

Finalmente no SEXTO e último CAPÍTULO, baseado neste estudo, podemos tecer considerações que poderão orientar a gestão dos hospitais no Brasil nos próximos anos, possibilitando aos diretores e gestores, alternativas de gestão, mudando o quadro atual em que os financiadores definem como, quando e quanto, desejam pagar pelos serviços prestados.



## *CAPÍTULO 1*

---

*O Sistema de Saúde na América Latina e o Sistema de Saúde Brasileiro*



## 1.1 ORGANIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA -1993/2005

Os países da América Latina formam uma área territorial de aproximadamente 20 milhões de quilômetros quadrados. Na sua grande maioria são economias em desenvolvimento marcadas, no passado, por eras coloniais nas quais poucas foram as iniciativas para o desenvolvimento local.

A assistência à saúde na América Latina é precária e disforme. Muitos são os fatores formadores da realidade vivida atualmente pelos países formadores deste continente. A forma como ocorreu a colonização destas terras e as atitudes dos governantes e seus posicionamentos políticos contextualizam os sistemas de saúde destes países.

A América Latina é formada por países muito díspares em termos culturais e sócio-econômicos. Atualmente, milhões de pessoas estão sem a garantia de atendimento em caso de doença. Como consequência, temos mortes que poderiam ser evitadas.

**TABELA 1 – Indicadores Gerais da América Latina - 1993**

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>INDICADOR</b>
População (1991)	445,3-milhões
Urbanização	1950 – 60% 1990 – 30%
PNB- per capita- 1991	US\$ 2,390 (a)
PNB- taxa média de crescimento anual (1980-1990)	-0,3 (a)
Taxa média de inflação (1970-1980)	3,1(a)
Dívida Externa (% do PIB)	1980 - 35,1 (a) 1991 – 41,3 (a)
PIB – variação acumulada (1981-1990)	-8,9%

Fonte: Adaptado de Word Bank. Convenções: a - média ponderada. 1993.

Observando os dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde sobre os indicadores básicos como a mortalidade infantil da América Latina (44 por mil),

percebe-se que os mesmos mostram-se mais elevados que dos continentes mais desenvolvidos, mantendo-se abaixo dos níveis mundiais (53 por mil). A crise pela qual os países desta região passaram nos anos 90 provocou uma reestruturação na forma como o Estado abordou a questão social e seu posicionamento diante da atenção à saúde. A “onda neoliberal” atingiu em cheio os sistemas e serviços de saúde locais.

No Chile, por exemplo, o Estado assumiu um papel mais controlador, reformulando seu modelo de atenção. Estratificou a proteção social em função de sua lógica econômica. Os seguros privados propiciaram uma cobertura de 19%, o que representou 50% do total de gastos com saúde (FLEURY, 1995). Temos, então, que 81% da população ficou com o investimento da outra metade da verba, justamente a parcela da população mais pobre e excluída.

No Brasil, como veremos com profundidade em seguida, na década de setenta começa um movimento para democratização da saúde que ficou conhecido como Movimento Sanitarista no qual uma das principais reivindicações era que houvesse um sistema de saúde que garantisse acesso a toda a população aos serviços de saúde que passariam a ser bancados pelo Estado. Ou seja, o Estado teria o papel não só de regulador, mas também de provedor de serviços.

No caso do Uruguai, que em meados dos anos 50 apresentava a menor taxa de mortalidade da América Latina, a população também carece de cobertura total aos problemas de saúde. De acordo com seu instituto nacional de estatística, cerca de 12% da população não tem cobertura nenhuma em caso de doença. O setor privado e o setor público abarcam 48% da população. Interessante notarmos que esses números de cobertura mudam se compararmos a população urbana e a rural.

De acordo com o relatório da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS (1998), os números da taxa de mortalidade infantil na América Latina diminuíram em 80% se compararmos o período de 1950-1955 com o período de 1990-1995 no Chile, Costa Rica e Cuba. No Brasil, Argentina, Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru, República Dominicana, Uruguai e na Venezuela a diminuição dos índices giram em torno de 60% e 79%. Na Bolívia e no Paraguai as taxas obtiveram um decréscimo que variou entre 40% e 49%.

De maneira geral podemos observar que a América Latina apresenta países com características de desenvolvimento. Desenvolvimento esse experimentado com mais



contundência nos anos de 1940 a 1990. Ao observarmos os indicadores sociais dos países componentes, percebe-se que esse crescimento de 5 décadas não garantiu o desenvolvimento social esperado. Tokman (1991) defende que o gasto social pode contribuir para a diminuição da pobreza na medida em que possibilita acesso a serviços de assistência e melhora das condições de vida.

A América Latina e o Caribe se encontram em larga desvantagem quanto a magnitude do gasto com saúde comparado aos países desenvolvidos. No entanto, dentre as outras regiões, sua magnitude quanto ao gasto com saúde só é menor que a das sociedades ex-socialistas, o que põe a região em grande vantagem frente às demais áreas subdesenvolvidas do planeta.

No entanto, apresentam-se, também, como regiões de grande heterogeneidade, onde o gasto per-capta com saúde (1990) pode variar entre US\$ 35,00 (Bolívia) e US\$ 138,00 (Argentina), segundo o World Development Report do Banco Mundial, de 1993, (WDR93) ou entre US\$ 27,00 (Haiti) e US\$ 701,00 (Ilhas Cayman) segundo outro estudo realizado pelo Banco Mundial.

A tabela 2 propicia uma visão geral dessa heterogeneidade nas duas versões, mostrando a quantidade do gasto em relação ao PIB em distintos países da Região. Destacam-se as diferença quanto à magnitude do gasto privado, onde o estudo de Govindaraj et alii, a partir de dados coletados pela OPS, chega a um valor superior a 100% em termos de percentual do PIB para os países da América Latina e Caribe.

**TABELA 2 - Gastos com Saúde na América Latina e Caribe como % do PIB - 1990**

<b>PAÍSES</b>	<b>Gasto Total (WDR93)</b>	<b>Gasto Total (Govindaraj et alii)</b>	<b>Gasto Público (WDR93)</b>	<b>Gasto Público (Govindaraj et alii)</b>	<b>Gasto Privado (Govindaraj et alii)</b>	<b>Gasto Privado (Govindaraj et alii)</b>
<b>Argentina</b>	4,2	9,6	2,5	5,9	1,7	3,7
<b>Barbados</b>	5,0	6,2	3,3	3,3	1,7	2,9
<b>Belize</b>	5,8	5,8	3,4	3,4	2,4	2,4
<b>Bolívia</b>	4,0	5,5	2,4	2,4	1,6	3,1
<b>Brasil</b>	4,2	6,4	2,8	2,8	1,4	3,6
<b>Ilhas Cayman</b>	3,8	4,0	2,0	2,0	1,8	2,0
<b>Chile</b>	4,7	7,3	3,4	3,4	1,4	3,9
<b>Colômbia</b>	4,0	5,1	1,8	3,0	2,2	2,2
<b>Rep. Domin.</b>	3,7	5,7	2,1	2,1	1,6	3,6

<b>Equador</b>	4,1	3,7	2,6	2,6	1,6	1,1
<b>El Salvador</b>	5,9	5,9	2,6	2,6	3,3	3,3
<b>Guatemala</b>	3,7	5,0	2,1	2,1	1,6	2,9
<b>Haiti</b>	7,0	7,0	3,2	3,2	3,8	3,8
<b>Honduras</b>	4,5	5,7	2,9	2,9	1,6	2,8
<b>Jamaica</b>	5,1	9,4	3,4	3,6	1,7	5,8
<b>México</b>	3,2	5,5	1,6	3,1	1,6	2,4
<b>Nicarágua</b>	8,6	7,9	6,7	6,7	1,9	1,2
<b>Panamá</b>	7,1	8,7	5,5	5,5	1,6	3,2
<b>Paraguai</b>	2,8	3,9	1,2	1,2	1,6	2,7
<b>Peru</b>	3,2	3,1	1,9	1,1	1,3	2,0
<b>Uruguai</b>	4,6	8,3	2,5	6,4	2,1	1,9
<b>Venezuela</b>	3,6	4,2	2,0	2,0	1,6	2,2
<b>A. Latina</b>	4,0	6,2	2,4	3,1	1,6	3,1

Fonte: Banco Mundial, Relatório da Economia Mundial para 1993.

Apesar das diferenças quanto ao volume de gastos, a primeira questão a destacar é que os sistemas de saúde na América Latina não atingiram universalização. Milhões de pessoas permanecem sem ter acesso às condições mínimas de saúde. Afora a baixa cobertura, permanecem problemas de equidade, eficiência e efetividade das políticas formuladas.

Investimentos em saúde são sempre feitos com o objetivo de melhorar as condições de saúde de um indivíduo ou de uma população. Os mesmos, em países como os que estão em questão, são seguidos de questionamentos e dúvidas quanto ao real benefício vindouro. Muitas vezes, a falta de capacidade gerencial dos sistemas e serviços de saúde gera esses questionamentos.

De maneira geral, os países latino-americanos mostram-se ainda com deficiências acentuadas nos seus suportes gerenciais (sistemas de informação, metodologias de trabalho, conhecimento técnico-administrativo na área da saúde e da realidade local, falta de recursos humanos qualificado, falta de recursos financeiros, dentre outros). Agregado a isso, a falta de sistemas e métodos eficientes para mencionar os resultados dos investimentos realizados.

A relação entre as fronteiras também se mostra como fator influenciador da situação de saúde local e do contexto dos sistemas de saúde. Devido à discrepância entre os serviços oferecidos, há migração constante de pessoas entre as cidades

fronteiriças onerando os serviços de saúde mais desenvolvidos e que oferecem possibilidade de atendimentos mais abrangente como o sistema brasileiro.

Além da já mencionada discrepância quanto ao nível de gasto, variando de países que gastam quase US\$ 140,00 per-capita até outros que desembolsam pouco mais de US\$ 20,00 per-capita (ver tabela 3), pode-se dizer que os países que gastam mais, especialmente o Brasil, também deixam muito a desejar, posto que a ineficiência permita manter grandes diferenciais internos de gastos per-capita com saúde.

**TABELA 3 - Indicadores de Gastos com Saúde - Países Selecionados da América Latina e Caribe**

PAÍSES	Gasto com Saúde per capita	Gasto com Saúde Público (% PIB)	Gasto com Saúde Privado (% PIB)	Ajuda Externa a Saúde (% PIB)
Nicarágua	35	6,7	1,9	20,0
Haiti	30	3,2	3,8	17,0
Honduras	26	2,9	1,6	15,1
Bolívia	25	2,4	1,6	20,3
Guatemala	31	2,1	1,6	11,1
R. Dominic.	37	2,1	1,6	4,1
Equador	43	2,6	1,6	7,0
Peru	49	1,9	1,3	2,7
El Salvador	61	2,6	3,3	13,9
Paraguai	37	1,2	1,6	6,4
Chile	100	3,4	1,4	0,7
Venezuela	89	2,0	1,6	0,1
Argentina	138	2,5	1,7	0,2
Uruguai	124	2,5	2,1	1,4
Brasil	132	2,8	1,4	0,4
México	89	1,6	1,6	0,9

Fonte: Banco Mundial, Relatório da Economia Mundial para 1993.

As análises derivadas dos dados do WDR93 mostram que países como o Brasil, Argentina, El Salvador, Nicarágua, Guatemala, Honduras e Bolívia gastam proporcionalmente mais do que a média da região, quando se considera o parâmetro renda per-capita. Analogamente, Chile, Uruguai, Venezuela, México, Colômbia,

Equador, Paraguai, República Dominicana e Haiti têm gastos inferiores a esta média ajustada pela renda per-capita.

Nem sempre gastar proporcionalmente menos com saúde reflete situações mais críticas quanto a alguns indicadores vitais. O Chile apresenta uma esperança de vida proporcionalmente maior à sua renda per-capita, mesmo quando se considera que ele gasta proporcionalmente menos com a saúde, situação que também se verifica no Equador, Paraguai e República Dominicana. Tal êxito não pode ser atribuído somente a política de saúde, uma vez que existem outros fatores que influenciam a esperança de vida, como condições adequadas de nutrição, melhor distribuição de renda inclusão social e desenvolvimento econômico.

Analogamente, pode-se dizer que países como o Brasil apresentam uma esperança de vida proporcionalmente mais baixa, em relação a sua renda per-capita, mesmo gastando mais com saúde. É verdade que o Brasil tem reconhecidamente gasto com políticas de saúde, mas outros fatores, como a má distribuição de renda e as carências ainda verificadas no campo do saneamento e da nutrição podem explicar esses diferenciais.

Como países que gastam proporcionalmente menos com saúde e apresentam uma esperança de vida relativamente menor do que a média, temos os casos do México, Venezuela, Uruguai e Colômbia. Como países que proporcionalmente gastam mais com saúde e tem esperança de vida acima da média ajustada, têm-se casos extremos como os da Argentina e da Nicarágua.

Voltando a tabela 3, observa-se que a participação do setor privado, pelos dados do WDR93, é maior em países como Haiti, El Salvador, México e Paraguai. Em outras palavras a participação do setor privado tende a ser maior em países que tem fortes contingentes de populações pobres e não adotaram nos últimos anos, ainda que de forma retórica, sistemas universais de atenção a saúde. A menor participação do setor privado é encontrada em países como Nicarágua e Chile. Mesmo tendo adotado regimes políticos antagônicos, esses dois países tiveram preocupações em manter assistida toda a sua população ainda que por estratégias diferentes de cobertura.

Em termos de gasto com a saúde como proporção do PIB, os países mais pobres como Nicarágua, Haiti e El Salvador apresentam as maiores participações (entre 6% e 9% do PIB), enquanto que México, Peru e Paraguai apresentam as menores

participações (menos de 3,5%). Todos os outros 11 países analisados têm seus gastos situados entre 3,5% e 4,5%.

Países que gastam mais com saúde, no entanto, tem boa parte de seus gastos específicos do setor derivados de ajuda externa. Assim, Nicarágua, Haiti e El Salvador receberam de ajuda externa para a saúde valores situada entre 13% a 20% de seu gasto total com saúde. O país que mais recebeu ajuda externa foi a Bolívia (mais de 20%, provavelmente em função do forte impacto social de seu ajuste econômico que lhe possibilitou ter ajuda para montar um grande fundo social de emergência). Pode-se dizer, no entanto, que a participação externa nos gastos com saúde é inversamente proporcional a magnitude da renda per-capita. Assim, tiveram ajuda inferior a 1% do gasto com saúde países como México, Chile, Brasil, Argentina e Venezuela.

Embora o envelhecimento da população seja um fator importante na dinâmica do gasto com saúde, pode-se dizer que países como Brasil, Argentina, Chile, México e Venezuela apresentam um gasto com saúde proporcionalmente superior à proporção média de pessoas de terceira idade que detém. No caso oposto encontra-se o Uruguai, onde a proporção de pessoas de terceira idade é maior, em termos relativos, que a magnitude de seus gastos com saúde.

Nos anos noventa, muitos países latino-americanos, a partir de suas estratégias de ajuste, conseguiram sair da crise econômica e apresentam gastos mais elevados com saúde. No entanto, a retração econômica pós estabilização, especialmente nos três maiores países da Região (Brasil, México e Argentina) tem trazido dificuldades estruturais para resolver os graves problemas de eficiência, cobertura e equidade. Tais países têm recorrido a empréstimos dos organismos multilaterais para reformar suas políticas de saúde e recuperar os investimentos deteriorados ao longo da última crise.

### **1.1.1. Financiamento da Saúde na América Latina e Caribe**

Ao longo dos anos oitenta, várias estratégias de ajuste têm sido utilizadas por países latino-americanos no sentido de trazer maior racionalidade ao gasto com saúde. Dentre essas políticas, trataremos de enumerar algumas, salientando alguns países que mergulham nestas experiências.

*A descentralização do financiamento, gasto e execução dos serviços de Saúde* tem sido apontada (muitas vezes como panacéia) por políticos das mais diversas matizes ideológicas, como solução para diversos problemas de ineficiência e/ou desperdício de recursos públicos. A descentralização traria uma série de vantagens para políticas de saúde, tais como: (I) proximidade do usuário, permitindo maior adequação do gasto, controle e fiscalização de sua execução; (II) participação das esferas locais de governo no financiamento da saúde, aumentando os recursos e permitindo maior coordenação do gasto, evitando duplicações; (III) abandono de estratégias rígidas, permitindo maior flexibilidade local no arranjo de cada modalidade de política de financiamento e gasto, bem como a integração das políticas de saúde com outras políticas públicas, ao nível local.

Do ponto de vista do gasto público, vários países da América Latina têm utilizado a descentralização do financiamento da saúde como estratégia. Esta descentralização implica, não apenas na transferência de recursos do governo central para os governos locais, como o aproveitamento dos recursos existente entre os próprios governos locais.

Dentre as experiências de descentralização dos sistemas de saúde, cabe destacar a chilena, que se inicia em 1979, com a criação do sistema de “facturación de atenciones prestadas” (fap); do sistema de “facturación por atenciones prestadas en Municipalidades” (fapem) e da transferência dos consultórios de “atención primaria do ministerio de la Salud” para as municipalidades. Esses sistemas permitem aos municípios receber recursos federais pelos serviços de saúde que prestam para suas comunidades locais, bem como obrigam estas esferas a alocar maiores recursos com saúde. Esta estratégia teve maior desenvolvimento a partir de 1987 e seus resultados têm sido considerados positivos.

No caso do Brasil, a experiência de descentralização se desenvolve a partir de 1983, quando é criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) que repassava recursos da seguridade social (INAMPS) para os Municípios, através de convênios fortalecendo a capacidade de gasto com atenção médica nestas esferas governamentais. O programa aumenta sua abrangência e muda de nome em 1985, passando a se chamar sistema unificado e descentralizado de saúde (SUDS), fazendo dos estados os intermediários do processo de descentralização.

A Constituição brasileira de 1988 incorpora a estratégia de descentralização no desenho das bases institucionais do Sistema Unificado de Saúde (SUS), passando a repassar regularmente recursos para todos os Estados e Municípios, segundo seu grau de avanço no cumprimento das pré-condições para o processo de descentralização plena.

Outro exemplo de descentralização é o do México, onde são fortalecidas as comunidades e as esferas locais de governo, através de programas como o do IMSS/COPLAMAR e do PRONASOL. O Ministério da Saúde também aumenta em larga escala seu papel no fomento do processo de descentralização, embora os recursos acionados tenham sido até meados dos anos noventa, bem pequenos.

A introdução de mecanismos de financiamento segundo a capacidade de pagamento, foi feita em alguns países, como é o caso do Chile, através da criação de ISAPRES e do plano de saúde do FONASA livre-escolha. Neste caso, cada indivíduo ou grupo familiar recebe um plano de saúde público (FONASA) ou privado (ISAPRE) segundo sua capacidade de pagamento pelo referido plano, a qual depende da renda do indivíduo ou grupo familiar.

Para isso, são descontados 7% da renda dos trabalhadores ativos. Aqueles cuja renda é muito baixa, onde os 7% não alcançam o patamar mínimo de recursos para comprar um plano de saúde, vêm-se na obrigação de utilizar o sistema público, contribuindo com sua cotização para o FONASA, mas não na modalidade livre-escolha. O sistema chileno tem sido aplicado, com algumas modificações, em outros países da América Latina, mas sempre como um regime complementar, na medida em que, mesmo no Chile, ele consegue absorver mais de um quarto da população.

Os chamados “Fundos Sociais de Emergência” têm se constituído em outra modalidade para o financiamento dos programas de saúde na América Latina, principalmente em países que tiveram fortes estratégias de ajuste econômico, como Peru e a Bolívia.

Em geral, os programas de saúde financeiros com os recursos desses fundos foram focalizados e seletivos, caracterizando-se como programas de baixo consumo de recursos e alta visibilidade política. A tabela 4 permite fornecer uma idéia da magnitude relativa desses fundos.

**TABELA 4 - Magnitude dos Fundos Sociais de Emergência e Inversão Social**

No Setor Saúde da América Latina (em US\$ milhões)

Países	Período de funcionamento do FSE	Magnitude dos recursos para a saúde	Gastos anuais programados pelo Fundo (a)	Gastos anuais públicos com Saúde (b)	(a) (b) em %
Bolívia	1987-91	37,6	9,4	181,0	5,2
Costa Rica	1983-84	3,2	1,6	246,4	0,6
Honduras	1990-95	25,7	4,3	283,0	1,5
Nicarágua	1990	44,8	44,8	133,0	33,7
Peru	1990	29,0	29,9	1065,0	2,7

Fonte: CAMPINO, A.A.C. (1995)

Observa-se que os gastos propiciados pelos FSE`s só foram significativos em países da dimensão da Nicarágua. A única importância, portanto, destes fundos constitui na rapidez e flexibilidade de manejo dos recursos, fato que não ocorre com os recursos tradicionais do orçamento público.

Análises feitas sobre o desempenho desses fundos como as de CAMPINO, A.A.C., (1995) e SUAREZ, R., (1992), revelam que: (I) os recursos não são aplicados com bons resultados se não existe uma boa comunidade contratadas; (II) a eficácia da aplicação dos recursos seria maior se fossem feitos e utilizados mapas de pobreza dos países contratados. Somente na Costa Rica os recursos foram destinados aos mais pobres; (III) Na execução dos programas a cargo dos FSE tem havido mais ênfase na eficiência do que na equidade e na eficácia dos programas.

Isto pode ser justificado parcialmente, pelo fato dos programas serem de curto prazo; (IV) os programas, em sua maioria, fracassaram na estratégia de avaliar os resultados, dado que não haviam sido definidos claramente os objetivos e os indicadores para o acompanhamento das metas dos projetos; (V) excetuando-se a Costa Rica, os programas foram executados por instituições tradicionais de governo, as quais geriram os recursos com grau de eficiência dos demais programas sociais.

As tentativas de montar estrutura para conversão da dívida externa dos países da América Latina para a área social, particularmente para a saúde, foram estudadas por alguns organismos internacionais como OPS. No entanto, não chegaram a levar ao cabo nenhum país da Região. A transação básica consistiria na troca de obrigações pendentes do Governo por outras obrigações, em moeda local ao invés de divisas, ficando o



Governo do País obrigado a investir em saúde aquela quantia, ao invés de saldar os recursos ao sistema financeiro internacional, em moeda estrangeira.

Os principais fatores que desestimularam os mecanismos de conversão da dívida foram seus possíveis efeitos re-alimentadores da inflação, em países que estavam passando por estratégias ortodoxas de estabilização, onde o controle dos mecanismos de expansão da base monetária é primordial.

Nos últimos anos, muitos países da América Latina têm utilizado *co-pagamentos, taxas de moderação de uso de serviços e outras estratégias que possibilitem limitar ou ressarcir parte dos custos incorridos nos sistemas de saúde da América Latina*. São exemplos claros dessa utilização o caso do Uruguai, Chile e recentemente Costa Rica. No entanto, estes mecanismos, inicialmente criados para evitar um consumo excessivo de serviços, cada vez têm sido mais utilizados como forma de financiamento. No caso do Chile, por exemplo, alguns co-pagamentos representam mais de 50% dos custos dos serviços prestados pelas ISAPRES ou pelo FONASA.

A vinculação orçamentária dos recursos tem sido uma estratégia utilizada para evitar desvio de recursos da área social para outros programas, nos momentos recessivos ou nas estratégias de reajuste. Países como o Brasil garantiram, nas disposições transitórias da Constituição de 1988, que pelo menos 30% dos recursos fossem direcionadas para a saúde. Muitos são aqueles que têm postura contrária à vinculação dos recursos pela dificuldade que criam para Governo e Parlamentares fazerem política e exercerem seu direito de liberdade alocativa.

Métodos racionalizados de custeio dos serviços, como *os sistemas de pagamento prospectivo*, similares aos DRG`s utilizados pelo *Medicare* nos Estados Unidos, tem sido utilizados desde meados dos anos oitenta no Brasil. Não fosse a inflação crônica e a deficiência dos sistemas de fiscalização e controle, o Brasil poderia utilizar e se beneficiar dos sistemas de informação gerados por esse processo de pagamento dos serviços prestados e valores pagos.

Fizeram parte ainda das estratégias de ajuste a utilização de *sistemas de pré-pagamento*, sob a forma de compra de planos de saúde, como ocorre nas *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPRES), chilenas, ou ainda nas *Instituciones de Assistência Medica Coletiva* (IAMC`s), uruguaias. Apesar de estarem vinculados a sistemas de pré-

pagamento, a lógica de cada uma dessas instituições é bastante distinta. No caso das ISAPRES, cada indivíduo escolhe o valor do plano e a natureza do contrato de acordo com a sua capacidade de pagamento, funcionando um regime de livre-mercado de planos. No caso dos serviços é fixado e fiscalizado pelo Governo. Cada IAMC, por outro lado, é obrigada a fornecer um conjunto mínimo de procedimentos de cobertura, como se fosse uma cesta básica.

Muitos foram, portanto, as formas e mecanismos de ajuste utilizados pelos países latino-americanos, no que se referem às estratégias de financiamento e gasto com serviços de saúde. A eficácia desses programas, no entanto, é um assunto pouco conhecido, dado que poucas análises em profundidade foram feitas. Sabe-se, porém, que muitos caminhos ainda devem ser percorridos no sentido de buscar maior eficiência, eficácia e equidade nas políticas de saúde na Região e em seus mecanismos de financiamento.

### **1.1.2. O Impacto da Crise no Financiamento da Saúde**

Envoltos por sucessivas e intermitentes crises econômicas e políticas, os países latino-americanos oscilam na forma como investem no segmento saúde. A descontinuidade causada por essas situações, muitas vezes com origem na dependência de capital estrangeiro e na desestruturação de pontos importantes da economia dos países, gera contextos macro sociais desfavoráveis a uma melhora nos serviços de saúde.

Na América Latina, muitos países passaram por regimes ditatoriais geralmente seguidos de significativa piora nos indicadores gerais de saúde e pela reestruturação ou estruturação dos sistemas e serviços saúde locais. Posteriormente, com a globalização, formou-se uma conjuntura econômica e política na qual o Estado tendeu a renunciar fortemente sua possível responsabilidade na organização social. A força do mercado estimula naturalmente o desmantelamento do Estado; havendo, portanto, forças antagônicas que atuam no cenário que envolve os sistemas e a prestação de serviços médico-hospitalares e de assistência à saúde atualmente.

Há, também, na América Latina, a situação específica da conjuntura econômica de Cuba, país socialista. País com organização político-econômica diferenciada, Cuba

apresenta uma estrutura sanitária também pouco comum no outros países do continente. Fortemente voltada para a atenção primária, Cuba tem conseguido manter seus bons índices de saúde apesar da atual e difícil situação econômica e conjuntura perante os demais países da América e poderíamos dizer do mundo.

De maneira geral, a falta de condições financeiras enfrentada pelos países do continente Latino Americano, provoca um déficit na quantidade de financiamento fornecido à saúde pública e para os serviços básicos como saneamento. Geralmente a contenção de custos e a formulação fiscal do país são fatores envolvidos de forma direta nos momentos de crise e que também geram conseqüências na atenção à saúde, causando reflexos diretos nas tabelas de remuneração dos prestadores de serviço, por exemplo, fato muito presente no Brasil.

A vinculação dos orçamentos da saúde com fatores políticos também se mostram como fator crítico nos momentos de crise. Os jogos de interesse e a escassez de recursos podem gerar dificuldades de transparência na alocação dos mesmos, muitas vezes, ofuscando, causando confusão e até fazendo que os mesmos sejam postos de lado. Isso, naturalmente gera perturbações indesejadas nas políticas de saúde.

As dificuldades financeiras são prova dos sistemas de saúde. Sua organização geral e suas inter-relações são testadas e sofrem fortes pressões nos momentos de crise. A forma de remuneração dos prestadores e profissionais é um exemplo. Geralmente é necessário que haja ajustes para um equilíbrio entre os objetivos organizacionais e as possibilidades de financiamento dos serviços de saúde seja ele público ou privado.

A crise econômica gera reflexos em diversos setores econômicos e nas políticas sociais dos países latino-americanas, afetando, sobremaneira, a dinâmica das políticas de saúde. Em alguns países, por exemplo, verificou-se uma queda relativa do gasto com políticas de saúde nos anos oitenta, em outros países, os impactos da crise no gasto com saúde só apareceram nos noventa. A tabela 3 mostra a evolução dos gastos governamentais com saúde no período 1980-1990.

**TABELA 5 - Gastos do Governo Central com Saúde como % do PIB**

Países selecionados da América Latina e Caribe - 1980-1990

<b>Países</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>Taxa de Crescimento</b>
Argentina	1,51	2,53	67,5
Bahamas	3,08	2,2	-14,9
Barbados	3,36	3,24	-3,6
Belize	2,26	2,71	19,9
Bolívia	2,70	1,60	-40,7
Brasil	1,29	1,57	21,7
Chile	2,56	2,21	-13,7
Colômbia	2,16	2,91	34,7
República Dominicana	1,57	1,64	4,5
El Salvador	1,29	1,24	-3,8
Guatemala	1,90	1,16	-38,9
Guiana	3,34	4,08	22,1
Haiti	1,35	1,84	36,3
Jamaica	1,82	2,78	52,7
México	2,10	3,10	47,6
Nicarágua	3,20	4,90	53,1
Peru	2,90	1,06	-63,4
Uruguai	1,07	1,28	19,6
Venezuela	2,28	1,15	-49,6

Fonte: Govindaraj, R., et alii – 1995.

Entre os países que tiveram redução dos gastos do Governo Central com saúde ao longo da década de noventa, destacam-se alguns países do Caribe inglês (Bahamas, Barbados); países andinos (Bolívia, Peru), da América Central (Guatemala e El Salvador), além do Chile e da Venezuela. Seria necessária uma investigação mais fina para tentar buscar as razões que levaram estes países a reduzir o gasto do governo central.

No entanto, pode-se dizer que além da crise econômica e de seus impactos nas finanças públicas, outros fatores sobressaem, tais como: (I) estratégias de descentralização, com a passagem da origem do gasto para esferas de Governo; (II) redefinição dos esquemas nacionais de financiamento, com o aumento do gasto privado

ou de instâncias associadas à seguridade social. Pode-se dizer que o Chile é um exemplo claro destes movimentos.

A crise econômica reduziu, também, a disponibilidade de investimentos dos governos, propiciando o aumento da depreciação das instalações e equipamentos de saúde. Este forte sucateamento da rede de serviços tem levado alguns países, nos anos noventa, à negociação de programas de investimento e recuperação da rede de saúde com recursos oriundos de empréstimos do BID e do Banco Mundial.

Tão grave como o sucateamento da rede de serviços, foi a redução dos salários dos profissionais de saúde, levando os médicos e demais trabalhadores do setor a abraçarem mais de um emprego como estratégia de recomposição de suas rendas pessoais. Este movimento, também conhecido como multi-emprego, é um dos fatores responsáveis pela queda da qualidade da atenção médica, especialmente no setor público, fato esse muito presente no sistema de saúde brasileiro atualmente.

Dado que muitos sistemas de saúde na América latina estavam voltados para os trabalhos formais, protegidos sobre o sistema de seguridade social, a crise econômica e seus impactos nos níveis de emprego e salário desse setor têm balançado a saúde financeira desses sistemas e, conseqüentemente, fragilizado os programas de assistência médica inclusos na seguridade social. Observaremos nos próximos tópicos a questão da seguridade social no Brasil e seus reflexos no sistema de saúde local.

Todos esses fatores se refletem alguns efeitos principais: (I) queda da qualidade da atenção médica para os segmentos de massa da população; (II) redução de cobertura efetiva para esses segmentos; (III) estratificação da assistência médica, com o crescimento de sistemas privados para segmentos formais, e para as classes média-alta. Essas falhas passam a ser sentidas, inclusive, nos sistemas de saúde que, legalmente, se estruturam como sendo universais.

A inflação crônica sofrida por muitos países latino-americanos ao longo dos anos oitenta também foi outro problema de grandes dimensões. No Uruguai, entre maio de 1988 e abril de 1994, os índices de inflação para a saúde (IPC-salud) foram 42% mais elevado do que a inflação geral do país. No Brasil, entre janeiro de 1990 e dezembro de 1994, a inflação em saúde (medida pelo INPC de saúde) foi 88% maior do que a medida pelo índice geral de inflação (INPC).

A sobre-inflação em saúde parece ter sido fenômeno generalizado na América Latina. Seus principais efeitos negativos estão na decomposição das tabelas de pagamentos por serviços médicos (especialmente aquelas pagas pelo setor público aos estabelecimentos privados de serviços), trazendo uma deterioração dos preços dos serviços e abrindo a possibilidade para pactos de fraude entre prestadores de serviços e fiscais.

A situação torna-se ainda mais grave pelo fato de que poucos países mantêm sistemas de apuração de custos dos procedimentos de saúde, os quais poderiam servir como faróis para reajustar os preços dos serviços prestados tanto para o setor público como para o privado. A existência desses sistemas tecnicifica o processo de negociação dos pagamentos por distorcer as estruturas internas dos sistemas de preços em saúde.

### **1.1.3. Situações ainda Contraditórias e Básicas**

Boa parte dos países latino-americanos segue o ritmo das reformas de seus sistemas de saúde. Pode-se dizer, basicamente, que estas reformas tiveram dois momentos: o primeiro refere-se às reformas feitas antes das estratégias macroeconômicas de estabilização, muitas das quais foram exitosas como as de países como as do Chile (a mais antiga); México (apesar da instabilidade ocorrida em fins de 1994); Argentina (em que pese a atual instabilidade e o desemprego) e recentemente o Brasil. O segundo momento é aquele que se inicia no contexto pós estabilização, onde ainda existe muito por fazer.

Pode-se dizer que a estabilização econômica fixa limites e impõe trajetórias para o financiamento das políticas de saúde. Estes limites e trajetórias podem ser discutidos no âmbito do que conhecemos por escolhas trágicas ou dualidades básicas, as quais passaremos a discutir.

A primeira delas seria a dualidade existente entre “*Fundos Públicos x Fundos Privados*”: A escolha entre fundos públicos ou privados depende da capacidade de pagamento da sociedade e do grau de distribuição de renda existente. Quando a renda é excessivamente concentrada (como ocorre no Brasil e México, por exemplo) fica muito difícil fugir de uma política lastreada em fontes exclusivamente privadas, estas financiam cerca de 35 milhões de pessoas (quase a quarta parte da população). No

entanto, este setor não tem praticamente nenhuma regulação pública. No Brasil, os planos privados passaram a ser regulamentados em 1998.

Analogamente, pode-se dizer que em países onde a distribuição de renda é melhor, ou onde foram construídos antigos estados de bem estar social, na esteira do previdencialismo europeu (Argentina, Uruguai, Costa Rica, Panamá), a maior parcela do financiamento das políticas de saúde provém de fontes privadas ou de contribuições para a seguridade social.

É importante frisar, no entanto, que independentemente da origem do recurso (se público, privado, da seguridade, etc.) saúde é uma política pública. Como tal, seu financiamento deve ser regulado pelo Estado, para que não haja movimentos lesivos ao interesse social. As instâncias de regulação, no entanto, devem ser pequenas agências, leves e flexíveis, que permitam ao sistema alterar-se segundo as necessidades.

Outra questão a ser levada em consideração nessa discussão está relacionada com a “*Seguridade Social x Fundos Fiscais*”. Os países latino-americanos que se industrializaram nos últimos 70 anos com base no processo de substituição de importações, tiveram um crescimento de seu mercado de trabalho montado sob a proteção de sistemas de seguridade social, no qual estava incluso o acesso à saúde. Nestes países, em que pese o alto contingente de pessoas no mercado formal de trabalho, o crescimento dos gastos com saúde se deu sob o guarda-chuva da Seguridade Social, uma vez que os gastos fiscais com saúde foram canalizados para as políticas de saúde e combate a endemias.

Já nos países latino-americanos não industrializados ou de industrialização insipiente, a seguridade social abrange uma parcela ínfima de trabalhadores, em sua maioria funcionários do Estado. Nestes países, os gastos fiscais com saúde têm uma importância definitiva.

Valem destacar que, com as tendências para universalização dos sistemas de saúde, os recursos fiscais passam a ganhar importância (além do gasto privado como forma de ressarcir despesas públicas) na dinâmica do financiamento, especialmente para os segmentos de baixa renda, alvo dos programas de focalização, descentralização e municipalização.

Por outro lado, ao ser dinheiro do trabalhador, por mais solidárias que sejam as bases da seguridade social, não caberia a estes programas financiar ações para outros

segmentos da sociedade que não contribuem. Sendo assim, muitos discutem a possibilidade de financiar as políticas de saúde com recursos de uma contribuição fiscal visível, vinculada e transparente.

Outra dualidade causada pela estabilização econômica é a “*Vinculação x Não vinculação de recursos*”: Os reclamos constantes de que são necessários mais recursos para o setor saúde tem aumentado os adeptos da vinculação. Embora a norma culta da teoria econômica recomende a flexibilidade orçamentária e tributária, desde as origens do pensamento econômico clássico, pode-se dizer que os governos nem sempre adotaram esses procedimentos por razões de cunho prático. Na verdade, a vinculação de recursos está para os economistas assim como a sociedade sem classe está para os antigos socialistas.

Não foi na América Latina que inventaram a vinculação de impostos e contribuições sociais. Aplicados em setores sociais (previdência social, saúde, educação) ou em fundos voltados para investimentos específicos (transporte, portos, agricultura e outros setores de infra-estrutura pública) os impostos com destinação específica e contribuições sociais vinculadas existiram nos países centrais ao longo de décadas, como forma de corrigir desigualdades sociais e programar investimentos.

Pode-se dizer que esta prática foi de grande relevância para melhorar o acesso dos desprovidos a determinados direitos e garantias sociais que, em bases de flexibilidade orçamentária, jamais seriam alcançados. Em grande medida, a prática da vinculação de recursos estabeleceu as bases para sociedades mais homogêneas, garantindo posteriormente, que a flexibilidade orçamentária e fiscal, imposta como um dos requisitos da globalização e da liberalização das economias pós-*welfare state* (anos setenta), fosse feita sem grandes exclusões sociais.

Muitos países da América Latina ainda têm uma grande distância para percorrer em direção a uma sociedade fundada no conceito de cidadania e com melhor distribuição de renda. A vinculação de recursos pode ter como meta garantir que as políticas sociais não sucumbam frente ao torvelino de interesses individuais que permeiam a montagem dos orçamentos, principalmente porque as prioridades orçamentárias não são definidas pelo Executivo ou pelo Legislativo em função das necessidades nacionais, mas sim, em função dos interesses de grupos organizados e com grande capacidade de vocalização política.



Ocorre que saúde não dá voto, uma vez que seus beneficiários são dotados de baixa vocalização política. Assim, infelizmente não se alcançou em nosso continente, o estágio atual dos países desenvolvidos para que possa optar por uma flexibilidade orçamentária e fiscal plena e pela desvinculação dos recursos para a área social.

Aliás, até mesmo no seio do mais puro pensamento liberal, a questão da vinculação tem aumentado sua legitimidade, como declarou o Senador e intelectual brasileiro Roberto Campos, ao dizer: *“...Visando limitar a voracidade fiscal dos governos, os liberais ingleses se inclinam hoje pelo que chamam de constituição fiscal. Nesta visão, duas idéias se condenadas pelos tributaristas convencionais seriam reabilitadas: impostos indiretos sobre a renda, porque o cidadão poderia optar por maior poupança. E as vinculações de impostos a fins específicos, hoje criticadas por criarem rigidez orçamentária, seriam uma defesa contra a imaginação criadora de políticos e tecnocratas ansiosos por inventar despesas.”*

Não menos importante e, talvez, um dos maiores nós e dilemas até mesmo ideológicos está a questão da prestação de *“Assistência Médica x Saúde Pública”*. Poucos são os que defendem hoje a existência de fundos separados para assistência médica e saúde pública. O esforço de planejamento dos sistemas de saúde, independente de sua distribuição, deve integrar, pela via do planejamento, os recursos voltados para programas de combates à endemia com estruturas de assistência médica.

A questão do *“Consumo x Investimento”* também aparece nessa discussão. Embora a fonte de recursos possa ser a mesma, a distribuição de recursos para consumo e investimento em saúde deve seguir lógicas diferentes. Recursos para custeio devem ser repartidos segundo critérios bem definidos e transparentes, de acordo com a magnitude da população, quadro epidemiológico de cada região e capacidade de pagamento. Já os recursos para investimentos devem obedecer também a critérios de necessidade, mas sua alocação deve ser feita segundo a análise em sintonia fina de cada projeto, quanto aos seus objetivos, benefícios e critérios de avaliação dos resultados.

Nos últimos anos tem-se reduzido drasticamente as taxas de investimento em saúde na América Latina, havendo necessidade de projetos que possam recuperar e redirecionar a ação da rede de serviços de saúde, não apenas do ponto de vista físico, mas também dos estabelecimentos de saúde mesmo quando se trata de estabelecimentos públicos. Este tem sido o caminho encontrado para valorizar os investimentos existentes

e flexibilizar a gestão de cada unidade, tornando-a mais apta a resolver seus problemas específicos. Neste ponto mais uma dualidade:

“*Serviços Públicos x Serviços Estatais*”. Observa-se que muitos latino-americanos, ao definir que a saúde é dever do Estado, interpretaram equivocadamente que a prestação de serviço deve ser atribuição exclusiva do setor público. Esqueceram-se, nesse sentido, que o Estado poderá vir a ser muito mais público quando regula, avalia, controla e garante a qualidade dos serviços do que quando presta diretamente os mesmos.

Quando o Estado é o único prestador de serviços, ele tende a não poder regular adequadamente, dado que o claro conflito de interesse entre regular e prestar o serviço tende inexoravelmente a ficar escamoteado ou escondido. Nesse caso, o Estado acaba por tornar-se cúmplice de sua própria ineficiência.

As políticas de saúde na América Latina devem passar por uma revolução administrativa, onde a ação de Estado seja verdadeiramente pública, e não um canal dos interesses (privados) das corporações. Para tal, é fundamental aumentar os papéis de regulação, avaliação e controle das ações de saúde, sejam elas exercidas pelo setor público ou pelo setor privado.

Uma verdadeira revolução administrativa do setor saúde não se faz, também, sem o desenvolvimento de modelos próprios de gestão, lastreados na busca de instalações adequadas às condições fiscais e sócio-econômicas de cada nação, ao uso racional de insumos, equipamentos e recursos humanos; ao desenvolvimento de sistemas de informação que possibilitem melhor gerenciamento e a criação de relações mais flexíveis entre os distintos atores do setor saúde. No caso do setor público, esta meta é mais fácil de ser atingida quando a entidade pública é a que presta os serviços. Os contratos de gestão e as concessões seriam formas adequadas para estabelecer novas relações entre o poder de regulação e os prestadores de serviço de saúde.

Temos também a questão da “*Equidade: Meio x Fim*”. O princípio da equidade não deve ser confundido com os meios necessários à sua implementação. Um exemplo equivocado da interpretação da equidade em saúde se reflete na montagem de sistemas de saúde iguais, com escalas de remuneração iguais, estruturas administrativas iguais, fornecendo serviços iguais a todos. Ao definir equidade desta forma, são necessárias estruturas de atenção à saúde altamente complexa. Isso se deve a grande diferença de

necessidades de saúde. Ora, essa confusão, além de se tornarem ociosas, face à demanda, exige grandes investimentos. Sob o ponto de vista operacional, esta igualdade de procedimentos se traduz na alienação dos estímulos de criatividade que redundarão da produtividade.

As sociedades latino-americanas são intrinsecamente desiguais e injustas. Isto se expressa de diversas formas, incluindo o acesso aos serviços de saúde. Portanto, tentar oferecer meios iguais para desiguais não propicia a equidade no alcance da meta. Ao contrário, aumenta a desigualdade de acesso aos serviços.

Para atingir a equidade, mesmo em termos de serviço de saúde, é necessário tratar desigualmente os desiguais. Somente a equidade será atingida como um fim e traduzida em justiça, e não tratada como meio. Os Governos buscarão promover, nesse sentido, uma política de saúde que permita dar acesso preferencial aqueles que não tem como pagar pelos serviços de saúde. Essa meta exige um redirecionamento da ação de muitos dos governos latino-americanos. Formas de financiamento baseadas na seletividade das ações para população pobres e no co-pagamento, para aqueles que têm mais recursos, podem ser socialmente mais justas em sociedades desiguais sempre quando atuam no sentido da redução das disparidades sociais.

Recursos escassos exigem do Estado definição de prioridades de atendimento em termos de serviços a serem oferecidos. Uma clara definição de quais são as prioridades de atendimento do setor público podem configurar um conjunto de procedimentos e ações garantidas efetivamente para todos. Esta questão nos leva a uma outra dualidade:

Temos também a questão do “*Atendimento indiscriminado x Pacotes Básicos*”. Muitos países latino-americanos, ao defenderem o direito integral de assistência à saúde, têm caído no descompasso entre a promessa de atendimento e a realidade física e financeira dos serviços de saúde. Este problema leva a duas tendências: (I) a de aceitar os poucos recursos existentes e definir um pacote básico de serviços ou, ao (II) a de prometer falsamente tudo sem nenhuma possibilidade de concretização.

Países que abraçam a segunda posição, como o Brasil, acabam por cair no absurdo de gastar 17% de seus recursos de assistência médica com a compra de produção de procedimentos de alta tecnologia, quando cerca de 10% da população não

tem acesso a nenhuma forma concreta de atendimento e as taxas de mortalidade infantil são da ordem de 58 por mil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

Analogamente, a definição sem critérios de um pacote básico de serviços - amplo e universal, poderá implicar no bloqueio de pessoas sem recursos ao acesso até a cura de determinadas doenças só resolvidas por quem pode pagar.

Seguramente, não se estará respeitando a ética de se tentar oferecer o máximo para quem necessita, partindo da premissa de que há necessidade e ações importantes e outras secundárias. Este esforço não dispensa a aceitação da racionalidade de que os recursos são escassos. A forma, portanto, é estabelecer prioridades no sentido de mudanças flexíveis e permanentes da escala de valores, necessidades e ações.

A definição de pacotes básicos, portanto, pode ser um ponto de partida para discutir quais prioridades de serviços a serem cobertos de acordo com as necessidades de cada região. Ela serve como marco orientador da oferta de serviços, mas não como barreira para a cobertura de necessidades sem relevância estatística, mas podem levar a verdadeiros dramas individuais ou familiares.

## **1.2. O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**

A compreensão sobre as origens das políticas de saúde requer informações a respeito de que forma historicamente, os serviços de saúde foram organizados no Brasil. Desse modo, para melhor se compreender este processo que culminou na formação do Sistema Único de Saúde (SUS), atual forma de organização dos sistemas e serviços no Brasil, deve-se entender que o setor saúde é extremamente influenciado pelo contexto político-social vivenciado em cada época da história. Desse modo, as razões que justificaram a adoção de determinadas políticas de saúde no decorrer do século XX, estão associadas a esse contexto, no qual, contemplam com maior ou menor participação os diversos atores sociais que fizeram e fazem à história do Brasil e do setor saúde em nossa sociedade.

Logo, este capítulo visa destacar os fatos desenvolvidos na construção das políticas de saúde e sua correlação com os dias de hoje. Este estudo se inicia no final do século XIX, passando por marcos importantes, tais como: o surgimento da previdência social, a reforma sanitária, a VIII conferência nacional de saúde, a Constituição Federal, a implantação do SUS e dos atuais planos e seguros privados em pleno século XXI.

### **1.2.1. Contextualização Histórica no Final do Século XIX**

A economia brasileira no decorrer da segunda metade do século XIX passou por mudanças, principalmente no que diz respeito à retomada do crescimento das exportações. O café tornou-se o principal produto vendido, recuperando a balança comercial e servindo como fomento para impulsionar outros setores, como o industrial.

Contudo, o modelo de produção do café calcado na monocultura, na escravidão e no latifúndio entrava em choque com o modelo do capitalismo industrial, o qual dependia de um mercado consumidor que não se demonstrava presente no Brasil devido à escravidão.

Desse modo, com as leis abolicionistas, do final do século XIX, houve paulatinamente declínio do modelo fundamentado na escravidão. A partir disso, ocorreu o surgimento de outras relações de trabalho, nas quais, os imigrantes, principalmente os

italianos, passaram a ser fundamentais, não só nas lavouras de café, mas também nas recentes fábricas.

Temos, então, uma nova conjuntura econômica. Os problemas sociais, por outro lado, continuavam a ser tratados como questões secundárias e sem importância. Em primeiro lugar, por ser visto como fonte de despesa para o Estado; em segundo lugar, pelo fato das grandes oligarquias terem tomado o poder e, com isso, os interesses estarem fortemente voltados para os latifúndios, beneficiando, dessa forma, uma minoria.

### **1.2.2. A Situação da Saúde Populacional**

A passagem do século XIX para o século XX foi no Brasil palco de muitas epidemias, tais como: varíola, malária, febre amarela, peste bubônica, tuberculose. Naquela época, a preocupação do sistema de saúde se voltava para as políticas de saneamento dos espaços públicos, circulação de mercadorias e erradicação ou controle das doenças.

Esses esforços estavam localizados principalmente nos portos, para que as exportações não fossem prejudicadas, pois a economia brasileira era sustentada pela agricultura e tinha como principal produto o café exportado para os Estados Unidos e para os Países europeus, uma vez que nesses países, o hábito de tomar café se difundiu rapidamente.

As epidemias causavam preocupações, tanto nos imigrantes, quanto nos donos das recentes fábricas. Os primeiros temiam as condições sanitárias que seriam obrigadas a vivenciar uma vez instalada nas lavouras ou nas cidades que cresciam de modo acelerado. Já, os segundos estavam mais preocupados com as suas fábricas, ou melhor, com o capital investido nelas resultante dos lucros do café, e caso a mão-de-obra européia caracterizada como mais qualificada que a brasileira não viesse para o Brasil ocasionaria um problema para os donos das fábricas que não encontrariam recurso humano para realização do trabalho.

Com as epidemias cada vez mais fora de controle e sem um modelo que pudesse eliminá-las, ou ao menos combatê-las, as cidades iam sendo transformadas em um quadro problemático, pois à medida que as doenças avançavam sem nenhum combate as pessoas tornavam-se mais vulneráveis e sem dúvida repercutia muito desfavoravelmente para os investimentos da classe mais privilegiada.

A partir desse cenário caótico, a resposta para isso, foi à criação de um modelo que combatesse o atual quadro sanitário. Esse combate teve seu desenvolvimento no governo do presidente Rodrigues Alves que ficou conhecido como “sanitarismo campanhista”. “Esse modelo visava o combate das doenças por meio de estruturas verticalizadas com a intervenção e a execução de suas atividades nas comunidades e nas cidades, ele foi implantando por eminentes sanitaristas. Como destaque pode-se citar o nome de Oswaldo Cruz, que combateu a febre amarela no Rio de Janeiro em 1903 e dirigiu a Diretoria Geral de Saúde Pública criada em 1904”. (ALMEIDA, 2001).

Travava-se de uma verdadeira guerra contra as epidemias. Desta guerra surgem ações que não foram bem compreendidas pela população em geral, pois o uso da força para realização de procedimentos, em pessoas que se negavam a realizá-lo, era considerado normal.

Essa situação se intensificou a partir da lei federal de outubro de 1904 que versava sobre a obrigatoriedade, em todo o território nacional, para aplicação da vacinação contra a varíola. No entanto, existiram protestos de vários setores da sociedade que se posicionaram contra a vacinação obrigatória, pois achavam que esta medida rompia com os direitos das pessoas em optarem pela vacina. Esse movimento contrário ao método utilizado pelas autoridades foi chamado de Revolta da Vacina.

Cabe ressaltar, que apesar de todos os inconvenientes ocorridos durante o início do modelo campanhista, sem dúvida, este modelo obteve sucesso no controle das epidemias. Exemplo disso foi à erradicação da febre amarela no município do Rio de Janeiro. Com isso houve um fortalecimento deste modelo que acabou transformado em proposta para a área da saúde pública naquele momento, ficando vigente até meados da década de sessenta.

É importante destacar a diferenciação das origens das políticas classificadas como preventivas e como curativas. No caso da primeira percebe-se uma maior aproximação com as políticas desenvolvidas pelos órgãos governamentais. Já, no

segundo caso a assistência individualizada encontrava seus clientes nas classes mais bem sucedidas, pois esses serviços eram cobrados e, geralmente, os mais pobres não tinham condições para bancá-los. Nota-se que com o surgimento da previdência social houve uma ampliação desses serviços prestados individualmente, este ponto será retomado posteriormente, quando descrevermos sobre a previdência social.

### **1.2.3. Assistência Hospitalar Pública**

A assistência Hospitalar naquela época era muito diferente da que conhecemos nos tempos atuais. A assistência médica era elitista e possuía heranças históricas do tempo da vinda da família real para o Brasil em 1822. Havia poucos recursos para curar as pessoas e nem sempre os novos conhecimentos médicos e assistenciais da área médica chegavam a este país e eram aplicados para toda a população.

Além dos serviços prestados privativamente para os que podiam pagar e do modelo campanhista adotado como modelo para a saúde pública, existia a assistência hospitalar pública, que tinha como característica de assistência social: abrigava e isolava os portadores de psicose, hanseníase e tuberculose (GUIMARÃES, 1982). Nas demais áreas de atenção, a assistência aos que não podiam pagar pelos serviços (pobres e indigentes) era praticada por entidades de caridade como as Santas Casas de Misericórdia.

A primeira Santa Casa de Misericórdia foi fundada em Santos, no Estado de São Paulo em 1543. Elas surgiram a partir de membros da comunidade, os irmãos (por isso irmandade), e suas tarefas se dividiam em materiais e espirituais. Nas materiais, as funções se relacionavam com suprir as necessidades de comida dos mais pobres, enterrar os mortos, dar roupas para os que não as tinham, entre outras. Nas espirituais, as funções se relacionavam com levar a palavra de Deus para os pobres principalmente.

### **1.2.4. Assistência Individual**

No que tange a assistência individual, as ações de saúde eram exclusivamente privadas, pois as pessoas que necessitassem de algum tipo de assistência eram obrigadas



a comprar os serviços dos profissionais liberais, os quais na sua grande maioria eram compostos pelos profissionais médicos.

A partir disso pode-se perceber que as ações propostas pelos governos aconteciam de certa forma quando os problemas de saúde colocavam em risco as classes mais importantes. Ou então, quando o modelo capitalista vigente da época pudesse ser atingido de alguma forma, principalmente através da queda dos lucros auferidos pelos senhores do café ou para os recentes donos das fábricas. Toda a política naquela época voltava-se para a proteção das classes mais privilegiadas e na manutenção da capacidade da força de trabalho do operariado.

### **1.2.5. A partir da Primeira Guerra Mundial**

O governo do presidente Wenceslau Brás coincidiu com a primeira grande guerra mundial (1914-1918). Este governo se caracterizou pelo aumento da modesta indústria brasileira, visto que os Países envolvidos no conflito não mais vendiam seus produtos para o Brasil.

Naquele momento histórico passamos a produzir artigos que anteriormente eram adquiridos somente se importados. A nossa indústria começou a se desenvolver motivada por esta nova oportunidade de substituir os produtos estrangeiros.

Por outro lado, a guerra prejudicou enormemente as exportações do café, que era o principal produto da balança comercial brasileira, visto que, não se constituía em um produto de primeira necessidade. Mesmo com o conflito a lavoura cafeeira produzia cada vez mais grãos, e os países envolvidos no conflito compravam cada vez menos café. Isso acabou deflagrando uma crise na lavoura cafeeira.

Nesse novo cenário, (crise do café e expansão industrial) se desenvolve o proletariado urbano, o qual sofre as conseqüências de uma sociedade habituada a tratar sua mão-de-obra como escrava. Entre as dificuldades enfrentadas pelos operários dessa nova classe estava o fato de não existir, na época, uma legislação que os amparassem.

Conseqüência destes fatos foi a greve geral de três dias no ano de 1917. Essa greve geral teve a influência dos imigrantes europeus que trouxeram na bagagem as idéias anárquicas e socialistas, as quais foram pulverizadas para o interior da classe

operária. Na greve os operários reivindicavam por melhores condições de trabalho, tais como: diminuição da jornada de trabalho, que em alguns casos superava a marca de quatorze horas diárias; seguro contra acidentes, pois muitos acidentados sofriam mutilações que comprometiam o seu retorno ao trabalho.

Segundo FLEURY, (1985) as condições que estão na base da ruptura, ocorridas nos anos 20, retrata a problemática “trabalhista e social”, em que o Estado liberal (caracterizado por não intervir no processo econômico-social, além da esfera de manutenção da ordem e garantia da propriedade) entra em cheque, pois “no âmbito internacional o mundo capitalista, pela primeira vez em bloco, assumia o compromisso de abandonar a postura liberal, frente ao problema trabalhista e social”.

Essa postura pode ser explicada, pelo fato, de no contexto internacional emergir a experiência socialista, e que teve como resposta, no mundo capitalista, a ruptura com o liberalismo e, conseqüentemente, uma maior realização de causas sociais que forçam o Estado a assumir um papel mais importante na proteção dos cidadãos.

#### **1.2.6. Previdência Social**

As greves operárias ocorridas no ano de 1917, sem dúvida foram de fundamental importância para as conquistas que os operários adquiriram. Entre várias conseqüências salienta-se a lei do deputado Elói Chaves aprovada no ano de 1923, a qual institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões, nas empresas de estrada de ferro. Essa lei tornava obrigatória a criação dessa caixa nas empresas com mais de cinquenta funcionários, e, no caso, das empresas com menos de cinquenta funcionários a lei era facultativa.

Segundo VIEIRA (1978), “Lei até certo ponto de defesa nacional, importantíssima para aqueles dias de inquietações constantes, porque era decisiva em sua influência pacificadora dos meios trabalhistas e mesmo na contenção das greves que em sua progressão vinha cada vez mais prejudicando o ritmo da produção do País. Mas, a par das garantias que proporcionava aos que se empregavam nas empresas ferroviárias, induzia-os a disciplinarem o seu comportamento e a se dedicarem mais firmemente às suas obrigações. Tirava-os, assim habilmente, das áreas de agitação”.

Trata-se da primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado (COHN, 1999). Esta lei criada para as empresas de estrada de ferro estava relacionada com a importância que esse setor adquiriu desde a época de Irineu Evangelista de Souza, mais conhecido como visconde de Mauá. O qual foi o impulsionador da construção de mais de 9000 quilômetros de estradas de ferro essencialmente para escoar o café para os portos da costa brasileira.

Em relação ao financiamento dessa CAP (Caixas de Aposentadorias e Pensões) era feito, principalmente, através da contribuição obrigatória dos empregados e empregadores. A própria empresa deveria recolher, mensalmente, o conjunto das contribuições das fontes de receita, e depositar diretamente na conta bancária da sua CAP (OLIVEIRA e TEXEIRA, 1989).

A administração da Caixa de Aposentadoria e Pensão era executada por um Conselho de Administração, formado por comissões compostas por representantes da empresa (três representantes, um dos quais assumindo o cargo de presidente da comissão), e representantes dos empregados (dois representantes, eleitos a cada três anos).

Nesse modelo o Estado não exercia uma função efetiva na gestão das CAPs, pois o controle por parte do poder público era exercido apenas de maneira externa ao sistema, como aqueles existentes para qualquer instituição de caráter privado. Assim, o Estado agia somente como um regulador das possíveis intransigências entre empregadores e empregados.

No ano de 1926, através de um decreto se amplia o regime das CAPs e elas passam a contemplar outras categorias profissionais, entre essas estão as dos portuários e dos marítimos. Dessa forma, os dois decretos (o de 1923 e o de 1926) definem como atribuição obrigatória das instituições previdenciária um plano de benefício pecuniário e serviços (FLEURY, 1985). Esse plano de benefício é constituído pelos seguintes direitos demarcados no nono artigo da Lei Elói Chaves:

- 1 - a socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;
- 2 - a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
- 3 - aposentadoria;

4 - a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Vale salientar que em caso de falecimento do empregado os seus dependentes além da pensão ainda continuavam recebendo a assistência médica. Outro fator a ser considerado da ampliação ocorrida em 1926 diz respeito ao item internação hospitalar, para os casos de intervenção cirúrgica.

Nota-se que existe um conjunto de benefícios tanto pecuniários (aposentadoria, pensões) quando prestação de serviços médicos, os quais eram contratados privativamente para fornecer o serviço, ou até mesmo, poderiam ser constituídos de serviços fornecidos pela própria CAP.

A esse respeito, o artigo treze do estatuto das CAPs versa o seguinte: “ouvido o Conselho Nacional do Trabalho, as Caixas poderão adquirir ou construir prédio, ou prédios, para sua sede, farmácia, ou serviço de ambulatório, ou pronto-socorro, uma vez que os fundos permitam”.

Observamos que essa primeira fase, portanto, pode ser considerado como a gênese do sistema previdenciário brasileiro na qual, se concede como pôde ser visto no artigo nono dos Estatutos citados um espectro relativamente amplo de benefícios e serviços, porém deve-se ser enfatizado que esse modelo representava gastos individuais elevados.

Vale destacar que os teóricos da questão previdenciária do pós-trinta procurarão defender a idéia de que previdência não deve incluir assistência; de que ela deve se constituir como um sistema de concessão de benefícios pecuniários, exclusivamente, e não de serviços. Este foi um dos principais pontos de discussões na constituição dos (IAPs) Institutos de Aposentadoria e Pensão.

Apesar da resistência de setores da sociedade as CAPs, principalmente, na região sudeste se multiplicaram rapidamente. No decorrer dos anos 1930, já existiam 147 CAPs que davam cobertura para 142.464 beneficiários. No entanto, esse processo não modificou o cenário anterior, pois, a grande maioria da população permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde.

As CAPs embora não tivessem participação do Estado, foram de fundamental importância para o surgimento dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que através de uma nova sistematização da previdência social, tinham como características:

a contribuição compulsória das empresas e dos empregados, na formação das categorias profissionais e a participação efetiva do Estado.

No ano de 1933 foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP). Durante o período de 1933 a 1938 as CAPS vão sendo unificadas pelos IAPs, os quais são sucessivamente criados, agora não mais por empresas, mas por categorias profissionais (COHN, 1999).

Segundo FLEURY (1985), ao analisar as características do modelo sugerido pelas CAPs destaca-se as seguintes: uma relativa amplitude no plano de atribuições das instituições previdenciárias; uma prodigalidade nas despesas; e uma natureza basicamente civil privada daquelas instituições. Características importantes das CAPs:

- 1- Implantada por empresas;
- 2- Contribuição de empregados e empregadores;
- 3- Exclusivo para os operários urbanos;
- 4- Natureza civil;
- 5- Assistência médica.

Observa-se que a previdência privada no Brasil caracterizou-se por ser limitada a população que exercia algum tipo de atividade ligado a empresas, marcando sobremaneira uma forte exclusão social aos atendimentos assistenciais. A falta de acesso de uma parcela muito grande da população firmou-se, portanto, como uma infeliz característica de nossa história.

Analisando os fatos até então discutidos, observa-se que começa a formar-se uma linha histórica imaginária que representa o contexto e o desenvolvimento do sistema sanitário e previdenciário do Brasil ao longo do século passado. O movimento social tímido no país nessa época e iniciativas isoladas ou de classes ou de pessoas contribuiu para a formação de nossa identidade assistencial nesse momento histórico.

### 1.2.7. O Contexto dos Anos Trinta

A década de trinta inicia com uma crise econômica mundial decorrente da quebra da bolsa de Nova Iorque em 1929 que aprofundou ainda mais a desvalorização do café. No ano de 1929 o Brasil produziu aproximadamente 28.000.000 sacas de café, no entanto, as exportações foram de aproximadamente 14.000.000 sacas de café.

Segundo Furtado, (FURTADO, 1977) acumularam-se os efeitos de duas crises, uma do lado da procura e outra do lado da oferta. Enfatiza-se que a crise internacional não teria sido sentida tão profundamente, caso o país não passasse por uma superprodução. Com a desvalorização do café houve diminuição do poder das oligarquias agrárias o que ocasionou um “deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e para empreendimentos industriais na região centro-sul do País”. Amplia-se o número de trabalhadores assalariados. Getúlio Vargas chega ao poder em 1930 terminando com a prática da “política do café com leite” na qual os Estados de São Paulo e Minas Gerais se alternavam no poder.

A industrialização acelerada vivida pelo país associado ao grande êxodo da população campesina para os centros urbanos teve como consequência o aumento dos recursos destinados ao sistema previdenciário, pois o número de trabalhadores formalmente empregados cresceu nesta época.

Com os IAPs o Estado passou a exercer dupla função: a de financiador, juntamente com empregadores e empregados; e a de centralizador dos recursos, que estavam anteriormente em poder das empresas.

Esse processo de centralização do poder foi coroado com a criação do Ministério do Trabalho em 1930 (OLIVEIRA e TEXEIRA, 1986), tendo como uma das atribuições orientar e supervisionar a Previdência Social, inclusive como órgão de recursos das decisões das Caixas de Aposentadorias e Pensões.

Os IAPs não contemplavam a totalidade dos assalariados, pois além de excluir os trabalhadores rurais, também excluía vários trabalhadores do próprio mercado formal, uma vez que esses não estivessem em uma atividade coberta pelos IAPS.

Pode-se perceber que a inclusão das classes populares urbanas nas políticas relacionadas com a saúde se constituiu de forma desigual. Os IAPs iam surgindo, na medida em que uma determinada categoria exercia pressão para conseguir algum direito. Segundo o ministério da previdência cada IAP possuía uma característica específica de benefício e contribuição o que criava uma grande disparidade entre os níveis qualitativos e quantitativos de proteção social.

Dessa maneira, as conquistas que eram alcançadas, não se consolidavam em direitos iguais para todos, mas para uma parcela da população (inserida em uma determinada categoria profissional). Não se tinham como diretriz os avanços no campo social, e sim a idéia de pertencer a uma determinada categoria e com isso possuir um privilégio. Neste padrão os direitos sociais foram alcançados em função das categorias profissionais, sendo a condição de cidadão subordinada à importância que cada ocupação adquire no mercado (GIOVANELLA, 1995).

Destaca-se que nos anos trinta com os IAPs houve um aumento significativo do número de segurados. Esse aumento não representou uma ampliação dos benefícios, pelo contrário, foi estabelecida uma reversão de comportamento, ocorreram quedas nos valores relativos gastos, tanto nos benefícios pecuniários “tradicionais” (aposentadoria, pensão), quanto na assistência médico-hospitalar.

Para Fleury, (1985) os momentos imediatamente seguintes à entrada maciça de novos segurados em uma instituição de Previdência Social devem, naturalmente, corresponder, em curto prazo, a um aumento maior da receita do que da despesa, e a uma diminuição das despesas per capita. Esse fato ocorre no caso do benefício pecuniário, em que existe um espaço de tempo entre a entrada na instituição e o respectivo pagamento dos benefícios.

O mesmo não poderia se esperar que acontecesse com a assistência médica, pois a doença pode ocorrer em qualquer momento, e dessa forma os gastos, no mínimo, deveriam se manter os mesmos, porém esses também diminuíram. Sem dúvida trata-se de um novo modelo diferente daquele de 1923 e 1926, pelo fato de torná-lo menos pródigo, e mais interessado em acumular reservas do que fornecer prestação de serviços aos seus segurados.

A legislação procurou distinguir prestação de serviços de concessão de benefícios. Anteriormente nas CAPs não havia a preocupação dessa diferenciação. Essa

medida tinha como objetivo, em um primeiro momento, estabelecer limites orçamentários para a assistência médico-hospitalar e farmacêutica. Em outro momento, estabelecem que tão somente os benefícios pecuniários fossem atribuições contratuais obrigatórias da previdência social.

Dessa forma, em 1931 um decreto de primeiro de outubro versa o seguinte:

“Art. 23 - Os associados que houverem contribuído para as receitas das Caixas com os descontos previstos nesta lei terão o direito à aposentadoria; pensão para os membros de suas famílias em caso de morte.

Parágrafo Único - Além dos benefícios declarados neste artigo terão as Caixas serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos enquanto não houver legislação especial relativa a essas formas de assistência social. Mas não poderão despende com esses serviços mais de 8% da sua receita anual total apurada no exercício anterior e sujeita a respectiva verba a aprovação do Conselho Nacional do Trabalho”.

Além disso, outro decreto de outubro de 1932, define um limite de tempo de trinta dias para internação, extensíveis a três meses, desde que a Caixa tenha possibilidade orçamentária para tal. Percebe-se através desses decretos um caráter mais restritivo aos serviços prestados.

Em relação aos benefícios assegurados aos associados o artigo 46 versa o seguinte:

- 1- aposentadoria ordinária, ou por invalidez;
- 2- pensão, em caso de morte, para as pessoas de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art.55;
- 3- assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias;
- 4- socorros farmacêuticos, mediante indenização, pelo preço do custo acrescido das despesas de administração.

O custeio dos socorros mencionados na alínea ‘c’ não deverá exceder à importância correspondente ao total de 8% (oito por cento), da receita anual do Instituto, apurada no exercício anterior, sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho. Para Fleury (1985), a inversão na ordem de apresentação, já são incorporações dos decretos anteriores.



No ano de 1934 foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB), no qual o artigo primeiro diz que o Instituto poderá manter serviços de assistência médica, cirúrgica e hospitalar, subordinados à regulamentação especial, enquanto não houver legislação relativa a essa forma de assistência social.

Para Fleury (1985), essa maneira de formular o problema já se nota, explicitamente, em toda a sua plenitude, a mudança de enfoque, que o novo modelo de previdência social deste período assumia em relação à questão da assistência médica. Os serviços de assistência médica não são encarados como uma atribuição das instituições previdenciárias.

Características importantes dos IAPs:

- 1- Formação de categorias profissionais;
- 2- Participação direta do Estado;
- 3- Restrição da assistência.

Pode-se perceber uma discussão a respeito do marco inicial da previdência social em nosso País. Nessa discussão não há consenso de uma data que estabeleça a origem da previdência social. Para Fleury (1985), o ano de 1923, data da promulgação da Lei Elói Chaves, inaugura a história da previdência no Brasil com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Segundo Donnangelo (1975), a implantação do seguro social no Brasil encontra-se associada à Lei Elói Chaves, porém é somente a partir de 1933, com o surgimento dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) é que de fato se configura um Sistema de Seguro Social.

É bom lembrar que a assistência à população não vinculada ao mercado formal do trabalho continuava sendo prestada pelo poder público ou pelas entidades de caridade, conforme o exposto anteriormente.

### **1.2.8. Capitalização dos Recursos**

Os IAPs serviram também para impulsionar a economia, pois diversos decretos autorizavam ou até mesmo impunham o investimento das reservas previdenciárias.

O dinheiro arrecadado dos IAPs não ficou parado, e foi investido em obras que alavancassem a indústria no Brasil. Pode-se citar como exemplo, a Companhia Siderúrgica de Volta Redonda, a qual tem uma importância fundamental para o desenvolvimento da indústria de base no País; a Companhia Hidroelétrica do São Francisco; Petrobrás; Itaipu; estradas de ferro, centros habitacionais; entre tantos outros.

Pelo fato da receita dos IAPs ser em função dos salários, associada à experiência dos diferentes modelos previdenciários em todo mundo, sob ameaça constante da insuficiência de recursos diante da velocidade do crescimento da demanda, adota-se o regime de capitalização. Concebido para fazer frente à crescente insuficiência da receita, esse regime considerava os recursos dos IAPs recursos de capital, de modo que cada patrimônio deveria expandir-se mediante investimento criterioso, quer pela aquisição de propriedades, quer pela participação em empresas estatais ou naquelas em que o Estado fosse o acionista majoritário.

No entanto, o dinheiro nem sempre se destinava a esses órgãos, por vezes o dinheiro era deslocado para instituições privadas, causando nos segurados uma permanente suspeita de irregularidade. Outro problema é que as obras do governo apresentavam características deficitárias, e dessa forma o dinheiro dos IAPs não mais retornaria para os segurados.

As medidas de contenção de gastos previdenciários, lá do início da década de trinta, estavam ligadas à descoberta da previdência, enquanto instituição financeira e poderosa está à base das medidas de contenção de gastos. Os IAPs na época continuam aumentando de número, cada vez mais categorias são contempladas e as já existentes aumentam o número de pessoas favorecidas.

As categorias com maior poder financeiro são contrárias a idéia de se unificar todos os IAPs em um único Instituto, pois essas categorias argumentam que existem IAPs mais ricos, e se houver essa unificação eles todos vão ser nivelados por baixo, isso quer dizer pelos piores IAPs.

Segundo Almeida (2001), durante o período do presidente Vargas e o de Juscelino Kubitschek, os IAPs tiveram ampliação em sua estrutura, principalmente a hospitalar. A grande maioria dos hospitais públicos brasileiros foi construída nesse período. Concomitantemente adotava-se cada vez mais o modelo de saúde norte-americano, incorporando-se alta tecnologia, numa visão de saúde “hospitalocêntrica” e,

de custo elevado, favorecendo o fortalecimento da indústria de medicamentos e de equipamentos hospitalares.

Alguns IAPs com o passar dos anos acumularam tanto dinheiro que passaram a construir seus próprios hospitais. Isso se deve ao fato de que algumas categorias profissionais não estavam satisfeitas com o atendimento médico que os IAPs poderiam fornecer, surgiu uma nova idéia: a medicina de grupo cuja finalidade é prestar serviços médicos particulares aos empregados das empresas que os contratam, entendendo ser este o futuro da assistência médica, a previdência privada.

### **1.2.9. Dos Anos Trinta aos Sessenta**

Nesse período, grandes mudanças ocorreram na organização geral do sistema previdenciário do país. Estruturado de forma a concentrar nos IAPs as funções assistenciais nos momentos de “falta de saúde”, o sistema de saúde e previdenciário brasileiro passaria por uma reestruturação significativa.

Os fatos históricos ocorridos no país naquele momento tiveram grande peso na reestruturação dos sistemas e serviços de saúde do Brasil. A instabilidade política deu margem para que um movimento militar, em 1964, ocupasse o poder governamental no país com o pretexto de retomar a ordem na nação. O Brasil passaria então pela ditadura militar.

No ano de 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, com desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça). Também ocorriam ações de saúde em outros setores, tais como: fiscalização de produtos de origem animal (competência do Ministério da Agricultura); higiene e segurança do trabalho (competência do Ministério do Trabalho).

Em 1941, através da reforma proposta por Barros Barreto, Ministro do Supremo Tribunal Federal, foram desenvolvidas várias ações, entre as quais podemos citar:

a-) Instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar;

b-) Criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste);

c-) Fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, como referência nacional, de forma a descentralizar as atividades normativas e executivas em oito regiões sanitárias;

d-) Ampliação de programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública;

e-) Atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional como o Instituto Nacional do Câncer.

Percebe-se, contudo, que a falta de recursos financeiros fizeram com que a maioria das ações se transformasse em apenas aspectos normativos, sem ocorrer na prática a implantação ou implementação para o combate dos problemas sanitários existentes.

Segundo (NICZ, 1982) em 1949, as despesas com assistência médica representavam apenas 7,3% do total geral das despesas da previdência social. Em 1960 essas despesas subiram para 19,3%, e em 1966 alcançavam 24,7% do total geral das despesas, demonstrando a crescente importância da assistência médica previdenciária.

A assistência médica, até meados dos anos cinquenta, não era considerada de fundamental importância, ela foi colocada em segundo plano no sistema previdenciário nacional, não existiam maiores solicitações por parte dos segurados.

O Ministério da Saúde criado no ano de 1953 tratou-se apenas de um desmembramento do Ministério da Saúde e Educação, sem que de fato significasse um novo posicionamento para cuidar dos problemas de saúde pública.

A partir do final dos anos cinquenta, com o desenvolvimento industrial, com o aumento do número de pessoas se deslocando para as cidades e, conseqüentemente, um maior número de assalariados, que se desenvolvem as pressões por um sistema com assistência médica nos Institutos de Aposentadoria e Pensão. Neste contexto que o complexo médico-hospitalar se instalou fortemente para prestar atendimento aos segurados, os serviços médicos eram contratados para execução desses atendimentos.

No governo militar foi unificado todo o sistema previdenciário, os IAPs e outros órgãos num sistema único que recebe o nome de INPS - Instituto Nacional da Previdência Social. O novo órgão vai concentrar todas as contribuições previdenciárias do país incluindo os trabalhadores da indústria do comércio e dos serviços. Ele vai gerir todas as pensões aposentadorias e assistência médica dos trabalhadores do Brasil.

### **1.2.10. Lei Orgânica da Previdência Social e a Unificação dos IAPs**

O processo de unificação dos Institutos de Aposentadoria (IAPs) já vinha acontecendo desde o início da década de quarenta. Esse processo passou por resistências que não concordavam com a unificação demonstrada principalmente pelas categorias com maior poder financeiro.

Após longo período de discussão a Lei Orgânica da Previdência Social foi aprovada em 1960, que estabeleceu a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT (Consolidação da Leis do Trabalho), excluindo os trabalhadores rurais, os empregados domésticos, os servidores públicos e de autarquias que tivessem regimes próprios de previdência.

Porém, as condições concretas para implantação do novo modelo surgiram com a instauração da ditadura militar no ano de 1964, foi quando o governo tirou os trabalhadores do controle da Previdência Social.

Nesse novo momento, os trabalhadores rurais foram incluídos no sistema três anos após, quando foi promulgada a Lei 4214 de 1963, a qual instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

O processo de unificação só avança com a intervenção gerencial em todos os IAPs, promovida pelos governos militares. Os conselhos administrativos foram substituídos por juntas interventoras nomeadas pelo governo da época. A unificação vai se consolidar de fato em 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Ele vai gerir todas as pensões aposentadorias e assistência médica dos trabalhadores do Brasil.

O INPS, resultado da fusão dos IAPs, sofre forte influência dos técnicos oriundos do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI) que, antes da unificação, se constituía no maior dos IAPs. As tendências privatizantes desses técnicos criam as condições necessárias ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, o qual foi uma característica marcante dessa época.

O novo órgão vai concentrar todas as contribuições previdenciárias do país incluindo os trabalhadores da indústria, do comércio e dos serviços, na medida em que

todo o trabalhador urbano com carteira assinada era, automaticamente contribuinte e beneficiário do sistema previdenciário. O fato do aumento da base de contribuição do associado ao crescimento econômico proporcionado pelo denominado “milagre econômico”, do governo militar de Emilio G. Médici, e do pequeno número de aposentadoria e pensão em relação ao total de contribuintes, fez com que fosse grande o montante de recurso financeiro acumulados.

Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um desses foi a assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns até possuíam serviços e hospitais próprios.

Ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e conseqüentemente de benefícios, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. A partir desse fato, o governo militar teve que decidir em que local alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema, tendo optando por direcioná-lo para a iniciativa privada.

Dessa forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos, o que propiciou a estes grupos se capitalizar provocando um efeito simultâneo de consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um “complexo sistema médico industrial”.

O governo, através do INPS, criou linhas de financiamento para que a iniciativa privada construísse hospitais particulares, visando ampliar o número de leitos hospitalares. Esses hospitais iriam atender todos os trabalhadores inscritos na previdência social.

A previdência pagou duplamente, financiou os hospitais a fundo perdidos e também pagava para os segurados serem atendidos nesses hospitais. A existência de recursos para investimentos levou a um crescimento de aproximadamente 500% no número de leitos hospitalares privados no período de 1969 até 1984, de forma que aumentaram de 74.543 em 69 para 348.255 em 84.

Segundo Almeida (2001), a criação do INPS teria desencadeado processos como:

a-) Extensão da cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural;

b-) Privilegiamento da prática médica curativa individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública;

c-) Criação de um complexo médico-hospitalar;

d-) Organização do sistema de saúde orientado pela lucratividade e realização de privilégios para o produtor privado de serviços de saúde.

Observa-se, portanto, que profundas mudanças ocorreram nesse momento no país. Uma nova conjuntura se formou dando origem a uma organização de assistência à saúde que prevaleceu por um período considerável de tempo marcando a história da formação do sistema sanitário no Brasil.

Analisando as colocações de Almeida e fazendo um paralelo com a situação atual, observa-se que, apesar desta organização não mais existir, as conseqüências deixadas em termos de cultura organizacional e formação de uma identidade do sistema de saúde atualmente em prática no país é significativa.

Muitos órgãos existentes atualmente na gestão do Sistema de Saúde Brasileiro (SUS) são “adaptações” de estruturas administrativas dessa época. Evidentemente que essas raízes já não são tão profundas, mas ainda existem, principalmente em profissionais antigos que, eventualmente, ainda atuam no segmento.

#### **1.2.11. Dos Anos Setenta aos anos Noventa**

O novo sistema foi se constituindo com maior complexidade tanto do ponto de vista administrativo, quanto do financeiro, e acabou acarretando a criação de outras estruturas.

Em 1977 inicia-se o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), que buscava reorganizar, administrativamente, a previdência. Foram criados, dentre outros, o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O mesmo passou a reunir todos os órgãos de assistência médica. A administração dos recursos financeiros do sistema passou a ser controlado pelo Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS).

Paralelo a isso o modelo econômico implantado pela ditadura militar entrou em crise devido, principalmente, à retirada dos investimentos internacionais, dessa forma diminuindo o ritmo do crescimento da economia, que em alguns períodos chegou na casa de 10% ao ano.

A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e suas conseqüências sociais. O modelo de previdência adotado demonstra mazelas:

a-) Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde como mortalidade infantil;

b-) Aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente;

c-) Incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem a carteira assinada e contribuição previdenciária se viam excluídos do sistema;

d-) O não repasse da União de recursos do Tesouro Nacional para o sistema previdenciário, visto que esse repasse era tripartite (empregadores, empregados e união).

Marco importante para saúde das populações, poderia dizer do Brasil e do Mundo, foi a Conferência Mundial de Saúde realizada na cidade de Alma no Cazaquistão, a Alma-Ata no ano de 1978 que viria a influenciar o Sistema de Saúde do Brasil por introduzir e enfatizar a idéia dos cuidados primários de saúde.

Na década de 80, o Brasil vivia um momento ímpar de sua história. Os anos que a antecederam foram marcados pela ditadura militar que, além de ter deixado marcas profundas na sociedade influenciou, significativamente, a economia do país. Sob pretexto de um desenvolvimento econômico rápido o país endividou-se profundamente.

O processo de redemocratização do país foi um marco social e político neste momento. Derrotados, os militares deixam o poder e os novos dirigentes preocupam-se em desenvolver um novo aparato jurídico-institucional que culminaria com a constituição de 1988 na qual se encontram os princípios do novo sistema de saúde



brasileiro que vigora até os dias atuais. Na economia, pregava-se o crescimento com distribuição de renda.

Como observamos a previdência social brasileira já havia sido criada em situação adversa e com problemas estruturais no seu gerenciamento, marcados por roubos, falta de recursos e incapacidades administrativas. Sua crise eclodiu nos anos 80 em meio a estas novas tendências ideológicas de criação de um sistema de saúde diferente do que existia até então.

Vários pontos mudaram a conjuntura do sistema de saúde brasileiro sempre tentando redimensionar a questão financeira e a questão do acesso aos serviços de saúde. Estes serão abordados no tópico seguinte no qual se tentará passar a idéia de como o movimento sanitário brasileiro convergiu para a criação de um sistema único de saúde com características pretensiosas e desafiadoras.

#### **1.2.12. O Movimento da Reforma Sanitária**

O Movimento da Reforma Sanitária teve seu início dentro do meio universitário e contou com adesões de profissionais da área e pensadores. Esse movimento teve como objetivo uma análise crítica do modelo de assistência médica calcado na privatização.

As propostas do movimento passavam pela reorientação das políticas públicas de saúde enfatizando as diferenças sociais existentes no país. Entre as discussões proporcionadas pelo movimento toma corpo o conceito de saúde/doença, no qual se coloca em pauta a determinação social para a configuração de um novo modelo baseado nas condições de vida da população.

Um fator de influência no desenvolvimento desse modelo foi o conceito de saúde, defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, no qual a saúde passou a requerer uma articulação com as ações desenvolvidas em outras áreas, tais como: educação, moradia, saneamento básico, entre outros. Passa-se a pensar a saúde como algo muito mais ampliado do que a construção de um diagnóstico baseado tão somente no núcleo do conhecimento biológico.

Concomitantemente, a esse processo foram surgindo espaços importantes que serviram para fomentar as discussões dessas idéias para um novo sistema de saúde. Entre esses espaços deve-se destacar: as universidades, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como sendo instituições que reforçaram a necessidade de mudanças na saúde do país.

Com o desenvolvimento desses espaços, e com as constantes críticas ao modelo de saúde vigente da época, tem-se início o desencadeamento de uma série de medidas administrativas por parte dos governantes da época, com o propósito de amenizar a crise. Essas medidas tinham como objetivo contornar problemas de corrupção ocasionados pela não fiscalização pelo Estado dos diversos contratos feitos com empresas privadas. Esse fato, associado com o fim do milagre econômico do governo Médicci acabou acarretando uma crise financeira na previdência mencionada anteriormente.

Para tentar contornar a situação de crise que estava instalada no governo, no ano de 1974 anuncia a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MAPS), ocorrendo a separação da área do trabalho (até então responsável pela assistência médica no país) da área da previdência, com a criação do MAPS. E a partir dessa medida ficaram estabelecidas as competências de ambos.

No contexto da redemocratização, surgem novos atores na área da saúde, tais como: as associações dos secretários de saúde estaduais e também municipais, movimentos sociais, abertura para captação de novas experiências no segmento.

Em 1986 ocorreu a oitava Conferência Nacional de Saúde que se configurando em um espaço de discussão e negociação para a elaboração de um novo modelo de sistema de saúde, o qual encontra espaço legal no texto que culminou com a nova carta constitucional de 1988.

No Brasil, a história da saúde é marcada pelas conferências Nacionais de Saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde representa um dos mais importantes marcos na construção do atual sistema de saúde. Nela foram expostas idéias oriundas de um processo iniciado na década de setenta, através do movimento da reforma sanitária, o qual, criticava o modelo vigente e acenava para um novo modelo de sistema de saúde.

Em Agosto de 1985, através de um portaria do Ministério da Saúde, foi instituída uma Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS),

formada pelos seguintes membros: parlamentares, representantes de entidades sindicais, trabalhadores, empregados, órgãos de classe dos profissionais de saúde, partidos políticos, instituições públicas envolvidas com a área da saúde e entidades representativas da sociedade civil.

A 8ª CNS, realizada de 17 a 21 de Março de 1986, em Brasília, Capital Federal teve como temas centrais: a saúde como direito inerente à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com os princípios de universalização, participação e descentralização; a integração orgânico-institucional; a redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (união, estados, territórios e municípios) na prestação de serviços de saúde; e o financiamento do setor saúde.

Contando com a participação de mais de quatro mil pessoas, a conferência conseguiu elaborar um projeto de Reforma Sanitária defendendo a criação de um sistema único de saúde que centralizasse as políticas governamentais para o setor, dessa forma, desvinculando-as da Previdência Social.

A necessidade de reformular o sistema nacional de saúde foi ponto consensual nos discursos dos ministros da previdência, Raphael Magalhães, e da saúde, Roberto Santos, na abertura do 8ª CNS. No caso, a previdência defendia a municipalização para atingir esse fim, enquanto a saúde julgava necessário, antes de tudo, definir com clareza fontes de recursos para prestação de assistência preventiva e curativa.

Para o Ministro da Saúde, de nada adiantaria a unificação dos serviços, caso parte deles continue a merecer financiamento oriundo da contribuição dos trabalhadores, de mistura com o que deles se arrecada para aposentadoria e pensão, enquanto as atividades de prevenção continuarem sujeitas a pequenas fatias oriundas do tesouro nacional.

Nas discussões os temas debatidos foram: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento de Saúde. Passou-se, então, a uma discussão mais aprofundada o que era saúde. Para início das propostas, foi levantado o conceito ampliado de saúde, sendo esta considerada como o resultado das diferentes maneiras pelas quais a sociedade se organiza, e as conseqüentes desigualdades nos níveis de vida da população. Abrange os seguintes fatores: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

Percebe-se que o consenso firmado foi de que os um sistema de saúde deveria proporcionar o desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Para tal, o estado deveria garantir condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. As políticas de saúde necessitariam estar integradas com as demais políticas econômicas e sociais, além de ser garantido o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas pela população. Isso expressa a necessidade antiga de participação popular nas políticas públicas.

O setor público, foi considerado pela plenária, como anárquico, pouco efetivo e eficaz, o que acarretou, a longo tempo, o descrédito da população, a qual não se sente motivada para ir em busca de seus direitos. O setor saúde apresenta um acúmulo histórico em que os interesses de empresários da área médico-hospitalar foram privilegiados, e uma consequência séria desse quadro, é a precária formação de recursos humanos para o setor público.

A plenária da conferência vê como responsabilidade do Estado, através de políticas públicas, a melhoria das condições de vida da sua população, por meio da definição de uma forma de financiamento e administração de um sistema de saúde com acesso universal e igualitário, com operação descentralizada e com meios de garantia de qualidade das ações de saúde.

Encerrando esse tema, salienta-se que é de estratégica necessidade um movimento de mobilização popular para que sejam inseridas na nova Constituição as questões seguintes: saúde é de interesse coletivo, portanto, dever do Estado; a garantia do direito à saúde e acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis, não deixando de caracterizar os serviços de saúde como públicos e essenciais (esta última trata-se do princípio da integralidade).

Quanto a reformulação do Sistema de Saúde o primeiro ponto salientado foi de que era preciso criar um Sistema Único de Saúde em que se separasse totalmente saúde de previdência social, através de uma ampla reforma sanitária. A compreensão era a de que seria necessária a criação de um Ministério específico para a saúde, com uma rede hierarquizada e unidade de comando nos níveis estaduais e municipais. O novo sistema deveria seguir novos princípios.

Sua organização deveria respeitar a descentralização da gestão; integralidade da ação; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação

popular nas formulações das políticas, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações por meio de suas entidades representativas; fortalecimento do papel do município; práticas alternativas de assistência à saúde.

Como observamos anteriormente, o acesso aos serviços de saúde sempre foram limitados no Brasil. Esse foi um ponto muito discutido nesse momento histórico e chegou-se ao consenso de que as condições de acesso e qualidade deveriam preconizar: equidade em relação ao acesso; universalização; respeito à dignidade; atendimento de qualidade; direito à assistência psicológica sem discriminação.

Para que se atingisse os resultados esperados observou-se que os recursos humanos também deveriam ser otimizados. Em relação à essa política estipulou-se que a remuneração dos trabalhadores fosse condigna; que houvesse isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nas três esferas de governo; uma implantação do Plano de Cargos e Salários; capacitação e reciclagem permanente; admissão através de concurso público e estabilidade no emprego; composição multiprofissional das equipes de acordo com as especificidades; cumprimento da carga horário com incentivo à dedicação exclusiva; direito à greve e sindicalização.

Foi frisado também que o sistema único deveria fortalecer o setor estatal, visando a crescente estatização do mesmo. O setor privado deveria ter seus procedimentos controlados, sendo subordinado ao público e ao controle social. Além disso, sugeriu-se a proibição de propaganda de medicamento e produtos nocivos à saúde.

Outro fator que não poderíamos deixar de mencionar é a criação de um órgão que marcaria sobremaneira a participação popular no novo sistema de saúde brasileiro: a constituição do novo Conselho Nacional de Saúde. Com representantes dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e com o papel de orientar o novo Sistema Único de Saúde o mesmo auxiliaria definindo políticas, orçamento e ações que produzissem e estimulassem o sistema de saúde que todos queriam.

Conselhos locais, municipais, regionais, estaduais, também deveriam ser formados, permitindo uma participação maior da população no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde, garantindo o acesso à informação

No tocante ao financiamento do novo sistema, muito mais complexo e que geraria certamente um impacto financeiro muito significativo, propôs-se a constituição

de um orçamento social que englobasse os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios, que, inicialmente, seria repartido por setor. A parcela da saúde constituirá o Fundo Único Federal de Saúde, que terá forma análoga nos níveis estaduais e municipais. Esses fundos seriam geridos pela participação colegiada de órgãos públicos e a sociedade organizada.

A pretensão era de que os recursos para a saúde fossem prefixados sobre um mínimo da receita. A responsabilidade pelo financiamento passaria para o Estado, a quem cabe, desde então, também, fazer uma política descentralizadora e uma reforma tributária que sustentasse o novo modelo. Os recursos da previdência deveriam ser retirados do financiamento à saúde e substituídos gradativamente por outras fontes.

A distribuição desses recursos deveria levar em conta não apenas o contingenciamento da população e sua arrecadação fiscal. Para uma justa distribuição, as condições de vida e de saúde precisam ser consideradas.

Naturalmente que tamanhas mudanças provocaram um reflexo importante na sociedade e nos entes envolvidos com o segmento. A 8ª Conferência Nacional de Saúde conquistou um diferencial, por ter proporcionado um confronto de opiniões e de idéias entre produtores de serviços e consumidores.

A ausência do setor privado pode ser considerada como uma tentativa de evitar a discussão sobre o seu papel no setor saúde, as formas de relacionamento e de controle que o Estado usaria para conseguir mais eficácia e eficiência no atendimento da população e como impedir as fraudes.

Em relação a intervenção do Estado na área da saúde, a questão era como conseguir melhores condições de atenção à saúde da população. O setor privado, queria continuar a vender os serviços de saúde, seguindo a lógica da lucratividade expressa num crescimento vigoroso do setor na década de oitenta. Já o movimento sanitaria queria que se estabelecesse novos caminhos de relação com o setor privado, que se situasse com características de gestão pública. Uma vez que, a Previdência Social era a sua principal financiadora.

Buscando coerência neste sentido, é entendido a atenção á saúde como um direito de cada cidadão e dever do Estado, e os serviços por ela englobado passaram a ser concebidos como públicos, independentes do agente operador. Tal visão, gerou então a necessidade de estabelecimentos de normas e procedimentos jurídicos,

econômicos e administrativos que sustentem essa diretriz.

A intenção dessas diretrizes seria padronizar as ações das organizações públicas e privadas em suas operações custos e padrões de atendimento, sendo esses controlados em nível local, estadual e federal. Isso iria deixar no mercado apenas os prestadores de serviços que se submetessem a tais procedimentos, garantindo a operação equilibrada dessas organizações.

Cabe ressaltar que na conferência foi organizada uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a qual tinha a tarefa de elaborar de forma mais detalhada as propostas discutidas na conferência. Isso foi realizado no ano de 1987, e ao final contou com um conjunto de documentos que serviram de subsídio para os debates realizados na Assembléia Nacional Constituinte no mesmo ano. Essa fase de consolidação jurídico-legal dos princípios e diretrizes foi caracterizada através da possibilidade de legalização da reforma na Constituição Federal de 1988.

Portanto, as idéias do movimento pela reforma sanitária, defendidos e reafirmados na 8ª Conferência de Saúde tiveram um papel de extrema importância para aprovação da nova carta constitucional e, em especial, o título VIII, referente a Ordem Social, cujo Capítulo II, o da Seguridade Social, é composto por quatro seções: Disposições Gerais, da Saúde, da Previdência Social e da Assistência Social (Constituição, 1988).

No capítulo referente a saúde houve a incorporação dos princípios debatidos ao longo do processo de reforma, definindo, dessa forma, os princípios e diretrizes do sistema através da Constituição Federal que garantiu as bases mínimas para a reforma. No entanto, ainda faltava a construção da operacionalização da reforma, que continuou através da elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional, denominada de “Leis Orgânicas da Saúde”.

A Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990 está voltada para a organização básica das ações e serviços de saúde, quanto a direção, gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo no SUS. Essa Lei sofre diversos vetos do então presidente da república da época Fernando Collor, por isso foi elaborada e aprovada a lei complementar 8.142. Com a definição das leis complementares da saúde em 1990, fecha-se a base institucional necessária para a implantação efetiva da reforma.

Para a nova constituição a seguridade social passou a ser compreendida como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Constituição, 1988).

Ao Poder Público coube, então, a tarefa de organizar a seguridade social, garantindo a universalidade da cobertura e do atendimento, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, a irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio, a diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

A seguridade passou a ser financiada por toda a sociedade. Os recursos provêm do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício, das receitas ou o faturamento e do lucro.

Os trabalhadores e os demais segurados da previdência social também contribuem, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social. Também a receita de concursos de prognósticos e do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.

A saúde no Brasil ficou concebida como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O poder público ficou incumbido da regulamentação, fiscalização e controle do setor, podendo ser realizado por conta própria através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

As ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar, então, uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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



- 2- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- 3- participação da comunidade.

Ainda segundo as novas premissas postas em nossa nova Carta Magna de 1988 o Sistema Único de Saúde ficaria responsável por controlar e fiscalizar todos os procedimentos, produtos e substâncias que por ventura viessem a se tornar de interesse para a saúde e, até mesmo, participar da produção de medicamentos, equipamentos, outros insumos. Caberia ainda praticar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, ordenar a formação de recursos humanos para área de saúde, executar ações de saneamento básico, atuar no desenvolvimento científico e tecnológico e dar sua contribuição para preservar o meio ambiente.

Depois de tantas mudanças, a previdência social finalmente tomaria a forma com a qual se encontra nos dias atuais. A mesma passou a ser organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservassem o equilíbrio financeiro e sua sustentabilidade em longo prazo.

Sendo assim, a cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada, a proteção à maternidade, proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário, o fornecimento de um salário-família, o fornecimento de uma pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes passaram a ser situações de responsabilidade também dessa instituição.

Conforme posto ao longo desta discussão, a assistência social foi um problema para os mais necessitados ou desempregados ao longo de nossa história. O novo modelo, por sua vez, firmava, na constituição, que a assistência social deveria ser prestada a quem dela necessitasse, não mais importando se a pessoa estava contribuindo no momento, garantindo, legalmente, a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice em todas as suas peculiaridades.

Os recursos para tanto seriam provenientes da seguridade social sendo que a estrutura administrativa passaria por um processo de descentralização político-administrativa com participação da população na formulação das políticas e na fiscalização das ações. Atualmente, esse novo modelo passa por uma crise profunda marcada pela falta de qualidade no atendimento, não cumprimento de suas obrigações

legais, apresentando sucessivas greves de funcionários reivindicando melhores condições de trabalho, perdas trabalhistas e aumento salarial.

Observa-se, então, que a Constituição Federal estabeleceu os direitos e deveres básicos dos cidadãos brasileiros, mas, em geral, para que os mesmos pudessem ser usufruídos ou exercidos necessitou-se de outros atos legislativos que os regulamentassem. O Ministério da Saúde elabora uma Proposta Operacional Básica (NOB 91) que passa pela aprovação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Posteriormente, viriam quatro normas que norteariam o novo sistema de saúde criado: NOB 92, NOB 93, NOB 96, Normas operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01 e NOAS 02.

A NOB 91 e a NOB 92, rege regras principalmente na organização geral do sistema e na forma como deveriam ser tratadas as informações a partir de então. Antes, o financiamento dos serviços prestados era diferenciado para prestadores públicos e privados. A partir das regras, passou a existir uma tabela de remuneração pelos mesmos igualando o pagamento para serviços públicos e para os privados. O repasse ficou condicionado, portanto, à prestação de serviço, fato que geraria problemas sérios de superfaturamento. A regulamentação criou e ampliou os sistemas de informações existentes, sendo que a gestão ficou concentrada em nível federal.

Na norma de 1993, temos mudanças significativas que já começam a marcar e caracterizar o que temos em termos de sistema de saúde no Brasil. Como a pretensão de fomentar a descentralização foram criadas modalidades (incipiente, parcial e semi-plena) de atenção à saúde nas quais os estados e municípios deveriam enquadrar-se com suas responsabilidades e prerrogativas, dando maior autonomia aos municípios.

A norma operacional básica de 1996 determinou uma estratégia para a atenção básica: a Política de Saúde da Família (PSF) na qual, equipes de saúde seriam formadas por diversos profissionais (médicos, enfermeiros, agentes de saúde, dentistas, auxiliares) com uma outra lógica de atenção. Propõem, também, uma política de incentivos financeiros baseada no cumprimento de metas nos indicadores de atenção básica (PAB variável). Paralelo a isso, há a proposta de uma pactuação para cumprimento de metas integradas com os outros níveis de gestão: programação pactuada e integrada (PPI).

No tocante dos recursos financeiros, essa norma preconiza o repasse dos mesmos do fundo federal para os fundos municipais de saúde. Foram definidos os pagamentos dos incentivos e define o financiamento da atenção básica pelo número de habitantes do município. Com isso houve um fortalecimento do papel dos municípios e define melhor o papel das unidades de federação (Estados) na atenção à saúde.

Em 2001, foi criada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). No ano seguinte, foi promulgada sua segunda edição. Poderíamos citar como avanços que as mesmas propiciaram ao SUS a regionalização cada vez maior da atenção, ampliando a responsabilidade dos municípios e estados pela atenção básica. Outro fator importante foi implantação e instrumentalização dos programas pactuados integrados. As PPIs ganharam importância significativa, pois determinavam recurso para a média complexidade, influenciando diretamente os hospitais.

Como a atenção básica era o foco de estímulos para os gestores federais, nesse momento os recursos para ações que a promovessem foram ampliados. Nesse momento, há um movimento no sentido de instrumentalizar, com recursos diversos, estados e municípios para que os mesmos conseguissem cumprir com suas obrigações conforme a classificação que adotassem. Observa-se, portanto, uma organização melhor estruturada e fundamentada nos níveis de atenção (baixa, média e alta complexidade) propiciando não só uma descentralização das ações, mas, também, uma desconcentração de poder decisório.

Os números dos repasses financeiros aos municípios e estados mostram que houve uma evolução significativa no nível de descentralização político administrativa posteriormente às normas expostas anteriormente. Atualmente, todos os municípios e estados brasileiros recebem seus recursos fundo a fundo. Observa-se, também, que praticamente 100% dos recursos assistenciais são repassados aos estados e municípios.

Todos os fatores aqui colocados e discutidos até o momento levaram a uma conjuntura político-administrativa muito peculiar em termos de organização de sistemas de saúde. As normas operacionais não são as únicas que norteiam o rumo do SUS. Umhas séries de portarias normativas, muitas vezes, se sobrepõem e dificultam a gestão. A habilitação dos municípios vinculada à transferência de recursos, muitas vezes, gera situações nas quais os municípios não têm condições de arcar com as responsabilidades assumidas.

As NOAS trataram mais especificamente sobre os recursos financeiros federais. A emenda constitucional nº 29 trata mais especificamente de “vácuo”, ponderando recursos mínimos que a federação, os estados e municípios deveriam aplicar. Estipula, por exemplo, que, até o ano de 2004, estados e municípios deveriam investir em saúde 12% e 15% respectivamente de suas arrecadações.

A regulamentação via instrumento legal, das formas de investimento, quantidades de recursos a serem aplicados, e forma de organização que o sistema deva assumir facilita a implantação de sistema de saúde com as pretensões assumidas pelo brasileiro. No entanto, em um segundo momento, acredita-se que a dinamicidade que o sistema e seus serviços de saúde devam assumir para tratar situações diferentes de formas diferentes (equidade) exige maior flexibilidade legislativa.

O Brasil é um país continental com muitas desigualdades sociais e econômicas. Se o objetivo é a descentralização, até mesmo para que as desigualdades microrregionais sejam contempladas, é necessário aperfeiçoamento da gestão local e uma compreensão muito clara, por parte dos dirigentes de todas as instâncias, de qual é a sua contribuição para a consolidação do sistema.

## *CAPÍTULO 2*

---

### *Os Seguros Suplementares de Saúde no Brasil*



## **2.1. FORMAÇÃO E BASE JURÍDICA DOS SEGUROS SUPLEMENTARES**

No Brasil, os seguros suplementares de saúde são uma alternativa para quem necessita de algum tipo de atendimento que envolva o cuidado de sua saúde e não deseja utilizar o sistema de saúde público. Como vimos anteriormente, o Sistema Único de Saúde está compreendido entre os serviços de saúde público e os ditos suplementares. Ao Estado, no entanto, cabe a responsabilidade de normatizar e fiscalizar o setor.

Nos anos sessenta as cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo passam a ser financiadas através de convênios estabelecidos entre a Previdência Social e as fábricas. Na medida em que um funcionário tivesse vínculo empregatício, a previdência social deixava de ter responsabilidade pela assistência médica dos empregados. Por sua vez, as empresas deixavam de pagar parte da contribuição à previdência social e ofereciam os serviços de saúde aos seus funcionários de forma direta ou com a contratação de terceiros.

Observa-se, no entanto, que a oferta dos mesmos ficava a vontade das empresas ou prestadores. Em casos de doenças onerosas, por exemplo, as garantias de assistência à saúde ficavam comprometidas. No final dos anos setenta o número de clientes de planos privados estava na casa de 15 milhões, sem incluir os clientes de planos particulares, os quais vieram a aderir aos planos privados, no final dos anos oitenta, a partir da entrada das grandes seguradoras o mercado de saúde suplementar toma novo corpo, aumentando às possibilidades de quem, por ventura, optasse em ter um plano de saúde privado.

No início dos anos noventa, com o aumento do interesse da população para aquisição de um plano de saúde, nota-se um aumento quantitativo da oferta desses serviços, contudo percebe-se que esse aumento não foi acompanhado qualitativamente. Esse processo de fragmentação da rede de serviços atinge seu ápice quando em um mesmo hospital, por exemplo, além de estar conveniado com o sistema público (SUS) e com numerosas empresas de assistência suplementar, também se torna uma empresa de plano de saúde.

Como vimos, através do Sistema Único de Saúde, o cidadão tem o direito às ações preventivas e curativas, acesso a medicamentos e internações hospitalares e a

outras ações que forem necessárias, sem que para isso tenha que pagar diretamente. No entanto, o acesso universal aos serviços de saúde para população foi, e continua sendo um dos grandes desafios para sua efetiva implantação.

Essas dificuldades agravam-se no início dos anos noventa, principalmente, no que tange a parte financeira, pois para se manter um sistema universal, deve-se, dentre outros, haver a contrapartida financeira dos estados e municípios. Esse cenário de incerteza causado em muitas pessoas teve como consequência uma grande adesão por planos de saúde, o que colaborou fortemente para a expansão do sistema de saúde suplementar no Brasil.

O mercado de planos de saúde cresceu consideravelmente entre os anos de 1987 e 1998, visto que o número de operadoras quase triplicou nesse período (BAHIA, 2001). Percebe-se também que nesse mesmo período as operadoras travam uma disputa acirrada para conquistar o maior número possível de clientes, fato que teve como consequência uma variedade de contratos pouco claros das obrigações, tanto, por parte das operadoras, quanto, por parte dos clientes. Esses contratos, muitas vezes, eram feitos sem que o consumidor soubesse de forma clara, no que o plano de saúde deveria se responsabilizar.

Dessa forma, nem sempre os contratos feitos eram claros, no que diz respeito: a carência, tempo de internação, exames complementares, emergência, número de consultas, entre outras. Os contratos redigidos com termos de difícil entendimento por parte dos segurados fizeram com que os segurados procurassem os PROCONS – Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor, em cujas listas das empresas privadas de assistência figuravam entre as que mais recebiam reclamações por causa dos excessos cometidos.

Todo esse cenário está relacionado com o aumento, não controlado por parte do Estado, das empresas prestadoras de serviços de saúde. Esse descontrole do Estado fez com que surgissem muitas empresas de planos de saúde, entre as quais algumas acabaram falindo e deixando os consumidores desprotegidos, pois a comercialização dos planos de saúde passou a ser mais importante do que aquilo que era oferecido.

Dessa forma, houve uma variedade de planos no mercado o que tornava impossível o controle sobre eles, pois existiam planos para diversos tipos de problemas que eventualmente pudessem a vir apresentar em termos de saúde, existindo, desse



modo, grande variação na extensão e na qualidade dos serviços oferecidos pelos planos de saúde.

Os números das empresas que forneciam assistência médica privada no Brasil nos anos de 1996, um pouco antes da regulamentação do setor, são marcantes. As empresas somadas atendiam aproximadamente 39 milhões de pessoas, existiam 870 empresas (550 medicina de grupo, 20 seguradoras, 300 cooperativas médicas). O faturamento anual girava em torno de 10 bilhões de reais. Os gastos com atendimento médico-hospitalar chegavam a 8,6 bilhões de reais. O preço anual médio cobrado dos segurados era de 295 reais e o gasto médio anual por pessoa não passava de 235 reais. Eram mais de 250 milhões de atendimentos médico-hospitalares por ano (VEJA, 1996).

Fator relevante nesse contexto era o fato de que as empresas seguradoras recebiam, mesmo que indiretamente, subsídios da ordem de 2 bilhões de dólares na medida em que o governo não arrecadava impostos provenientes de gastos com saúde. As formas de registro das instituições também favoreciam as seguradoras, pois havia a possibilidade de caracterizarem-se como entidades filantrópicas, se mantivessem 60% dos leitos para atendimentos SUS, sem fins lucrativos o que lhes dava um desconto significativo nos impostos.

Enquanto o salário mínimo era de duzentos reais por mês, um plano de saúde, dito superplano, mas que não garantia assistência em todos os casos de doença, custava 1.553 reais, ainda a diferença entre o que uma pessoa de trinta anos e o que uma pessoa de sessenta anos pagava poderia chegar a 400%. No entanto, havia planos com custos mensais bem mais em conta como os de 40 reais por mês. A diferença estava, evidentemente, no que era oferecido.

Devido ao desmantelamento que o Estado Brasileiro sofreu, conforme vimos no capítulo anterior, as empresas de seguros privados cresceram na medida em que o Estado não oferecia os serviços que lhe cabiam com a qualidade esperada. A população, dessa forma, teve que optar entre as operadoras e suas formas de organização e cobertura dos planos que ofereciam assistência à saúde.

As empresas caracterizadas como medicina de grupo, seguradoras e cooperativas médicas muitas vezes se confundiam nos serviços que prestavam. Suas formações jurídicas também eram diferentes, dando conotação igualmente diferente nas garantias de prestação de serviço em caso de uma possível falência. As seguradoras de saúde

confundiam-se, por exemplo, com seguradoras de carro, seguros de vida. Isso também gerava confusão na hora do usuário optar por uma delas. A busca de informação antes de fechar um contrato era preconizada nos meios de comunicação, mas o mercado havia tomado forma pouco palpável às pessoas.

A tabela da página seguinte apresenta as diferenças entre os valores cobrados e as respectivas ofertas de serviços. A análise de todas as ofertas que o mercado propiciava era difícil e confundia quem desejava adquirir um plano de saúde. Outro fator importante era a análise do que estava no contrato e a estrutura que operadora do plano tinha para cumprir como mesmo.

**TABELA 6 - Perfil e a relação entre os valores cobrados e os contratos firmados com os clientes**

Perfil					Aos 30 anos				O que está no Contrato					
Empresa	Cliente	Médicos	Laboratório	Hospitais	Plano mais Barato	Plano mais Caro	Carência Mínima	Carência Máxima	Internação	UTI	Preexistentes	Crônicas	Intensas	contagiosas
<b>Sul Améri ca</b>	1,5 milh ão	16.3 59	401 2	105 9	R\$ 21,44 (cobertur a p/ internaçõe s)	R\$ 414,43 (consultas, exames e internaçõe s)	Zero para acidentes pessoais	18 meses para cirurgias cardíacas e transplant es	36 5 dia s por an o	36 5 dia s por an o	Nã o	Si m		Si m
<b>Amil</b>	950 mil	8.00 0	150 0	850	R\$ 44,36 (cobertur a p/ internaçõe s)	R\$ 183,52 (consultas, exames e internaçõe s)	Zero para exames pessoais, consultas e exames básicos	18 meses para internação de alta complexid ade	36 5 dia s por an o	36 5 dia s por an o	Si m	Si m		Em Par te
<b>Nacio nal Saúde</b>	100 mil	280	12	26	R\$ 27,47 (internaç ão em enfermar ia)	R\$ 102,57 (internaçõe s em apartament os)	3 meses para exames de tomograf ia	10 meses cirurgias de emergênci a	90 dia s por an o	30 dia s por an o	Si m	Si m		Nã o

<b>Saúde Unicolor</b>	150 mil	2.000	40	120	R\$ 26,75 (internação em enfermagem)	R\$ 361,90 (apartamento com direito a ressarcimento dos serviços fora da rede)	10 dias para acidentes pessoais	24 meses para doenças preexistentes	30 dias por ano	30 dias por ano	Sim	Sim	Não
<b>Porto Seguro</b>	150 mil	3.967	608	252	R\$ 263,31	R\$ 263,31	Zero para acidentes pessoais	18 meses para algumas cirurgias	365 dias por ano	365 dias por ano	Não	Não	Não
<b>Golden Cross</b>	2,5 milhão	15.240	2000	1000	R\$ 44,01 (internação em enfermagem)	R\$ 569,28	30 dias para exames	540 dias para câncer, por exemplo	365 dias por ano	365 dias por ano	Não	Sim	Em parte
<b>Amigo</b>	550 mil	2.000	17	41	R\$ 34,32 (internação em quarto coletivo)	R\$ 59,64 (internação em apartamento)	30 dias para consultas	18 meses para acidentes vasculares cerebrais, cirurgias cardíacas	60 dias por ano	30 dias por ano	Não	Sim	Em parte
<b>Omini</b>	35mil	341	66	38	192,00 Reais (cobertura p/ internações)	R\$ 590,00	1 mês para consultas, exames laboratoriais e alguns radiológicos	19 meses para neoplasias	90 dias por ano	90 dias por ano	Sim	Não	Não

<b>Saúde Bradesco</b>	1,4 milhão	23.000	9500	2200	R\$ 39,99 (internação em enfermaria)	R\$ 101,95 (internação em quarto e coberturas opcionais)	Zero pra acidentes pessoais	18 meses para cirurgias de grande porte, AIDS	365 dias por ano	365 dias por ano	Não	Não	Em parte
-----------------------	------------	--------	------	------	--------------------------------------	--	-----------------------------	---	------------------	------------------	-----	-----	----------

Fonte: adaptado de Revista Veja, maio 1996, pp. 50.

Observa-se que as pessoas tinham um mar de opções na hora de escolher um plano de saúde. A realidade dos planos de saúde é trabalhar com a subjetividade que a doença apresenta e com a necessidade de tornar lucrativo seu negócio. Uma pessoa não sabe quando vai ficar doente e nem uma população. No entanto, as seguradoras têm números estatísticos claros nos quais se baseiam para firmarem contratos com seus clientes.

Os estudos epidemiológicos das populações mostram a média de consultas que as pessoas provavelmente irão fazer por faixa etária. De 18 a 45 anos a probabilidade é de que uma pessoa faça três consultas por ano. A partir dos 60 anos o número passa para quatro consultas. A probabilidade de uma pessoa sofrer uma internação até os 17 anos é de apenas 6%. Dos 18 aos 45 anos é de 10%. Dos 46 aos 59 anos é de 14%. Já acima de 60 anos a chance sobe para 27%. O tempo de internação dos idosos é de, em média, cinco dias o dobro do das crianças e adolescentes (VEJA, 1996).

Outro cenário existente antes da regulamentação do setor era o de empresas que firmavam contratos com seus funcionários para assistência à saúde formando planos de autogestão. Com desculpa de serem sem fins lucrativos, as mesmas ganhavam isenção fiscal por enquadrarem-se como entidade filantrópica. Os valores cobrados eram muito mais baratos que os do mercado. Apesar das operadoras afirmarem que seus lucros giravam em torno de 5%, consultores do setor afirmavam que os mesmos poderiam chegar a 15% do faturamento.

Como não havia regulamentação do setor, o governo não tinha como saber sobre abuso de preços. A consultoria Towers Perrin, que atuava na área, acreditava que, na época, o valor total de um plano era resultado de seus custos médicos (60% a 70%), de suas taxas de administração (10% a 12%) e de custos de comercialização e lucro.

Percebe-se, no entanto, como vimos no quadro acima que as diferenças nas modalidades dos planos poderiam diferenciar a composição dos custos.

A Tabela 8 mostra os números e estimativas, conforme a faixa etária, do uso dos serviços, do número de exames por consultas, do índice de internação, do tempo médio de internação, do percentual de internados que vão para a UTI e do gasto mensal do plano com a clientela. Observa-se que a conta médica dos idosos é maior do que a dos mais jovens, fato que se reflete nos ajustes constantes das mensalidades dos planos.

**TABELA 7 - Relação entre faixa etária e uso dos serviços assistenciais**

Serviços Utilizados	Faixa Etária			
	0 a 17 anos	18 a 45 anos	46 a 59 anos	60 anos ou mais
Consulta por ano	2,5*	3	3,5	4
Número de exames por consulta	0,5	0,9	1,2	1,5
Índice de Internação (%)	6	10	14	27
Tempo Médio de Internação (dias)	2,4	3,3	3,8	5,1
Percentual de Internados que vão Para a UTI	4	4	10	13
Gasto mensal do Plano com a Clientela **	18,5	42	58,5	74,5

Fonte: adaptado de CRC consultoria e administração em Saúde **et al** Veja 1996, pp. 55.

\* desconsiderado os valores de 0 a 1 ano que giram em torno de 12 consultas/ano.

\*\* per capita em reais

Diante da incerteza por parte do governo quanto aos valores cobrados e suas margens de lucro a perspectiva de regular o setor através da concorrência internacional surgiu. Abrir o mercado brasileiro para as grandes seguradoras foi uma proposta estudada pelo congresso nacional e que não foi liberada pelo mesmo, pois envolveria ajustes na nova constituição.

As fraudes também contribuíam para os gastos com os planos de saúde o que acabaria sendo repassado como custo para os segurados. Estimava-se que o número de pagamentos indevidos poderia chegar a 20% do valor cobrado às seguradoras pelos prestadores de serviço. As atividades de auditoria atuavam de forma contundente nesse âmbito gerando muitas intrigas e problemas judiciais. Os médicos participavam diretamente desse contexto, pois eram os que autorizavam os gastos dos planos de saúde com exames e consultas.

É justamente na figura desse profissional que ocorriam situações graves para as operadoras de serviços de saúde, situações essas que, aliás, perduram até os dias de hoje. A questão girava e gira entre a relação do pagamento dos honorários médicos, a qualidade dos serviços prestados e os custos para as operadoras dos serviços prestados.

Uma operadora pagava ao profissional médico, por consulta, cerca de 25% do valor cobrado se a mesma fosse feita no seu consultório particular. Isso forçava os profissionais, que não se contentavam com os valores pagos e com os rendimentos no final do mês, a realizarem até quatro consultas em uma hora. A qualidade ficava prejudicada evidentemente. Guardadas as proporções, os serviços passaram a ser considerados o INAMPS da classe média. O contexto de preços altos e serviços de baixa qualidade muitas vezes eram o cenário formado no setor de saúde suplementar. Essa situação não mudou nos tempos atuais mesmo após a regulamentação.

Até a criação da Agência de Saúde, o setor de saúde suplementar não possuía qualquer tipo de controle e os clientes que faziam uso desses serviços estavam desprotegidos de problemas de toda ordem que ocorressem com as operadoras. Muitas pessoas foram prejudicadas pela falta de capacidade gerencial e técnica das operadoras que acabavam falindo e deixando seus clientes sem assistência.

É justamente esse ponto que passaria por uma profunda discussão. Ocorria que os contratos estabelecidos com os clientes limitavam a assistência prestada e tornavam a relação entre ambos, estreita na qual o usuário sempre saia perdendo. Havia a necessidade, assim, de estabelecer regras que evitassem a exclusão ou a exceção de cobertura tendo em vista, em muitos casos, a dificuldade da população, por motivos diversos, para a realização dos contratos.

Nessa conjuntura, as discussões giravam em torno da criação de um plano de referência. O mesmo justificava-se, segundo os parlamentares da época, pela

necessidade que a operadora teria de provar condições para realização do serviço contratado. Os consumidores poderiam ter mais chances de observar as exclusões de cobertura de seus contratos; havendo um produto padrão, seria mais fácil comparar os valores cobrados pelas operadoras e, por fim, permitiria um referencial para os consumidores optarem ou não pelo seguro integral.

Este modelo acabou sendo adotado e ficou a cargo da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a regulação do setor em um primeiro momento. Nessa fase, o Ministério da Saúde, por mais estranho que pareça, ausentava-se da responsabilidade de ação mais direta na regulação e posicionava-se como um assessor desta entidade.

Até o ano de 1988 existem diferentes informações do número exato de pessoas cobertas pelos planos de saúde. Segundo informações das empresas que forneciam os planos, existiam cerca de 41,5 milhões de segurados. A pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD – da mesma época registrou um número menor: 38,7 milhões de pessoas.

A cobertura dos planos estava concentrada nos extratos populacionais com maior poder de compra. Nas famílias com renda mensal acima de vinte salários mínimos o percentual alcançava 76% das famílias com cobertura. Nas de até cinco salários mínimos este percentual era de 57% das famílias cobertas. Cabe ressaltar que esses dois percentuais não chegam a 10% da população total do Brasil, o que demonstra a importância de existir um sistema público que seja capaz de atender a população em geral, mas que tenha uma atenção especial aos que mais necessitam.

Isso nos remete a um dos princípios do sistema de saúde público que é o da equidade, no qual, busca estabelecer regras para a distribuição mais equitativa dos recursos. De forma mais ampla tenta tratar os diferentes de forma diferente. Isso pode se exemplificado através de desigualdades geográficas, pois pessoas de diferentes regiões devem ser tratadas com diferentes prioridades. Enfatizando sempre para aquelas em que se encontra com maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Ao ser legalizada a saúde através do sistema de saúde na Constituição Federal o SUS é orientado pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, participação social e a complementaridade do setor privado deve estar presente nos objetivos para que venham a ratificar o modelo de atenção preterido pelo Sistema Único de Saúde.

As discussões, no Brasil, de como o setor deveria ser regulado duraram dez anos. Diferentemente de outros países nos quais o segmento ficou com regulação baseada na economia e no mercado, o Estado brasileiro optou por uma regulação também dos serviços oferecidos aos clientes e com a proteção legal dos consumidores.

Pode-se dizer que a regulação do setor é tardia no Brasil tendo em vista sua preconização já na Lei orgânica da saúde em 1988. Havia dezenas de projetos sobre o assunto que tramitavam no Congresso Nacional há algum tempo. Nesse primeiro momento, as atenções estavam voltadas para as relações econômicas envolvidas no setor e as formas de contratação dos serviços.

A regulação do setor passaria, dessa forma, por uma forte abordagem teórica, conceitual e prática. Segundo o Ministério da Saúde seus objetivos com a regulamentação do setor eram:

- 1- Assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura integral e regular as condições de acesso;
- 2- Definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas que operam no setor;
- 3- Definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que garantissem a continuidade da prestação de serviço;
- 4- Dar transparência e garantia à integração do setor ao SUS e o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados no sistema público;
- 5- Elaboração de um sistema de controle que evitasse a cobrança abusiva dos usuários;
- 6- Definir um sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor.

No entanto, as propostas que surgiram antes da regulamentação definitiva do setor nem sempre garantiam os direitos dos consumidores. As correntes de Senadores e Deputados se difundiam em meio às nuances do mercado e ao jogo de interesses existentes nesse mercado de aproximadamente 17 bilhões de reais por ano.

Observando as discussões da sociedade através de jornais da época e dos críticos do setor que acompanhavam as discussões, percebe-se que, após o afunilamento no congresso das diversas propostas para a regulamentação do setor, houve uma divisão entre os membros da câmara dos Deputados Federais. Na realidade já havia um projeto aprovado na Câmara dos Deputados para regulamentação do setor no final do ano de



1998. No entanto, devido a movimentos políticos e, certamente, muitos interesses envolvidos, o Senado Federal defendia outra redação para que a aprovação do mesmo fosse realizada no Senado.

Se esse projeto fosse aprovado com a redação apresentada no Senado os prejuízos para os segurados seriam enormes. Os profissionais que se aposentassem no ano de 1998 perderiam o direito de continuar associados aos planos de suas empresas. As operadoras de planos de saúde continuariam com o direito de rescindir os contratos de forma unilateral. As carências para prestação de serviços poderiam ser impostas aos segurados pelas operadoras. O número de dias que as pessoas poderiam ficar na UTI era estipulado pelas seguradoras.

Havia o grupo de Senadores que queriam aprovar o projeto com o texto apresentado sem alterações. Outros, no entanto, queriam que o texto passasse por mudanças o que era tecnicamente inviável em nível de senado. Em meio às burocracias os projetos eram postergados; ganhando, dessa forma, as operadoras que, sem regras claras para o setor, mandavam e desmandavam.

O mercado de assistência à saúde se movimentava em busca de quem podia pagar pelos atendimentos médico-hospitalares. Em meio a essa demora para a regulamentação do setor, outras possibilidades surgiam para os que estavam dispostos a pagar pelos atendimentos em caso de doença. A Associação Médica Brasileira (AMB) lançou em junho de 1998 o Sistema Nacional de Atendimento Médico (Sinam). O Sinam funcionava da seguinte maneira: as pessoas se associavam a um custo de aproximadamente 30,00 reais e pagavam somente quando utilizassem um determinado serviço.

Enquanto uma consulta médica particular custava 100 reais os associados pagariam 39 reais pelo mesmo atendimento. Da mesma forma para um exame laboratorial de hemograma, por exemplo, que custava 50 reais nas grandes cidades o associado pagaria apenas 9 reais. As pessoas que por ventura tinham um plano de saúde poderiam usar o sistema da mesma forma. Nos casos de assistência hospitalar os valores pagos seriam mais baixos do que normalmente ocorreriam.

Nesse momento, o contexto era de uma ausência de informação e de experiência gerencial do governo na regulação do setor. Estimava-se, segundo o Ministério da Saúde, que existissem cerca de 700 operadoras com as mais diversas formas de

organização possível, um número de consumidores estimado de 40 milhões e variadas modalidades de cobertura.

Absurdos aconteciam em termos de assistência à saúde antes da regulamentação do setor. Ocorriam rompimentos de contratos, de forma unilateral, em casos de doenças graves e onerosas, filhos recém nascidos de mães que possuíam contratos com operadoras não possuíam direitos sendo seus gastos no hospital cobrados a parte, internações hospitalares eram interrompidas com justificativas contratuais. Percebe-se, portanto, que a assistência à saúde era vendida como um produto limitado às cláusulas contratuais, que, evidentemente, sempre beneficiavam o lucro em detrimento à integridade das pessoas.

Ficou estabelecido, então, que o modelo de regulação seria dividido entre a parte assistencial e de regulação do segmento. A primeira ficaria a cargo do Ministério da Saúde que passaria a contar com mais essa responsabilidade, fazendo as adaptações necessárias em sua estrutura. A segunda ficaria sob responsabilidade do Ministério da Fazenda através, dentre outros, do setor de Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

Segundo a Constituição Federal de 1988 no seu artigo 199 - “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. A mesma Lei dita que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

O desenvolvimento dessas operadoras foi acontecendo sem que elas estivessem sendo submetidas à regulação do Estado. Uma primeira etapa da regulamentação do sistema de saúde suplementar teve início com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e se estendeu até a aprovação da lei nº 9.656/98.

Um ano depois do surgimento da Lei 8080, iniciou-se o debate no Congresso Nacional sobre os rumos dos seguros suplementares de saúde no Brasil. No ano de 1991 é a vez do código de defesa do consumidor passar por reformulações objetivando a adequação à nova realidade pós Lei 8080. Somente no ano de 1997 é aprovado o projeto de lei que regulamentava o a saúde suplementar. No ano de 1998 é debatida e aprovada pelo Senado a Lei 9.656/98 que ditaria as primeiras regras para o setor de saúde suplementar no Brasil.

Essas novas regulamentações pretendiam acabar com problemas freqüentes entre operadoras e usuários. Depois dos casos de falta de assistência e cobertura pelos planos, talvez o mais sério fosse a forma como os planos de saúde eram reajustados. As administradoras de planos de saúde alegavam que os reajustes anuais estavam previstos em contrato e tinha causa na chamada inflação setorial. Esse índice leva em conta os honorários médicos, as despesas e as taxas hospitalares, os medicamentos e os gastos administrativos nos últimos 12 meses.

Por sua vez, o Programa Estadual de Defesa do Consumidor (PROCON) entendia que os reajustes eram legais, pois estavam previstos nos contratos, demonstrando uma visão centrada unicamente nas normas legais e abdicando de mudanças que o mercado exigia no momento. Já a SUSEP concordava com aumentos desde que os mesmos fossem anteriores a data da promulgação da Lei 9656/98. Aumentos relativos à adaptação de contratos dependiam de sua prévia liberação.

Nesse momento, as operadoras simplesmente comunicavam os contratantes que ocorreriam aumentos. No ano de 1997, houve um aumento que girou entre 9% e 29%. A operadora Golden Cross aumentou 11,13% suas mensalidades, a Amesp 9,37%, a Lincx 10% para os planos mais simples e 17% para os planos completos, a Unimed São Paulo aumentou 29% justificando não ter havido aumento nos últimos 12 meses e sendo esse autorizado pelo governo. As justificativas para os aumentos estão relacionadas, segundo os gerentes das operadoras, pelos aumentos nos custos, sendo que o menor índice (AMESP) foi justificado justamente pela melhoria na administração através negociações bem sucedidas com fornecedores, laboratórios e hospitais (Zero Hora, 1997).

Os usuários, no ano de 1998, arcaram com um aumento, referente ao período de junho de 1997 a junho de 1998, de 5% a 11% em suas mensalidades. Isso gerava naturalmente uma situação de desequilíbrio financeiro em muitas famílias. Esses aumentos eram muito superiores às taxas de inflação que no ano de 1998, segundo o IGP-M, foi de 4,95%. A Blue Life aumentou 10,7% seus preços nos aniversários de contratos entre os anos de 1997 e 1998. No mesmo período, a Golden Cross aumentou 5,37% e a Unimed Porto Alegre 5% (Zero Hora, 1998).

Não raros os casos em que as operadoras foram processadas ou inquéritos instaurados para averiguação de cobrança abusiva pelas mesmas. Os reajustes abusivos atingiam a totalidade das seguradoras com maior ou menor intensidade. As ações eram movidas por diversas entidades que se sentiam prejudicadas, dentre elas, a Associação

Médicas Brasileira, o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) e políticos.

Ocorre que, posteriormente a primeira etapa para a regulamentação do sistema de saúde suplementar na carta constitucional, teve início um processo de apresentação de vários projetos (24) e emendas parlamentares (131) que tramitaram no congresso nacional. Dentre esses projetos foi escolhido o projeto do senador Iram Saraiva por ser mais favorável aos consumidores. Esse projeto, considerado por muitos como tímido, tramitou nas casas legislativas (Câmara dos Deputados e Senado), sofrendo diversas alterações se transformando em lei no dia quatro de junho de 1998.

Salienta-se que logo após a aprovação desta lei foi editada a medida provisória 1.665/98 que alterava o texto anterior, fato que se tornou corriqueiro. Naturalmente, o momento era tenso tanto para as operadoras como para os segurados ambos tentando garantir o melhor para si. Essa medida proibiu, de imediato, qualquer mudança nos contratos com usuários dos planos, sendo uma garantia importante para a defesa dos direitos dos consumidores de planos de saúde. Além disso, estipulou o prazo máximo de 18 meses para as operadoras se adaptarem as novas regras.

A medida provisória também determinou que o Conselho Nacional de Seguros Privados é o responsável pela fiscalização da saúde financeira dos planos de saúde. Da mesma forma, apontou medidas punitivas para as desconformidades perante as novas regras legais impostas pela Lei 9.656/98.

A Lei 9.656/98 deu garantias importantes aos usuários e estabeleceu regras para autorizar, acompanhar e intervir no funcionamento das operadoras. A partir de então, o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) seria responsável pela regulamentação dos planos privados de assistência à saúde. A constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos de privados de saúde seriam, dessa forma, de sua responsabilidade.

A Superintendência de Seguros Privados, órgão do CNSP passou por algumas mudanças estruturais, contando com um setor específico para o tratado de suas novas responsabilidades que seriam: autorizar os pedidos de constituição, funcionamento, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário das operadoras de planos privados de assistência à saúde, fiscalizar as atividades das

operadoras, aplicar as penalidades cabíveis, promover a alienação da carteira de planos ou seguros das operadoras dentre outros de cunho operacional administrativo.

Ao Ministério da Saúde caberia a função de apoio à SUSEP, agora regulamentado por lei, nas questões concernentes às coberturas, aos aspectos sanitários e epidemiológicos relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares.

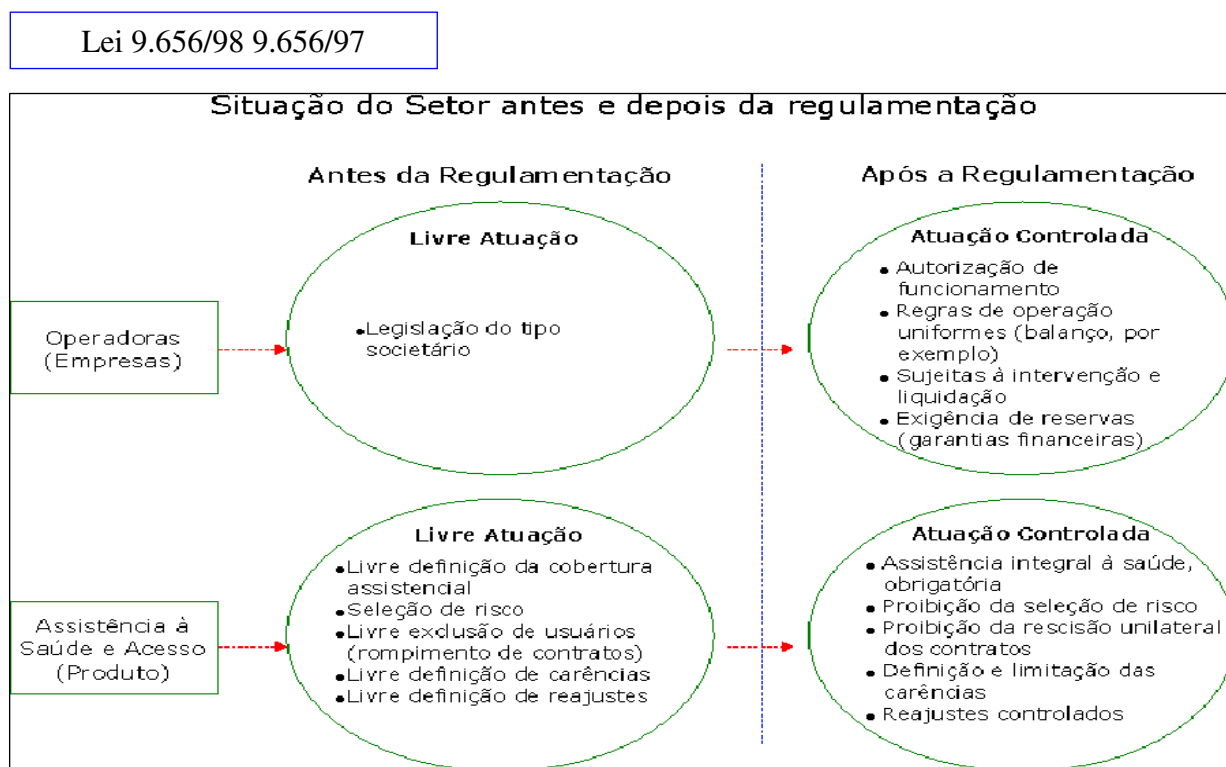
Ocorreram mudanças significativas no tocante à cobertura dos planos de saúde. As operadoras passaram a ser obrigadas a oferecer um plano-referência que cobrisse todas as doenças catalogadas pela Organização Mundial de Saúde, além de oferecer outros três tipos de planos menos abrangentes e, portanto, mais baratos: ambulatorial, hospitalar e odontológico.

Um problema freqüente com os antigos planos de saúde era a negação, por parte das operadoras, em prestar um serviço com a alegação de que a pessoa já possuía uma determinada doença antes da realização do contrato. Com as novas regras, a operadora só poderia alegar a pré-existência da doença até dois anos depois da assinatura do contrato e com o ônus de terem que provar que o cliente tinha a doença e sabia disso; agindo, portanto, de má fé.

Antes da regulamentação, os aumentos dos contratos eram freqüentes e sem critérios justificáveis do ponto de vista do consumidor. Com a Lei, os aumentos deveriam ser comunicados já na assinatura do contrato sendo que os mesmos poderiam ocorrer na mudança de faixa etária. Após os 60 anos, no entanto, não poderiam mais haver nenhum tipo de aumento, se o cliente houvesse pagado por pelo menos 10 anos.

Nos casos em que os pacientes necessitavam de tratamentos intensivos havia um limite de tempo que os planos cobriam. Posteriormente a isso, os custos deveriam ser pagos pelo mesmo. Com a lei isso mudou sendo seu direito permanecer no leito o tempo que for necessário. Nesse tocante, as carências (tempo que o segurado não tem direito a nada após a efetivação do contrato) não poderiam ser maiores do que 6 meses. Por exemplo, no caso de emergência a carência máxima passou a ser de três dias. A rescisão dos contratos poderia ocorrer somente após 60 dias de inadimplência.

**FIGURA 1 - Situação Antes e Depois da Regulamentação**



Fonte: Agência Nacional de Saúde, 2002.

Outra prática característica do mercado de saúde suplementar era a exclusão de clientes que usavam muito os serviços. Esta situação foi proibida e o cliente passou a rubricar item por item do contrato. As mesmas também não poderiam mais decretar concordata ou falência, sendo que seus conselheiros responderiam pelas dívidas.

Até 1998, os contratos de assistência à saúde deviam obedecer às regras do Código de Defesa do Consumidor (CDC). A partir da vigência da Lei 9.656/98, os contratos novos e os contratos antigos que sofrerem adaptação (por opção do consumidor) deveriam seguir essa Lei específica que regula as relações entre o consumidor e a empresa de assistência à saúde. A figura exemplifica a situação antes e depois da lei.

Diante desse novo contexto, as operadoras de planos de saúde tiveram de adaptar-se aos novos fatores que passaram a influenciar no seu negócio. Com a dificuldade de manter um atendimento de ponta, devido aos altos custos tecnológicos, a ênfase na assistência à saúde passou para um plano mais básico com ações de educação, prevenção e diagnóstico com atenção especial em relação ao tipo de abordagem das

doenças feita pelos profissionais médicos. Houve uma qualificação dos profissionais generalistas na medida em que os procedimentos especializados tendem na sua grande maioria, a serem mais onerosos.

O mercado como um todo mudou. As conjunturas macro e microeconômicas passaram por alterações significativas tendo em vista a regulação com presença acentuada do Estado. A regulação pelas próprias leis do mercado deixou de ser a referência primeira na hora de tomadas de decisões por parte dos gerentes. O nível de exigência dos consumidores aumentou, sua atenção para essa discussão aumentou e a busca de informação e de seus direitos se acentuou, gerando competitividade no segmento.

Ao mesmo tempo em que as proteções aos consumidores foram implantadas ocorreu movimento de auto-proteção das operadoras. O ingresso em um plano de saúde passou a ser mais difícil. Não bastava mais ter dinheiro para pagar, necessitava-se, também, de saúde. As operadoras passaram a fazer exames muito mais criteriosos no momento de ingresso nos planos na busca de doenças preexistentes. Foi dada maior atenção para os cálculos atuariais e os cenários futuros passaram a ser mais difíceis de serem mensurados.

As empresas seguradoras buscaram também os segmentos de mercado mais propícios para obtenção de lucro. Houve especialização em segmentos sócio-econômicos e regionais tendo em vista a diversidade apresentada no Brasil nesse quesito. A busca de uma marca forte com investimento em planos de marketing passou a ser parte da estratégia na busca de uma melhora da imagem para consumidores pouco confiantes.

Essa nova dinâmica de mercado, agora muito mais complexa, pois estava delineada por uma normatização até então nunca experimentada, exigia uma capacidade gerencial diferenciada. O movimento de profissionalização da gestão e foco no negócio passou a ser de fundamental importância. Os ganhos deveriam ser mais rápidos com taxas de “turn-over” reduzidas. A qualificação das carteiras de clientes passou a ser mais importante do que número de segurados.

A criação de novas linhas de negócios, como as franquias, acordos operacionais e fusões passaram a serem práticas mais freqüentes. Isso demandou mais investimentos em tecnologias aumento e qualificação dos controles e gastos. As equipes de vendas

tiveram que correr atrás do prejuízo e a implantação de estratégias de marketing de relacionamento e telemarketing, por exemplo, passaram a ser mais freqüentes.

**TABELA 8 - Número de Usuários de Planos de Saúde por Faixa Etária em Relação à Lei 9656/98**

Faixa Etária	Plano anterior à Lei 9656/98		Plano posterior à Lei 9656/98		Total	
	Quantidade de Beneficiários	%	Quantidade de Beneficiários	%	Quantidade de Beneficiários	%
0 a 17 anos	5.903.968	27,17	2.111.270	28,95	8.015.238	27,61
18 a 29 anos	4.653.204	21,41	1.686.055	23,12	6.339.259	21,84
30 a 39 anos	4.007.559	18,44	1.265.975	17,36	5.273.534	18,17
40 a 49 anos	3.134.730	14,42	1.040.577	14,27	4.175.307	14,38
50 a 59 anos	1.898.458	8,74	570.136	7,82	2.468.594	8,5
60 a 69 anos	1.155.358	5,32	331.346	4,54	1.486.704	5,12
70 ou mais	980.375	4,51	288.317	3,95	1.268.692	4,37
<b>TOTAL</b>	<b>21.733.652</b>	<b>100</b>	<b>7.293.676</b>	<b>100</b>	<b>29.027.328</b>	<b>100</b>

Fonte: adaptado de ANS 2001.

Após a criação da Lei 9656/98 observa-se uma significativa mudança no número de pessoas que aderiram aos planos de saúde. Conforme observamos abaixo.

O Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) passou a deliberar, através de seu corpo consultivo, uma série de normas que visavam esclarecer cada vez mais a atuação das operadoras de seguros de saúde no País. Através de suas resoluções, os procedimentos técnicos eram mais bem delineados, evitando que os consumidores tivessem algum tipo de prejuízo por falta de um entendimento comum das peculiaridades que envolveram o setor após promulgação da Lei 9.656/98.

Gradativamente essas resoluções foram modelando cada vez mais o mercado e cumprindo com o papel importante de complementar muitas discussões que ficaram em aberto na formação da Lei 9.656/98. O quadro abaixo tem por objetivo caracterizar os assuntos dos quais tratavam as referidas resoluções bem como suas principais considerações.



**TABELA 9 - Principais Resoluções Emitidas pelo Conselho de Saúde Suplementar no início da regulamentação do Setor de Saúde Suplementar**

<b>Número da Resolução</b>	<b>Tema Regulamentado</b>	<b>Principais Considerações</b>
<b>Resolução Nº 2 (3/11/1998)</b>	Dispõem sobre a definição de cobertura das doenças pré-existentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fixa conceitos de doença pré-existente, agravo, segmentação;</li> <li>- Responsabiliza a operadora pelo ônus da prova;</li> <li>- Garantia de assistência, por 30 dias, às crianças nascidas de parto pela operadora.</li> </ul>
<b>Resolução Nº 3 (3/11/1998)</b>	Dispõem sobre a fiscalização da atuação das operadoras de planos e seguros privados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determina responsabilidades ao Ministério da Saúde em termos de fiscalização da atuação das prestadoras;</li> <li>- Estabelece valores de multas em casos de infrações classificadas em leves, graves e gravíssimas.</li> </ul>
<b>Resolução Nº 4 (3/11/1998)</b>	Dispõem sobre as condições e prazos previstos para adaptação dos contratos em vigor à data de vigência da legislação específica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dita que todos os contratos devem ser adaptados no prazo máximo de um ano a contar a validação da Lei 9.656/98.</li> </ul>
<b>Resolução Nº 5 (3/11/1998)</b>	Dispõem sobre a caracterização de autogestão mediante a Lei 9.656/98	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determina que as empresas na modalidade de autogestão sejam destinadas exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados e seus grupos familiares.</li> <li>- Todos os programas de assistência à saúde devem ser protocolados no Ministério da Saúde.</li> </ul>
<b>Resolução Nº 6 (3/11/1998)</b>	Determina critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efetivo de cobrança diferenciada bem como seus limites de variação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divisão em sete faixas etárias (0-17, 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 ou mais).</li> <li>- Os maiores de 60 anos e que contribuem a mais de 10 anos não são passíveis de aumento.</li> </ul>
<b>Resolução Nº 7 (3/11/1998)</b>	Dispõem sobre informações a serem disponibilizadas ao Ministério da Saúde por todas as operadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As operadoras devem fornecer dados sobre modelos de assistência, capacidade de atendimento da rede assistencial, forma de utilização de recursos de saúde, instrumentos diretos e indiretos de regulação de uso, condições contratuais relativas aos usuários e aos prestadores de serviço, perfil epidemiológico da população atendida.</li> </ul>
<b>Resolução Nº 9 (3/11/1998)</b>	Dispõe sobre o ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a usuários de plano ou seguro de saúde por instituições públicas ou privadas integradas do SUS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os atendimentos prestados a titulares ou dependentes de seus planos em serviços públicos de saúde ou contratados;</li> <li>- Será usada a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos –TUNEP.</li> <li>- Os valores cobrados seriam definidos pelos gestores de SUS em nível local.</li> <li>- Dita norma administrativas para o procedimento de cobrança.</li> </ul>

Fonte: elaborado com base nas resoluções emitidas pelo Conselho de Saúde Suplementar

Muitas outras resoluções vieram posteriormente a essas. Naturalmente, na medida em que o Sistema Único de Saúde se firmava e o setor suplementar ganhava uma nova perspectiva, outras peculiaridades surgiam e obrigavam os órgãos responsáveis a elaborar direcionamentos para a solução ou amenização de situações adversas às desejadas.

Não se pode deixar de levar em consideração que a regulamentação do setor foi efetivada quando um novo modelo de assistência à saúde estava sendo implantado. Apesar dos já decorridos dez anos de sua criação muitas eram ainda os defeitos legais, incongruências administrativas e dificuldades de adequação ao modelo até então praticado no Brasil. A cultura do setor saúde era diferente da que estava sendo implantada. O atendimento médico centrado e hospitalocêntrico, no qual a saúde era uma mercadoria, vinha de encontro à assistência integral e a nova filosofia de sobrepor o valor do indivíduo ao valor do capital.

A resolução nº 9, que regra o reembolso aos cofres públicos pelos atendimentos nele realizado por operadoras, é a marca das práticas que ocorriam no setor na época. Na medida em que o novo sistema era ainda muito pouco consolidado as práticas ilícitas eram praticadas com muita frequência. A estrutura das atividades de auditoria era, e são até hoje, insuficientes para um território continental como o nosso. Com isso os rombos nos cofres públicos atingiam valores gigantescos.

Outra Lei importante foi a 9.961/00 que estabeleceu que ficasse sob responsabilidade da ANS a regulamentação do segmento e a responsabilidade de nortear a assistência à saúde. Com a mesma vieram novas iniciativas para regulamentação do setor.

Agência Nacional de Saúde, atualmente, é o órgão responsável pelas atividades de normatização, controle, defesa do consumidor de planos de saúde e fiscalizador do segmento e têm como objetivo promover um equilíbrio nas relações entre os segmentos públicos e privados para construir um mercado sólido, equilibrado e socialmente justo.

Segundo a ANS, o setor de saúde suplementar reúne, no Brasil, atualmente, mais de 2000 empresas operadoras de planos de saúde. São milhares de médicos, dentistas e outros profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas que prestam algum tipo de serviço para a população. Essa rede prestadora de serviços de saúde atende a mais de 37

milhões de consumidores, ou seja, aproximadamente 25% da população e a tendência é que esse número aumente devido à baixa qualidade do atendimento público.

## **2.2. AS MODALIDADES DE PLANOS OFERECIDOS**

Com a Lei 9.656/98 as empresas que oferecem assistência privada à saúde **ficaram obrigadas a apresentar suas opções de planos para a escolha dos clientes.** Estas opções estão divididas em cinco planos assim chamados: Plano Referência, Plano Ambulatorial, Plano Hospitalar, Plano Hospitalar com Obstetrícia, Plano Odontológico.

O Plano Referência, com mensalidade estimada em 100 reais, é assim chamado por ser o mais completo de todos os planos, pois nele estão inseridos o plano ambulatorial, o hospitalar e o obstetrício, no entanto, o plano odontológico não faz parte do plano de referência, e deve ser adquirido a parte caso o cliente solicite.

Segundo a lei, nos seus artigos dez e doze, o plano de referência deve oferecer: consultas e exames sem nenhum limite quantitativo; deve cuidar de pacientes com qualquer tipo de doença; internações hospitalares sem prazo para altas. Esse plano, no entanto, possui limitações em caso de algumas doenças como as com fim estético.

No Plano Ambulatorial, que deveria ter mensalidade a partir de 20 reais, os clientes estarão cobertos por: consultas médicas sem limitação de quantidade, menos para consultas de doenças mentais, exames, e procedimentos que possam ser realizados no ambulatório. Esta modalidade não inclui internação hospitalar, nem mesmo para procedimentos que tenham que ser realizados com o apoio da internação hospitalar e tenham um período superior a doze horas.

O Plano Hospitalar, com mensalidade estimada a partir de 40 reais, os clientes teriam garantia de atendimento nos casos de necessitarem a internação hospitalar. Nesta modalidade passaram a ser incluídas internações em quarto ou em unidades de tratamento intensivo com prazo indeterminado, inclusive nos casos de alta complexidade.

Conforme apontado anteriormente os plano de saúde tinham o costume de tirar a assistência à saúde no caso de vencimento dos prazos contratuais. No plano hospitalar,

se o hospital fosse descredenciado durante o tratamento a operadora deveria cobrir os gastos restantes sem oneração para o segurado.

O Plano Hospitalar com Obstetrícia contém a cobertura do Plano Hospitalar, com o acréscimo de procedimentos de pré-natal, procedimentos de parto, complicações com a mãe nos pós-parto e a criança. Também estará coberta por este plano nos primeiros trinta dias após o nascimento.

Por fim, o Plano Odontológico oferece todos os procedimentos odontológicos que podem ser realizados nos consultórios, como: consultas, radiologia, procedimentos preventivos, cirurgias ambulatoriais, entre outras.

Após a lei tanto para os contratos antigos como para os novos contratos foram estabelecidas as seguintes regras:

a) fica proibido a empresa rescindir o contrato unilateralmente, isso só poderá acontecer em dois casos. O primeiro, é se o cliente atrasar o pagamento de uma ou mais mensalidades; no segundo, quando caracterizar uma fraude como utilização dos planos por indivíduos que não estejam cobertos pelo plano;

b) os aumentos da mensalidade dos planos só poderão acontecer após aprovação da agência nacional de saúde suplementar (ANS);

c) a empresa deverá custear a internação hospitalar determinada pelo médico independentemente do período que o cliente estiver internado;

d) a carência por atraso de pagamento está proibida, isso acontecia quando, por exemplo, o cliente atrasava o pagamento da mensalidade por dez dias e tinha como punição uma carência de mais dez dias, estando ou não no período de carência do plano.

Alem disso, deveriam estar expressas no contrato as condições de admissão, o início da vigência do contrato, o período de carência para consultas, internações, procedimentos e exames, a faixa etária e os percentuais para reajuste por mudança de faixa etária, as condições em que o beneficiário perde seus direitos (quando, por exemplo, deixa de pagar sua mensalidade por mais de sessenta dias, no período de um ano).

Outros fatores também são importantes nessa discussão como os eventos cobertos e os excluídos, a modalidade do plano (individual, familiar ou coletivo), a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor,

contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica, os bônus, os descontos ou os reajustes das mensalidades, a área geográfica de abrangência do plano, os critérios de reajuste e revisão das mensalidades, o número do certificado de registro da operadora na ANS.

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. A nova regulamentação previa que as instituições privadas poderiam participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Era previsto veto para os casos de destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos e para a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

## **2.3 O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

No Brasil estima-se que 39 milhões de brasileiro estejam associados a convênios privados de saúde organizados em 870 empresas sendo 550 de medicina de grupo; 20 seguradoras e 300 cooperativas médicas.

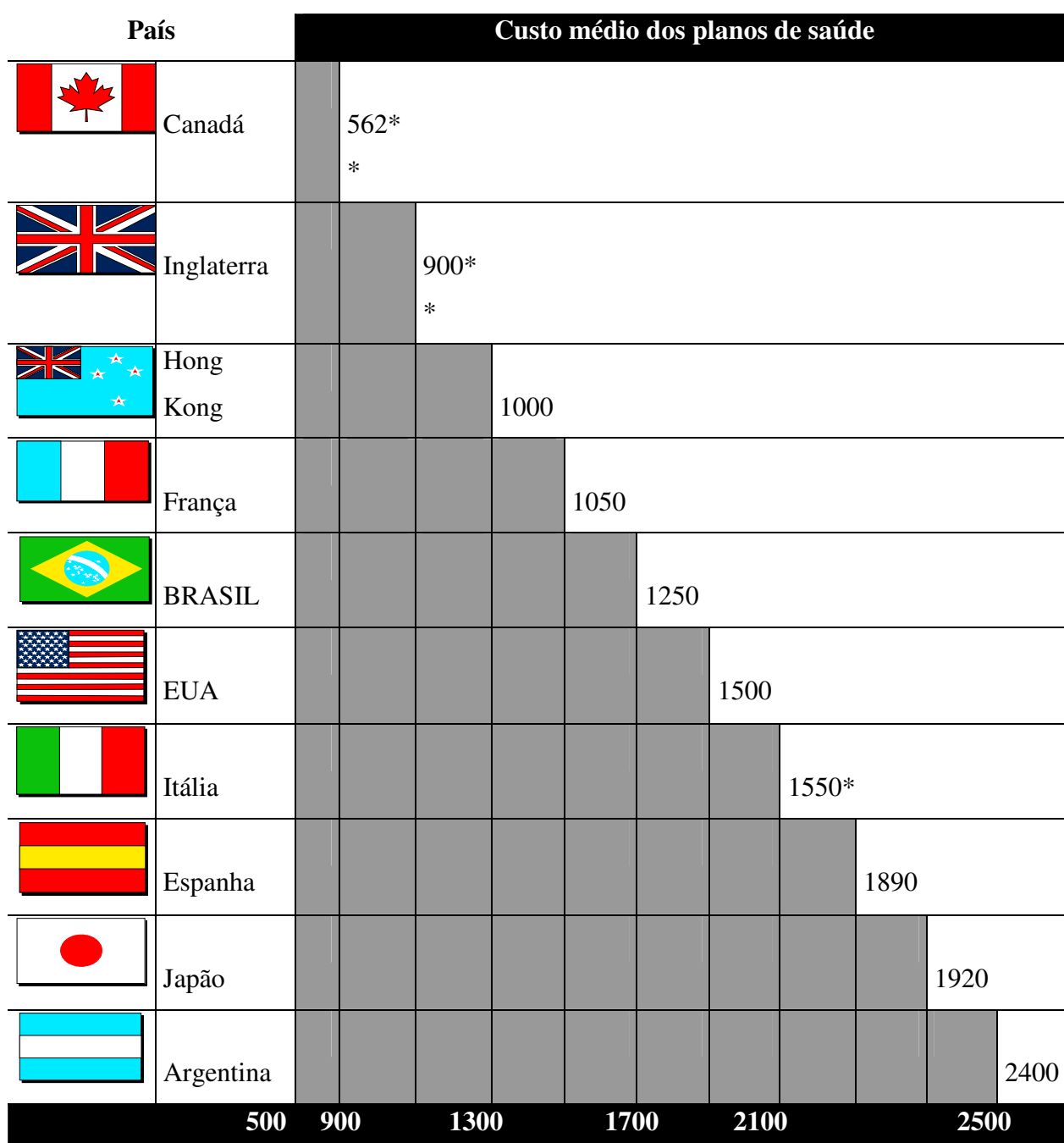
Estas empresas apresentam um faturamento anual de 10 bilhões de reais e gastam 8,6 bilhões de reais com atendimento médico-hospitalar. Os associados contribuem em média com 295 reais anuais por pessoa, dos quais 235 reais são gastos médicos, anual por pessoa.

A explosão das empresas de convênio e seguro coincidiu com o desmanche do Estado em geral da saúde pública em particular. Há oito anos, plano privado era sinônimo de privilégio e atingia apenas 14 milhões de brasileiros, ou menos de 10% da população da época. De lá para cá, esse número quase triplicou, ficando perto dos 40 milhões.

A saúde privada no Brasil atual é negócio de gente grande. Seu faturamento é maior do que a Wolks e a Ford somadas ou o dobro do faturamento da indústria de computação, IBM e Compaq, inclusive.

As empresas de saúde tiveram uma fase de crescimento selvagem, quando praticavam uma versão branca de estelionato, produzindo contratos com uma letra tão miúda que o cliente não fazia idéia do que estava assinando, pois só seria capaz de ler o documento com o auxílio de uma lupa.

**TABELA 10 - A CONTA DA SAÚDE - Quanto as empresas gastam por ano para dar assistência médica a seus funcionários - em US\$ por empregado**



Fonte: Revista Exame, v.30, n.10, p.89, maio 1997.

Como demonstrado no quadro acima o empresário brasileiro vem investindo US\$ 1.280,00 (hum mil, duzentos e oitenta dólares) por empregado/ano, valores estes colocados como benefícios adicionais nas relações trabalhistas.

Empurrados pelos custos médicos e prejuízos crescentes, as operadoras e seguradoras de saúde estão diminuindo em quantidade e, os planos que continuam atuando no mercado passam por uma profunda reorganização nos seus negócios. A fase em que as prestadoras de saúde apresentavam as contas e as seguradoras pagavam, acabou.

Os processos administrativos passaram a ser um dos focos para contenção de custos. As atividades de auditoria passaram a tomar corpo e estrutura cada vez mais desenvolvidos, objetivando um controle dos gastos ocorridos em detrimento dos cuidados com a saúde.

Os programas de prevenção de doenças passaram a ser uma forte estratégia na tentativa de evitar que as doenças ditas de alta complexidade ocorressem de forma crescente. Tanto em operadoras como em seguradoras, as alternativas para o tratamento das causas ao invés das conseqüências tornam-se práticas freqüentes.

## **2.4 TENDÊNCIAS DO SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE**

Depois de 6 anos de debates, 24 tentativas de projetos e 131 emendas, finalmente firmaram-se as regras que regulam o setor. Conforme vimos anteriormente, as empresas passam a ser obrigadas a oferecer um plano-referência que cobriria todas as doenças catalogas pela Organização Mundial de Saúde, incluindo internação hospitalar e atendimento ambulatorial. As operadoras também passaram a ser obrigadas a oferecer outros três tipos de planos menos abrangentes e mais baratos; ambulatorial, hospitalar e odontológico. No entanto, outros fatores são importantes e pretende-se discuti-los brevemente.

Diferentes de anteriormente, os planos só poderiam alegar que uma doença é anterior ao contrato até dois anos depois da assinatura. Coube aos planos, nos dois

primeiros anos, provar que o cliente tinha a doença e sabia disso, tendo agido de má-fé. Passado esse prazo, se não tiverem a prova, os planos ficam obrigados a tratar a doença.

Na assinatura do contrato, o cliente deverá ser informado dos percentuais de aumento quando mudar a faixa etária. Assim, quem faz plano aos 20 anos saberá quanto terá que pagar por mês aos 40 anos, por exemplo. Depois dos 60 anos não pode haver mais nenhum aumento, se o cliente tiver efetuado pagamento durante pelo menos 10 anos.

O aposentado, que antes ao desligar-se da empresa perdia seus benefícios, passou a continuar vinculado ao plano da empresa até o dia que desejar só que, agora paga a mesma parcela que pagava nos tempos de ativa. Isso evidentemente caracteriza uma ampliação do segmento que antes era excluída de seus planos de origem, muitas vezes por motivos financeiros relacionados com o aumento excessivo dos custos ocorridos devido ao aumento da idade.

O desempregado, pagando a cota da empresa, também foi beneficiado na medida em que poderia permanecer no plano de 6 meses a 2 anos, dependendo do tempo trabalhado. Apesar dessa limitação de tempo, de maneira geral, os novos planos não poderiam mais estabelecer limite de tempo de internação no hospital ou UTI. O paciente passou a ter direito ao tempo que for necessário.

Os planos não podem exigir carência superior a 6 meses, à exceção dos casos de parto, que terá carência máxima de dez meses. Para as emergências a carência máxima é de três dias. A rescisão do contrato se dará após 60 dias de inadimplência. Da mesma forma a lei passa a obrigar a renovação automática do contrato por tempo indeterminado e impede a empresa de excluir clientes que tenham usado muito os serviços de saúde.

As empresas de Medicina de Grupo passam a ser autorizadas a trabalhar com reembolso e as Seguradoras com rede indicada. O artigo 18 da Lei 9656 passou a considerar a obrigatoriedade de prestação dos serviços exclusiva, quando da não existência de vínculo empregatício (uni militância da Unimed) como medida cartelizadora.

Todos os contratos passaram a ser fiscalizados pela SUSEP - Superintendência de Seguros privados, como mencionado anteriormente o órgão do Ministério da Fazenda. Na interpretação das operadoras, elas passam a ser “quase bancos”, inclusive com a exigência de contratação de auditoria externa.



As operadoras insolventes, que tinham uma situação confortável diante de um mercado desregulado, as concordatas ou falência, teriam um interventor para proceder à liquidação extrajudicial e leilão da carteira. Os diretores e conselheiros são os responsabilizados pelas dívidas.

A exigência de condições operacionais e financeiras mínimas para as empresas participantes do setor como, por exemplo, patrimônio proporcional ao faturamento. Também a exigência obrigatória de emissão de relatórios periódicos de solvência tornou-se não só uma ação demonstrativa de transparência para os usuários como para os prestadores de serviço que tinham mais garantias para suas transações financeiras. Além da SUSEP, o CADE deve controlar com mais rigor as operações nesse mercado, já tendo iniciado uma ofensiva contra tabelas (Brasíndice), margens de comercialização desvinculadas de planilhas de custos, associações com características de cartelização e outras de sua iniciativa.

Ao ser aprovada a nova lei, a adesão dos atuais participantes dos planos passou a ser espontânea, mas necessária para quem quiser usufruir das melhorias definidas. Para novos participantes só era possível ofertar planos dentro das novas regras.

Diante de tantas mudanças nas regras de regulação do segmento as operadoras passaram a adotar diversas mudanças nos seus negócios de forma a se adequarem às consequências que a nova Lei trouxe. De maneira geral, as atenções foram voltadas para reestruturações nos métodos assistenciais e no gerenciamento administrativo.

Discutimos no capítulo primeiro o modelo de atenção médico-centrado e médico-curativo que prevalecia e prevalece até os dias de hoje no Brasil. Observa-se que o mesmo é oneroso para os sistemas e serviços de saúde. Com esse quadro macroeconômico-assistencial e as novas regras impostas às operadoras optaram por aumentar a ênfase no atendimento básico, proporcionando educação, prevenção e diagnóstico, além de intervir na qualificação dos médicos generalistas.

A melhoria da qualidade dos serviços teve de ser tomada como estratégia na medida em que os usuários dos planos, agora sabedores da existência de uma legislação específica para regulação do setor, passaram a exigir mais dos seus seguradores. Diante de maior competitividade, concorrentes internacionais e atenção concentrada da mídia para os problemas do setor, naturalmente houve uma nova conjuntura.

As questões de carência passaram a pressionar as operadoras a exigir um processo de Seletividade para adesão de novos participantes, com baterias de exames para determinar as doenças preexistentes e melhoria dos cálculos atuariais de gastos futuros.

As novas regras também segmentaram o mercado de forma a tornar algumas atividades lucrativas e outras não. As empresas passaram a especializar-se em segmentos sócio-econômicos e regionais e a criação de marcas específica com identificação destes segmentos que ainda mostravam-se lucrativas.

A profissionalização das empresas e foco no negócio, trabalhando a redução de “tur-over” e qualificação das carteiras, ao invés de volume de segurados, visto que o grande volume de associados passou a ser visto como uma possibilidade de prejuízo devido justamente ao fato de que nem todas as situações de contrato eram lucrativas. Pelo contrário, as novas garantias exigidas fizeram com que muitas seguradoras tivessem prejuízos consideráveis com alguns pacientes.

O investimento em sistemas de controle e criação de normas internas entre os prestadores e seguradoras demandaram grandes montantes de capital. O controle sobre os gastos exigiu melhorias e aprimoramentos nos setores de auditoria e controle e avaliação dos serviços prestados com vistas a uma maior capacidade de controle sobre os negócios. Novas tecnologias passaram a ser implantadas e, dessa forma, houve uma melhora significativa no potencial gerencial e na agilidade na oferta dos serviços, dando margem a mais opções na hora de negociar preços e observar os resultados das organizações.

A criação de novas linhas de negócios, como as franquias, acordos operacionais e fusões maximizaram as possibilidades de lucro na medida em que a busca pelos mercados promissores passou a ser mais levada em conta no momento da tomada de decisão e no alinhamento estratégico entre as unidades de negócio.

Novas abordagens ao mercado, como seletividade da equipe de vendas, “databased marketing”, marketing de relacionamento, telemarketing, com opção de direcionamento para o melhor mercado (A/B) ou mercado com maior possibilidade de expansão (C/D) passaram a gerar os lucros que as antigas contas proporcionavam.

Todas essas mudanças geraram reflexos no mercado como um todo. De forma geral, pode-se dizer que o mercado do segmento saúde está encolhendo e esse

movimento está acontecendo nas operadoras de planos de saúde. No entanto, as empresas é que estão mantendo seus planos de saúde por motivos relacionados aos custos de possíveis empregados doentes e que, dessa forma não possam produzir além de questões legais, que são pontuais e rigorosas no Brasil.

No ano de 2005, por exemplo, a ANS interveio em 40 empresas sendo que nem as grandes e firmes no mercado escaparam. As pequenas empresas é que tiveram os maiores problemas por sua vez. As que não conseguem vencer as dificuldades do mercado estão vendendo suas carteiras. Sobrou uma quantidade significativa de operadoras, mas, mesmo as grandes como a Bradesco e SulAmérica, que dominam cerca de 80% do mercado param de vender planos de saúde individuais.

O desequilíbrio financeiro gerado pelas conseqüências da Lei 9656/98, principalmente no que tange o endividamento gerado pela exigência de cobertura total e pela forma como os reajustes foram liberados, foi o grande mal que atingiu as operadoras.

No ano de 2005, das 2,1 mil empresas com registro provisório na agência em 2004 e que, portanto, deveriam requerer o documento definitivo, somente 1,6 mil apresentaram a documentação para renovação em caráter definitivo. Do restante, 46 foram retiradas do mercado por questões técnicas que impediam o perfeito atendimento dos usuários dos seus planos.

Desde 2000, foram canceladas 1.196 empresas e 48 entraram em liquidação extrajudicial. Hoje o principal foco de negócio para as operadoras são as empresas. A venda de planos corporativos, principalmente para as pequenas e médias empresas, nas quais a legislação permite a livre negociação de reajustes. Observa-se que o setor apresenta um estrangulamento indesejado pelos formuladores das Leis que regulamentaram o setor.

Um dos objetivos, dentre outros, da regulamentação do setor era de justamente ampliar as possibilidades dos trabalhadores possuírem um atendimento de qualidade. O que ocorre, no entanto, é um movimento de seleção de clientes nas quais os trabalhadores estão ficando de fora por não terem condições de pagar pelos altos valores cobrados pela adesão de um plano de saúde.

Outro movimento importante é o desligamento das prestadoras de serviço e adoção da estratégia de prestação de serviços próprios de saúde com o objetivo de contenção de custos e a negociação de preços.

Segundo a ANS, cerca de 80% dos custos das operadoras são assistenciais e 11% são custos provenientes do processo administrativo. Nas cooperativas de saúde 15% aproximadamente dos custos são provenientes de processos administrativos e nas empresas de medicina de grupo esse número chega a 18%.

Os últimos dados da ANS apontam um crescimento da ordem de 2 milhões de pessoas no ano de 2005. Isso significa que há um total de 42,4 milhões de pessoas que usam algum tipo de serviço privado de saúde. O crescimento está concentrado nos planos odontológicos, mas há controvérsias quanto a essas estatísticas. Há os que defendem que o número total de usuários nos planos de saúde suplementar é de 40 milhões, sendo 35 milhões nos planos de saúde e 5 milhões nos planos odontológicos.

Segundo a ABRANGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) o problema do envelhecimento da população, do aumento dos custos de forma contínua e as tendências de sobrevivência dos planos que possuem economia de escala não é a realidade somente do Brasil, mas sim do mundo todo.

A Autogestão - planos oferecidos pelas empresas tornam-se uma forte tendência no mercado. Estima-se que essas já atendam cerca de 6 milhões de pessoas no ano de 2006. Uma característica dessas empresas é que as mesmas possuem a possibilidade de trabalhar com um grupo mais pré-definido de usuários que permite uma maior flexibilidade no manuseio de resultados e na programação preventiva das ações de saúde.

## *CAPÍTULO 3*

---

*A Gestão Hospitalar no Século XXI*  
*Gestão hospitalar no Brasil e seus fatores inerentes*



### 3.1 - POSSIBILIDADES DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA

A forma clássica de organização dos sistemas de saúde nos países europeus foram os modelos de centralização pública da oferta, observados em países como França, Itália, Espanha e Inglaterra, na base de Serviços Nacionais de Saúde. Com as últimas reformas esses sistemas de saúde foram sofrendo descentralização regional e adaptações que os tornaram mais flexíveis aos requisitos de cada sociedade.

O Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, em sua última reforma, procurou reforçar a autoridade e o poder de decisão dos *general practitioners* (médicos de família), transmitindo-lhes a responsabilidade de não apenas referenciar pacientes para níveis superiores de resolutividade dos serviços, mas também de administrar um orçamento global que lhes permita comprar os serviços dos hospitais.

Estas unidades hospitalares por sua vez, tem experimentado um forte processo de autonomização, passando esta a viver, não mais dos orçamentos a fundo perdido do estado, mas crescentemente do produto da venda de serviços que realizam para os médicos de família e outros clientes institucionais e particulares.

Portanto, mesmo os modelos de centralização pública da oferta podem ser descentralizados e flexibilizados. O repasse de recursos para regiões ou comunidades locais, na forma de *block grants* ou *global budgets*, permitem maior autonomia e eficiência as unidades locais de saúde, bem como maior responsabilidade dos agentes envolvidos na gestão (*accountability*).

As experiências de descentralização dos serviços de saúde na América Latina ainda não chegaram ao nível das unidades de saúde ou da criação de portas de entrada mais ativas no sistema, como os programas de saúde da família. Juntos com as unidades de urgência e apoiados por uma rede de postos e centro de saúde, esses sistemas poderiam ser uma das principais portas de entrada dos sistemas de saúde.

Outra forma de organizar o sistema seria através dos modelos de competição estruturadas (*managed competition*). Esta estratégia consiste em transformar instituições públicas e privadas em entidades que garantam um nível integral de oferta de serviços de saúde. O Estado passaria, nesse caso, a atribuir um “voucher” pessoal e intransferível

para toda a população, adstrita a uma determinada região, num valor acordado entre os prestadores, o qual garantiria o pagamento (até mesmo com folga financeira) de um plano integral de saúde, atuariamente, calculado. Haveria mecanismos de resseguro para riscos catastróficos, evitando assim que estabelecimentos quebrassem quando ocorressem agravos coletivos a saúde causada por fatores externos.

O valor do “voucher” poderia ser definido segundo sexo e idade ou outras variáveis, como quadro sócio-econômico, impedindo que houvesse discriminação de velhos ou de mulheres que, segundo dados estatísticos consomem mais serviços de saúde. No caso dos idosos, ressalta-se que estes serviços são mais caros. A justificativa para tal procedimento consiste no fato de que a curva de custos com saúde tende a assumir a posição de um jota.

A experiência de mercado administrativo tem sido utilizada pontualmente em países como os Estados Unidos (Estado de Óregon) e a Holanda. Uma versão adaptada desta estratégia fazia parte das fracassadas discussões em torno da mudança do sistema de saúde americano (Plano Clinton). Cabe discutir, no entanto, que as experiências de competição estruturada, ao nível mundial, ainda estão muito embrionárias.

Aos sistemas de centralização pública da oferta e de competição administrativa, devem ser adicionados mais dois: o sistema de pré-pagamento, que é a base dos seguros de saúde e do funcionamento das Health Maintenance Organizations (HMO`s) dos Estados Unidos e o sistema de Pagamento Prospectivo que são à base do funcionamento dos programas públicos do Medicare e Medicaid nos Estados Unidos.

Os Sistemas de Pré-pagamento tem evoluído muito no mundo, incorporando cada vez mais novos elementos na negociação dos contratos. Os novos contratos de pré-pagamento têm incorporado, pelo lado dos usuários, as chamadas alianças de consumidores de saúde (health alliances) que são órgãos técnicos que negociam as cláusulas de equilíbrio econômico-financeiro dos contratos de prestação de serviços de saúde.

Os sistemas de pagamento prospectivos, por sua vez, tem se aperfeiçoado bastante no que se refere aos sistemas de informação que lhe dão suporte e aos critérios de estabelecimento dos preços dos procedimentos contidos em cada grupo de diagnóstico (DRG).



Nos países da América Latina, caracterizados por sua grande heterogeneidade interna, não caberia, muitas vezes, a adoção de um único sistema. Os processos de reestruturação dos sistemas de saúde permitem que sejam feitas muitas experiências para que se possa optar pelo modelo mais adequado a cada realidade local.

### **3.2 - MODALIDADES DE PAGAMENTO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

A literatura sobre economia de saúde (RUBIO, 1990 e CAMPOS, 1993) define três formas básicas de remuneração dos médicos: por ato, procedimento ou diagnóstico (DRG), por salário e por capitação. Cada uma dessas formas apresenta efeitos positivos ou negativos na dinâmica dos serviços de saúde. Dessa forma, pode ser administradas em contextos diferentes, a depender dos objetivos que se quer alcançar.

O pagamento por ato médico, procedimento ou diagnóstico (DRG) apresenta algumas conseqüências, a qual cabe destacar:

- Quebra a lógica da integralidade das ações de saúde e não estimula o comportamento preventivo nos serviços de saúde, levando o médico a não se preocupar com a causa ou a origem do problema de saúde então detectado. Uma das formas de solucionar esse problema foi substituir a ótica do ato/procedimento pela do diagnóstico, procurando agrupar as formas de remuneração em grupos de Diagnóstico Relacionados (*Diagnosis Related Groups*). Vale destacar, no entanto, que os DRG's, embora permitam aumentar o foco da visão do médico sobre os problemas, fazendo-o escolher a terapia menos custosa, dado que o pagamento não depende da terapia escolhida e sim do diagnóstico, não aumenta, necessariamente, a preocupação do médico com a questão da prevenção;
- Supõe que a produtividade é maior e que, portanto, mais pacientes são vistos, o que é positivo quando os médicos são escassos;

- No caso do pagamento por ato/procedimento, aumenta o número de serviços por paciente. No caso do pagamento por diagnóstico (DRG), tende a ocorrer um desestímulo ao número de atos. Normalmente o que ocorre é, para um dado diagnóstico, referir-se a escolha da técnica que permite o menor número de intervenções, minimizando o custo e o esforço do médico;
- O pagamento por ato/procedimento/diagnóstico aumenta o risco de corrupção, dado o alto custo de fiscalizar a correspondência entre o ato realmente realizado e o registrado nas planilhas de pagamento;
- Tende a concentrar os serviços nas regiões e áreas onde a população detém maior renda no caso de sistemas privados ou onde o controle é mais difícil, no caso dos sistemas públicos;
- Superestima a “performance” do médico, isto é, o ato médico passa a ser mais importante do que a postura de investigação do médico na relação com o paciente;
- Favorece o uso da alta tecnologia e os níveis secundários e terciários de atenção, os quais agregam maior valor ao ato médico (em tese, os DRG`s minimizam este tipo de comportamento, mas isto depende da forma pela qual é construída a escala de tabela de pagamento por DRG);
- Requer fortes mecanismos de controle, administração, fiscalização e avaliação, especialmente quando estas estão calcadas no sistema de terceiro pagador. A questão do terceiro pagador tem sido uma das mais freqüentes formas de organização de sistemas públicos ou privados de saúde, baseados nos mecanismos de seguro. Nesse caso, quem presta o serviço ao cliente não recebe recursos repassados por ele, mas sim por um terceiro agente que pode ser o Estado (poder público) ou uma companhia de seguros (no caso dos planos privados de seguro saúde). Este tipo de mecanismo, utilizado em vários países da América Latina, é bastante propícia a existência de fraudes, pois quem recebeu o serviço não está interessado em saber quanto foi pago por ele, dando margem ao superfaturamento dos serviços ou a alteração fraudulenta da própria natureza do mesmo, visando o benefício ilícito do prestador;

- Supõe uma regulação baseada no preço e não na qualidade dos serviços consumidos, o que pode favorecer estratégias de indução de demanda. Se os preços dos atos médicos passam a ser controlados, a qualidade de serviços passa a ser utilizada como fator de ajuste da remuneração idealizada pelos médicos.

Dado não ser uma relação assalariada, o pagamento por ato médico pode permitir maior flexibilidade na gestão dos estabelecimentos de saúde, especialmente nos hospitais. Da mesma forma, permite a redução de custos relativos aos encargos inerentes ao assalariamento.

No entanto, esta forma de pagamento apresenta algumas desvantagens, cabendo destacar a imprevisibilidade de contar com pessoal médico em momentos onde demandas inesperadas aparecem. Sendo assim, pode ser um bom sistema em regiões onde a oferta de médicos é abundante, mas certamente é um sistema inadequado quando se espera a presença permanente (jornada integral) do médico ou sua fidelidade a um estabelecimento de saúde.

O assalariamento médico tem algumas vantagens, quando bem administrado. Do ponto de vista do estabelecimento ou dos serviços de saúde permite fazer com que haja um compromisso, em termos de carga horária do médico, com a permanência em serviço, o que possibilita o atendimento de demandas imprevisíveis. Teoricamente não estimula distorções relacionadas ao preço e a qualidade dos serviços, fazendo com que o médico atue clinicamente segundo a sua consciência ética e profissional, sem influências (estímulos ou desestímulos) econômicas.

Do ponto de vista do profissional, permite que este suba na hierarquia através do mérito, da competência ou da antigüidade, isto é, do número de anos em que se dedicou aquele serviço. Garante, por outro lado, uma aposentadoria financiada parcialmente pelo empregador.

No entanto, a literatura aponta algumas conseqüências negativas associadas ao assalariamento médico, onde cabe destacar:

- Baixa fidelidade do médico ao paciente e vice-versa, não cultivando uma relação histórica (como médico de família) e fazendo que haja baixa tolerância do médico às

solicitações do paciente e pouca confiança do paciente em relação às prescrições médicas;

- Ao não poder arbitrar sobre seus rendimentos no setor público, o médico passa a utilizar como fator de ajuste para ganhar mais sua jornada de trabalho. Trabalhando menos horas ele maximiza o rendimento de seu salário, destinando as horas sobranes a outros empregos, postos de trabalho ou atividades remuneradas.
- Para se proteger dos eventuais controles burocráticos sobre a jornada de trabalho o médico se organiza corporativamente, de forma que toda a hierarquia dos serviços de saúde passa a estar em suas mãos. Ao assim fazer, abre um forte espaço para convivência com os colegas e para a perpetuação de práticas que, no fundo, são lesivas aos interesses sociais e aos cofres públicos.

Por fim, o pagamento por captação, o qual consiste em pagar a um médico um determinado valor mensal per-capita, através do estado, para o cuidado dos eventuais problemas que poderá apresentar um paciente cadastrado em seu consultório, apresenta vantagens e desvantagens:

- É consistente com a definição da saúde como produto final do processo de atenção sanitária e a qualificação como intermediário dos serviços sanitários. Por essa ótica, o médico cuidará para manter sadios os pacientes, através de medidas preventivas, buscando evitar que estes possam representar mais trabalho (mais custos) para ele no futuro. Para tal, o médico procurará fazer visitas permanentes aos seus pacientes cadastrados.

O pagamento por captação é o regime de remuneração dos médicos de família na Inglaterra. No entanto, para levar o esforço da prevenção, os médicos que recebem por captação podem levar sua população de abrangência ao uso excessivo de exames ou a consulta de especialistas em níveis mais elevados da hierarquia de saúde, o que pode acarretar em maiores custos para o sistema como um todo.

Ao mesmo tempo, quando o pagamento per-capita é fixo, não sendo diferenciado por sexo e idade, por exemplo, poderá trazer prejuízos aos indivíduos que,

ao estarem em idades mais tenras (crianças) ou mais avançadas (anciãos) tendem a consumir mais serviços e, portanto, a apresentar maiores custos per-capita. Deve-se sempre lembrar que a curva de custos em saúde por idade a assumir a forma de um “J”, isto é, custos relativamente altos nos primeiros momentos da vida, custos baixos na adolescência e maturidade e custos muito altos na terceira idade.

As formas mais freqüentes de pagamento dos médicos tem sido o pagamento por ato médico (procedimento) ou o assalariado. Devido às distorções que esses dois modelos apresentam, pode-se dizer que os DRG`s são as formas de corrigir e balizar os principais desvios das práticas de pagamento por ato. A utilização de custos padrão por diagnóstico permite eliminar as distorções do sistema de pagamento por procedimento que, em geral, levava o médico à escolha do procedimento que lhe propiciava a melhor relação benefício/custo (em geral o procedimento mais caro).

O risco incorrido na utilização de DRG`s ou processos similares é a defasagem dos custos-padrão ou a distorção dos valores por motivos diversos, como a inflação. Corre-se ainda o risco de se utilizar o serviço mais barato (muitas vezes de eficácia duvidosa) para os ganhos oriundos do diferencial de custos reais e valor das tabelas.

Por outro lado, o pagamento por captação (na medida em que introduz elementos de produtividade) tem sido vislumbrado como alternativa ao assalariamento, especialmente nos níveis primários de atenção a saúde, onde a cobertura ativa (e preventiva) é um forte de indução para reduzir os custos da assistência médica.

### **3.3 – A COBRANÇA DOS SERVIÇOS HOSPITALARES**

As formas de cobranças de serviços hospitalares são variadas. Sua variação interfere sobremaneira nas atividades cotidianas dos administradores na medida em que representam uma de suas maiores preocupações. No estado do Rio Grande do Sul, Brasil, desenvolveu-se critérios para padronizar a cobrança dos serviços hospitalares, assim descritos:

### **3.3.1 - DIÁRIAS**

#### 3.3.1.1 - Diárias

A diária é indivisível e compreende o período das 11h às 11h do dia seguinte. A internação do paciente antes das 6h ou alta após as 14h implicará em cobrança de nova diária. Nestes casos é cobrado, em muitas instituições nacionais 50% de uma diária, desde que a mesma ocorra com justificativa na prescrição médica.

As diárias estão constituídas pelos seguintes itens: suíte, aposento, sala de estar, banheiro, telefone, ar condicionado, frigobar, TV. Os apartamentos Standard possuem aposento com banheiro. Já os quartos privativos possuem aposento sem banheiro e os quarto Semi-Privativo “A” aposento com 2 leitos, com banheiro. O quarto Semi-Privativo “B” aposento com 2 leitos, sem banheiro. Ainda temos a enfermaria “A” aposento com 3 ou mais leitos, com banho e a enfermaria “B” que é um aposento com 3 ou mais leitos, sem banho.

#### 3.3.1.2 - Unidade de Internação Psiquiátrica ou de Dependência Química

Ocorre o acréscimo de 30% sobre os valores da diária, de acordo com o tipo de acomodação. O programa de Dependência Química é por dia. Auxiliar de Enfermagem Permanente: por dia. Auxiliar de Enfermagem Acompanhante: por hora. Hospital-Dia: por dia.

#### 3.3.1.3 - Centro de Neonatologia

Os centros de Neonatologia apresentam diárias de Recém-Nascido Normal por dia. As diárias de recém-nascido patológico podem ser pela Unidade de Cuidados Intermediários, que é cobrada por dia e a Unidade de Tratamento Intensivo sem isolamento também é cobrada por dia. Esses serviços compreendem a utilização de berço comum, roupa de cama, limpeza e higienização da área. Nos casos de alojamento conjunto (Mãe/RN) a diária é cobrada normalmente. Não inclui roupas e fraldas.

#### 3.3.1.4 - Centro de Tratamento Intensivo

Uma Unidade de Tratamento Intensivo é uma repartição do hospital onde se reúne um número reduzido de leitos e se assegura a cada um deles a presença permanente de condições ambientais especiais e equipamentos sofisticados por profissionais de múltiplas disciplinas, treinados nas habilidades de Terapia Intensiva. Durante a permanência no C.T.I. não pode ser cobrada das Entidades Conveniadas, diária em unidade de internação.

A ocupação do aposento (quarto/apartamento), pelos familiares, durante a permanência do paciente em C.T.I., é cobrada, em caráter particular (acerto hospital e familiares), podendo ser por dia na qual a prescrição médica é obrigatória.

#### 3.3.1.5 - Unidade de Cuidados Intermediários - U.C.I.

Para internação de pacientes em estado intermediário hemodinamicamente estável, porém exigindo cuidados especiais, médico e de enfermagem, impossível de atender na unidade de Internação, podendo ser dos tipos: Adulto - Pediátrico – Neonatal. O critério de permanência é por dia, através da prescrição diária do médico que solicita a permanência do paciente em Unidades de Cuidados Intermediário.

#### 3.3.1.6 - Isolamentos / Precauções

Isolamentos são medidas e técnicas necessárias no atendimento ao paciente infectado, imunodeprimido. Cada hospital define a sua classificação. Nesses casos há um acréscimo de: 30% sobre diária para isolamento e 15% sobre diárias para precauções. Os pacientes internados em Semi-Privativo ou enfermaria com isolamento total são cobrados como privativo + 30% de acréscimo, uma vez que o aposento fica bloqueado para internação de outro paciente. Quando prescrito pela enfermagem, deve ser avaliado pelo médico assistente.

#### 3.3.1.7 - Diárias de Acompanhante

A diária de acompanhante refere-se ao pernoite com direito ao café da manhã sendo cobrado por noite e podendo ser caracterizado da seguinte maneira: pernoite de

acompanhante em apartamento, cobrado por noite; pernoite de acompanhante de quarto privativo, sendo cobrado por noite; pernoite de acompanhante em paciente de psiquiatria, sendo cobrado por noite.

O serviço de diária compreende a alimentação do paciente (dieta branda, dieta normal ou livre, dieta líquida completa, dieta líquida pastosa, dieta líquida restrita, dieta para idade, dieta conforme tolerância), não enquadrados em dietoterapia além da administração de medicamentos e soros, banho, controle de sinais vitais, controle de diurese e cuidados de higiene, limpeza e higienização da acomodação, roupa de cama e banho, uso do aposento.

Nesses serviços não estão incluídos no preço da diária os exames complementares, tais como: laboratoriais, radiológicos, ecográficos, medicina nuclear, audiometria, tomografia, cardiologia, neurofisiologia, diagnóstico pneumológico, angiografia digital, ressonância magnética, laboratório oftalmológico, laboratório vascular e laboratório de patologia.

Por sua vez, os honorários médicos, o isolamento ou precauções por ordem médica ou da enfermagem, da comissão de controle de infecção, e que ocorrerá sobre a diária um acréscimo de 30% para isolamento e 15% para precauções são cobrados separadamente, bem como as ligações telefônicas, inclusive para própria cidade onde se encontra o hospital, os materiais de expediente, os medicamentos, sangue, materiais descartáveis e outros utilizados, sala de cirurgia, obstetrícia, ambulatório, berçário, CTI/UTI, centro de recuperação, raio x, oxigênio, e/ou gases que fazem parte da gasoterapia, em todo e qualquer procedimento.

Os procedimentos de nutrição clínica, dietoterapia 1º dia e dias subsequentes, nutrição naso-entérica 1º dia e dias subsequentes, avaliação nutricional e orientação na alta hospitalar, as refeições de acompanhante, excluído o café da manhã, pedidos extra-cardápio e pedidos especiais e pernoite de acompanhante, os serviços de enfermagem particular, por solicitação individual, o uso de equipamentos especiais.

O uso de salas especiais como cirúrgicas, obstétricas, recuperação, anestésias, raios X, ambulatoriais e serviço e procedimentos de enfermagem são cobrados de forma desvinculada de planos fechados em muitos casos.



### 3.3.1.8 - Serviços Extraordinários

Todos os serviços e/ou procedimentos “DE URGÊNCIA” médica comprovada, realizado entre as 22h e 6h de dias de semana, e nas 24 horas dos domingos e feriado, sofrem um acréscimo de 70% exceto em honorários médicos. Isso ocorre devido aos altos encargos trabalhistas cobrados pela legislação brasileira.

## 3.3.2 - USO DE SALAS

### 3.3.2.1 - Sala de cirurgia, parto, hemodinâmica.

Sala de procedimento que exijam ambiente cirúrgico higienizado. Compreende a utilização de instalações permanentes, instrumental cirúrgico, roupas apropriadas (campos e vestes cirúrgicas), um circulante, um auxiliar, mesas auxiliares, sendo que não inclusos o consumo de medicamentos, materiais médico-hospitalares, gases, anestésicos, gasoterapia, aparelhos e equipamentos com taxa específica, serviços, e/ou procedimentos com valor próprio e exames transoperatórios.

A cobrança pelo uso das salas ocorre de forma que a primeira hora é indivisível, cobrada geralmente a primeira hora indivisível mesmo que o paciente tenha utilizado a sala por menos tempo. A próxima meia hora subsequente ou fração - soma-se as horas subseqüentes e cobra-se cada ½ hora. A meia hora subsequente também é indivisível, independe do número de minutos, sendo que deverá constar, sempre, o horário de início e término do procedimento na folha de sala. Haverá um acréscimo de 15% sobre as taxas de salas infectadas/contaminadas.

### 3.3.2.2 - Sala de pré-parto

As salas de trabalho de parto também são cobradas por hora, mediante prescrição médica ou folha obstétrica. Na permanência até 12 horas, para exceções mediante prescrição e justificativa médica.

### 3.3.2.3 - Sala para pequenos procedimentos

É uma sala especial para pequenos procedimentos que não necessitam ambiente asséptico. Essas são utilizadas para procedimentos como broncoscopia, colonoscopia e endoscopia. A cobrança é pelo número de vezes que o ambiente é utilizado. Outro procedimento que utiliza esse tipo de sala são as atividades envolvendo a imobilização com Gesso (colocação, troca, retirada), sendo cobrado por intervalos de trinta minutos e ainda em procedimentos como: imobilização não gessada (cobrança por uso), infiltração intra-articular (cobrança por uso) procedimentos com anestesia local (em ambiente asséptico) que é cobrado por uso, quimioterapia – ambulatorial (cobrança por uso); redução de fratura com anestesia local (em ambiente asséptico) (cobrança por uso); sala para consulta sem honorários médicos (em ambiente asséptico) (cobrança por uso).

### 3.3.2.4 - Centro de Recuperação

#### 3.3.2.4.1- Pacientes Internados / Ambulatório

É uma sala especial para pacientes pós-cirúrgicos ou de pequenos procedimentos que necessitam recuperar-se da anestesia. A permanência na sala após 6 horas só é permitida com justificativa médica. A recuperação de cirurgias com anestesia é considerada excepcionalmente, com justificativa médica. Para essas salas as cobranças são realizadas conforme a faixa horária que segue:

A - Até 04 horas: taxa

B - Até 06 horas: taxa

C - Até 08 horas: taxa

D - Até 10 horas: taxa

E - Até 12 horas: taxa

F - Até 14 horas: taxa

G - Até 18 horas: taxa

### 3.3.2.5 - Unidade Séptica

Sala especial para tratamento de pacientes pós-cirúrgicos e pacientes que necessitam recuperar-se em ambiente séptico. Nestas a permanência após 6 horas só é permitida com justificativa médica. Seguem as padronizações para as cobranças.

A - Até 04 horas: taxa

B - Até 06 horas: taxa

C - Até 08 horas: taxa

D - Até 10 horas: taxa

E - Até 12 horas: taxa

F - Até 14 horas: taxa

G - Até 18 horas: taxa

### 3.3.2.6 - Sala de Observação em Emergência

Sala onde o paciente fica em observação, a pedido médico, após consulta, administração de medicamentos ou realização de procedimento ambulatorial. Nesse caso é cobrado por hora indivisível, no máximo 6 horas de uso. Após 6 horas de utilização da sala de observação, ou o paciente recebe alta médica, ou interna no hospital, ou recebe transferência para outro hospital, na falta de vagas.

### 3.3.2.7 – Instrumentador (a) na sala

Instrumentador (a) do hospital participante no ato cirúrgico. É cobrado por hora e minutos.

### 3.3.2.8 - Pessoal extra na sala

O pessoal extra na sala são aquelas que o hospital necessita colocar além dos previstos na taxa de sala. Este serviço é cobrado por hora e minutos.

### 3.3.2.9 - Gasoterapia

A utilização dos procedimentos de gasometria é cobrada conforme indicado abaixo:

- A - Aspiração e vácuo central: por minuto
- B - Aspiração por bomba: por minuto
- C - Ar comprimido: por minuto
- D - Gás carbônico para congelamento: por uso
- E - Nebulização: por aplicação
- F - Nebulização contínua: por dia
- G - Oxigênio na sala: 1 hora
- H - Oxigênio na sala (subseqüentes à 1 hora): por minuto
- I - Oxigênio (quarto, CTI, incubadora, recuperação, ambulatório): por hora
- J - Protóxido de azoto: por minuto
- L - Termonebulização: por aplicação
- M - Umidificação e/ou vaporização: por minuto

### 3.3.3 - SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

#### 3.3.3.1 - Serviço de Enfermagem

##### 3.3.3.1.1 - Admissão no Recém Nascido

Após o nascimento do RN é realizado o primeiro lavado e aspirado gástrico, higiene, controle dos sinais vitais de hora em hora, pesagem, administração de medicamento, dentre outros procedimentos técnicos. O Recém-nascido fica em observação durante as primeiras 3 horas de vida em Berço Aquecido. Por atendimento são utilizadas 20 unidades de cotonetes, 60 ft. gases, 02 mt. fita adesiva, 01 amp. kanakion, 01 gotas de Nitrato de prata, 01 un. seringa 1 ml, 01 un. seringa 20 ml, 01 fr. sol fisiol. 125 ml, 01 un. sonda nasigástrica, 200 ml sabonete líquido, 100 gr. de algodão.

Se o lavado e aspirado gástrico for utilizado o mesmo é cobrado à parte (após o 1º dia de Admissão do RN), mediante prescrição médica. O uso do berço aquecido só será cobrado as primeiras 3 horas de vida do RN com prescrição médica.

#### 3.3.3.1.2 - Alimentação Parenteral

É um soro especial com aminoácidos preparado pelo farmacêutico ou enfermeiro em capela de fluxo laminar onde são acrescentados eletrólitos e nutrientes de forma asséptica. É administrado em veia profunda com via exclusiva (Intracath, Duplo Lumen), ou veia periférica.

A taxa de preparo por dia, com material, ou seja, campos, máscaras, luvas, aventais, luvas, frascos estéreis, álcool iodado, compressa de gaze, álcool 70%, sabonete, iodo, seringas, agulhas e uso de fluxo laminar. Os produtos nutrientes (aminoácidos), eletrólitos e bolsas “não fazem parte da taxa de preparo”. O médico os solicita via prescrição e estes são “cobrados à parte”.

#### 3.3.3.1.3 - Aspiração de Secreção - Pacientes não Entubados

É a introdução de uma Sonda na narina, boca ou traquéia com a finalidade de aspirar a secreções, (retirar catarro, saliva) através do vácuo, mantendo as vias aéreas livres (Sistema de sucção). Cobra-se por sessão, com material incluído, compreendendo luvas de proteção, sondas de aspiração, uso de vácuo, frasco de vidro e extensor. Os horários de realização deste procedimento são registrados na folha de prescrição médica.

#### 3.3.3.1.4 - Aspiração Traqueal - Paciente Entubado

É a retirada de secreções endotraqueais via Tubo Endotraqueal (TET) ou traqueostomia de forma asséptica com luvas e gazes esterilizadas, ligados a um sistema de sucção (Oxigênio ou Vácuo). A cobrança é feita por sessão, com material incluído (luvas estéreis, solução fisiológica, água destilada, cateter estéril, gaze, uso de vácuo,

frasco de vidro e extensor ou sistema fechado de aspiração). Os horários de realização deste procedimento são registrados na folha de prescrição médica.

#### 3.3.3.1.5 - Balanço Hídrico

É o controle de todos os líquidos administrados e eliminados pelo mesmo num período de 24 horas, registrados no prontuário. Cobra-se por esse procedimento uma taxa por dia, mediante prescrição médica com exceção do Centro de Terapia Intensiva na qual esse procedimento não é cobrado.

#### 3.3.3.1.6 - Cateterismo Vesical / Sondagem Vesical – Uretral

É a introdução de um cateter ou sonda sob técnica asséptica no meato urinário com o objetivo de esvaziar a bexiga. A sonda pode ficar em sistema fechado, drenando a urina de forma contínua ou ser retirada após o esvaziamento vesical. Cobra-se por sessão com material, mediante prescrição médica. São utilizados água bidestilada, gaze estéril, luva estéril, iodoform, micropore, xylocaína, seringa e agulha, sendo que é excluído os cateteres, coletores de urina, sondas.

#### 3.3.3.1.7 - Controle de Pressão Venosa Central

A Pressão Venosa Central (P.V.C.) é a pressão existente dentro da aurícula direita ou nas grandes veias dentro do tórax que chegam no átrio direito. Serve como guia para reposição de líquidos, calcular déficits de volemias e avaliar insuficiência circulatória. Ou seja, verifica a pressão do sangue de um vaso mais profundo através da montagem de um equipo especial no suporte. Também é possível medir através de um monitor, tendo então P.V.C. contínua. O procedimento é cobrado por dia, excluindo material, que é cobrado à parte.

#### 3.3.3.1.8 – Curativo

Procedimento que tem por finalidade: proteger, absorver secreções, prevenir a auto-contaminação, promover conforto, facilitar a cicatrização e inibir ou matar

microorganismos em uma solução de continuidade. Requer cuidados especiais realizados pelo enfermeiro ou pelo médico assistente.

É cobrado por sessão, com material de curativo incluído na taxa: apósitos, cloreto de sódio, gazes, compressas, cotonetes, luvas de procedimento, iodoform, micropore, mão-de-obra de enfermagem. Por outro lado, exclui medicamentos utilizados, (anestésicos, antibióticos, pomadas). Cobrar à parte.

#### 3.3.3.1.9- Curativos Pequenos

São procedimentos empregados em cateteres venosos e arteriais, cesáreas, cicatrização do coto umbilical, flebotomias e/ou subclávia (manutenção de curativo), fístulas anais, hemorroidectomia, histerectomia via vaginal, incisões pequena, oftálmicos, perineorrafias, traqueostomia, troca de apósitos externos sem trocar curativos, e outros com a mesma classificação.

#### 3.3.3.1.10 - Curativo Médio

São procedimentos realizados em cesáreas infectadas, incisões com drenos, lesões cutâneas, e outros dentro da mesma classificação.

#### 3.3.3.1.11 - Curativo Grande

São procedimentos realizados em curativos Balão Intra-aórtico ou Bio-Pump, incisões contaminadas, grandes cirurgias - incisões externas, queimados, especificar área e/ou grau de queimadura, toracotomias com drenagem, e outros da mesma classificação.

#### 3.3.3.1.12 - Curativo Especial

São procedimentos utilizados em cirurgias de alto risco, grandes incisões contaminadas, grandes queimados, especificar a área queimada e/ou o grau de queimadura, infecções de esterno, e outros dentro da mesma classificação.

#### 3.3.3.1.13 - Enteroclistma - Lavagem Intestinal

É a remoção das fezes do intestino grosso através da instilação de soluções sob pressão, por via retal. É utilizado em procedimentos de preparos pré-operatórios, exames, e também para pacientes constipados. O procedimento é cobrado por sessão, com material, sendo que a sonda incluída na taxa.

#### 3.3.3.1.14- H.G.T. Hemoglicoteste - Convencional

É o procedimento no qual se coloca uma fita especial (HGT) em contato com uma gota de sangue para obter-se a leitura da dosagem de glicose no sangue, sendo cobrado por sessão, com material, mediante prescrição médica. Os materiais são as fita, agulha, luva de procedimento e mão-de-obra de enfermagem.

#### 3.3.3.1.15 - Hemoglicose Glucometer

É uma fita especial, agulha, luva de procedimento, uso do equipamento e mão-de-obra da enfermagem, sendo cobrado por sessão, com material, mediante prescrição médica.

#### 3.3.3.1.16 - Lavagem Gástrica

É um procedimento no qual com a utilização de uma sonda gástrica, se injeta líquidos e esvazia-se em seguida, sendo cobrado por sessão, com material, mediante prescrição médica. Compreende o uso de luva de procedimento, gaze estéril, micropore, sonda, mão-de-obra de enfermagem.

#### 3.3.3.1.17 - Lavagem Vesical Contínua

É um sistema de irrigação vesical com soro fisiológico que ocorre através de Sonda Folley de 3 vias adaptada a um sistema de drenagem fechado com controle da enfermagem. A taxa de cobrança é diária, cobrando-se o material à parte, mediante prescrição médica.



#### 3.3.3.1.18 - Preparo para Colonoscopia

Consiste em lavagens intestinais via retal até o intestino grosso ficar limpo, ou administrar Solução de Manitol oral com outros líquidos para o esvaziamento intestinal podendo manter ou não as lavagens intestinais, sendo cobrado por procedimento com o material incluído medicamentos à parte.

#### 3.3.3.1.18 - Quimioterapia Antiblástica (pacientes internados)

É o preparo e a administração de medicamentos com efeitos quimioterápicos realizados pelo enfermeiro ou farmacêutico quando realizado em capela de fluxo laminar. É cobrado por sessão e os materiais incluídos e medicamentos são cobrados à parte conforme prescrição médica.

#### 3.3.3.1.19 - Retirada de Pontos

É a retirada de pontos de incisões e/ou suturas pelo paciente. Compreende o uso de Cloreto de sódio, lâmina de bisturi, gaze estéril, iodoform, micropore, sendo que, se o Pacientes estiver internado, só é cobrado o material. Por sua vez, os pacientes ambulatoriais são cobrados por sessão com material.

#### 3.3.3.1.20 - Sistema de Controle e Manutenção Diálise Peritoneal

Instalado o cateter a enfermagem faz o acompanhamento com lavagem contínua do peritônio (abdômen), com líquidos de diálise e equipo, tendo por finalidade retirar substâncias tóxicas que o rim não consegue eliminar. Este procedimento possui a possibilidade de ser realizado com cateter rígido, sendo chamado de Sistema convencional e o sistema fechado, com cateter de Tenckhoff - D.P.I. Os materiais são cobrados à parte mediante prescrição médica.

#### 3.3.3.1.21 - Sistema de Controle e Manutenção de Hemodiálise Contínua Lenta

Através de um Dialisador é instalado um sistema de retirada de líquidos e substâncias tóxicas do organismo através do sangue, de forma contínua, (48h à 72h). Pode ser suspensa e voltar a ser instalada novamente, sob controle permanente da Enfermagem. É cobrada uma taxa por dia mais o material, cobrar à parte, mediante prescrição médica.

#### 3.3.3.1.22 - Sistema de Controle de Hemofiltração

Através de um filtro especial se retira líquidos do organismo. Usado para pacientes com insuficiência renal aguda. Usa-se bomba de sangue e HEMOFILTRO especial. A enfermagem faz controle contínuo desse procedimento, sendo cobrado por dia e o material, cobrado à parte, mediante prescrição médica.

#### 3.3.3.1.23 - Sistema de Drenagem de Tórax Simples ou Contínua

Sistema fechado no tórax que tem a finalidade de remover os acúmulos existentes na cavidade pleural ou torácica. Após a instalação é necessária a manutenção do sistema com troca dos frascos coletores. A taxa é diária. O material está incluído, mediante prescrição médica.

#### 3.3.3.1.24 - Sondagem Naso-Gástrica ou Naso-Enteral

É a introdução de uma sonda nasal ou oral Naso-Gástrica até o estômago, com a finalidade de retirar fluidos e/ou gases, e Naso-Enteral até o duodeno para alimentação do paciente. Este procedimento é realizado pelo enfermeiro e é cobrado por sessão, com material incluído, menos a sonda, mediante prescrição médica.

#### 3.3.3.1.25 - Tricotomia

É a remoção de pelos de área determinada do corpo preparando o paciente para cirurgias ou exames, sendo cobrado por sessão já com o material incluso (lâminas,

aparelhos de lâminas, gazes estéreis, luvas de procedimento, solução e pessoal de enfermagem).

### **3.3.4 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA**

#### **3.3.4.1 - Avaliação Nutricional**

O nutricionista assistencial (NA) avalia dados antropométricos, história alimentar e exames laboratoriais relacionados com a nutrição funcional do paciente sendo cobrado uma taxa de avaliação na qual está incluso o primeiro dia de dietoterapia ou nutrição naso-entérica, sob prescrição médica.

#### **3.3.4.2 - Dietoterapia**

É o acompanhamento diário do paciente, análise da ingestão, modificações da terapêutica nutricional quando necessário. O cálculo inclui necessidades nutricionais do indivíduo bem como, a esquematização do plano de cuidado nutricional a ser instituído. Taxa por dia de manutenção, avaliação e acompanhamento. (Após o 10 da NA).

#### **3.3.4.3 - Nutrição Naso-Entérica**

Consiste na avaliação da alimentação por sonda naso-entérica e o acompanhamento diário do paciente avaliado e aceitação à dieta, eliminação intestinais, formação de resíduo gástrico, modificando sempre que necessário. Cálculo do décimo dia: cálculo das necessidades nutricionais do indivíduo bem como, a seleção da dieta enteral para o caso. Taxa por dia inclui acompanhamento e avaliação diária subsequentes.

#### **3.3.4.4 - Orientação Nutricional na Alta**

É a orientação da dieta calculada bem como, a entrega da listagem de alimentos substitutos e recomendações, que o paciente leva por escrito após a alta hospitalar, para continuidade do tratamento domiciliar, sendo cobrado por atendimento. Somente no dia

da alta, mediante prescrição médica ou nutricionista. Além disso, têm-se as dietas ditas indenizáveis que são as que seguem.

- a) Dieta Hiperprotéica: Fornece maior aporte protéico que a alimentação normal.
- b) Dieta Hipoprotéica: Dieta com restrição de proteínas de alto valor biológico. Indicada em casos que seja necessário restringir proteínas.
- c) Dieta Hipercalórica: Dieta com aporte calórico aumentado, de acordo com as necessidades nutricionais.
- d) Dieta Hipocalórica: Dieta restrita em calorias.
- e) Dieta Hipossódica. Normal em princípios nutritivos, sem sal adicional, acrescida de condimentos, objetivando facilitar a ingestão alimentar.
- f) Dieta com resíduos: Acrescida de fibras e/ou resíduos alimentares.
- g) Dieta sem resíduos: Isenta de fibras não solúveis e/ou resíduos alimentares.
- h) Dieta para diabetes: Dieta isenta de sacarose, restrita ou não em calorias.
- i) Dieta para preparo de exames: Atende as especificações de exame a que o paciente será submetido.
- j) Dieta pobre em gordura saturada: Isenta de gorduras.
- k) Dieta para imunodeprimido: Dieta indicada para pacientes com baixa imunidade.

#### 3.3.4.5 - Suporte Nutricional

É a avaliação, monitorização e acompanhamento do paciente, por equipe multiprofissional do serviço de suporte nutricional, seja via enteral ou parenteral. É cobrado por procedimento, se o serviço tem comissão de suporte nutricional por número de profissionais adequado: nutricionista, médico, enfermeiro e farmacêutico. Pode ser realizado pela equipe do hospital, mediante prescrição médica.

### 3.3.5 - EQUIPAMENTOS ESPECIAIS

#### 3.3.5.1 - Monitorização Arritmias

É um cabo ligado ao monitor que faz o registro das arritmias apresentadas no período programado. Guarda na memória alguns dias nos dando a oportunidade de verificar como foram as arritmias nos dias anteriores, com possibilidade de registrar em

papel. Existem os seguintes acessórios inclusos: módulo, central, cabo intermediário, cabo terminal, registrador de canais. A cobrança é por dia, sendo que a mesma não é cumulativa com ECG, mediante prescrição médica.

#### 3.3.5.2 - Monitorização com Capnografia

Monitor acoplado ao sistema de ventilação mecânica que registra constantemente o valor da concentração de CO<sub>2</sub>, sensor capnóstico, air way adulto, projetor de calor para cubeta, suporte para fixação, central, registrador de canais, sendo cobrado por dia, mediante prescrição médica.

#### 3.3.5.3 - Monitorização Hemodinâmica (Débito Cardíaco)

Monitor de pressão invasiva. Possui um transdutor específico conectado ao cateter de termodiluição (*SWAN GANZ*) do paciente. O número de débito é visto através de um painel no monitor. Fornece a capacidade de bombeamento do coração, pois através de cálculos avalia-se o funcionamento do ventrículo esquerdo. Utilizado em pacientes com choque cardiogênico, pacientes graves com instabilidade hemodinâmica. Acessórios inclusos: cabo intermediário, cabo de ligação de cateter, cabo com sensor de temperatura, peça em “T”, módulo, central, registrador de canais. Sua cobrança é diária e o material é cobrado à parte, inclusive catéter Swan Ganz, mediante prescrição médica.

#### 3.3.5.4 - Monitorização ECG / Frequência Cardíaca – MCC

Monitor acoplado a um cabo que através de eletrodos transmite em imagem o traçado do ritmo cardíaco. Fornece constantemente o ritmo cardíaco do paciente. Não invasivo, através de eletrodos no tórax. Acessórios inclusos: módulo, cabo terminal, central, registrador de canais. É cobrado por dia e o material é cobrado à parte. (Eletrodos descartáveis), sob prescrição médica. Não cumulativa com monitorização de arritmias, mediante prescrição médica.

### 3.3.5.5 - Monitorização Mecânica Pulmonar

Este monitor não funciona sozinho. É acoplado ao respirador que fornece a pressão pulmonar respiratória final, além da complacência pulmonar (a que pressão sai o ar do pulmão, resistência pulmonar). Acessórios inclusos: Módulo ventilador, suporte para fixação, central, registrador de canais. Cobrança diária, mediante prescrição médica.

### 3.3.5.6 - Monitorização Pressão Arterial Intra-Luminal

Monitor de pressão invasiva com cabo transdutor + cabeçote conectado ao paciente através de uma artéria puncionada. É infundida constantemente através de um equipo especial uma solução anticoagulante mantendo a via permeável. Evidenciado através de uma curva no painel do monitor. - Fornece o valor da pressão arterial média. Acessórios inclusos: Transdutor de pressão, módulo, domo, pressurizador, central e registrador de canais. Cobrança diria. Material, cobrar à parte, mediante prescrição médica.

### 3.3.5.7 - Monitorização Pressão Arterial “Não Invasiva”

Monitor com cabo que através de um esfigmanômetro transmite o valor da pressão sistólica e diastólica. Utilizado para verificar a pressão arterial. O monitor é programado para registrar a pressão em intervalos de minutos ou de forma contínua. Acessórios incluídos: central, registrador de canais. Cobrança é diária e o material cobrado à parte, mediante prescrição médica.

### 3.3.5.8 - Monitorização Pressão Artéria Pulmonar

Monitor de pressão invasiva - PAP - (com catéter Swan Ganz) com cabo transdutor + cabeçote, ligado ao paciente através de punção subclávica ou jugular com introdutor valvulado onde é instalado o Cateter de Swan Ganz que vai até a artéria pulmonar. As pressões evidenciadas através de uma curva no painel do monitor. - Utilizado em pacientes graves, chocados e em desequilíbrio hemodinâmico, para monitorizar a pressão arterial, pulmonar, sistólica, diastólica e média. Acessórios inclusos: Transdutor de pressão, módulo, domo, pressurizador, central, registrador de

canais. Cobrança diária com material cobrado à parte (cateteres, eletrodos), mediante prescrição médica.

#### 3.3.5.9 - Monitorização Pressão Intracraniana

Monitor de pressão invasiva - PIC - com cabo transdutor mais cabeçote, ligado ao paciente através de punção no ventrículo cerebral. As pressões são evidenciadas através de um painel no monitor. Fornece a pressão sistólica e diastólica. - Monitorização contínua realizada em pacientes portadores de hipertensão intracraniana, aneurisma, tumores, pós-operatório (craniotomias) e TCE (traumatismo craniano encefálico). Acessórios incluídos: Transdutor de pressão, módulo, domo, pressurizador, central, registrador de canais. Cobrado por dia sendo o material, cobrado à parte, mediante prescrição médica.

#### 3.3.5.10 - Monitorização Remota por Telemetria - Arritmia e Oximetria

É a monitorização do paciente através de eletrodos especiais “não ligados ao monitor” atingindo uma distância determinada conforme a quantidade de antenas ligadas ao mesmo, ou seja, ao monitor. Registra constantemente a frequência cardíaca e possíveis arritmias do paciente, e os níveis de oxigênio mesmo que seja internado em outra unidade dentro do hospital. - Acessórios Inclusos: Central de telemetria, sistema de transmissão com antena, transmissor, cabo de eletrodos, bateria comum, pilhas. Cobrança por dia sendo o material cobrado à parte, mediante prescrição médica.

#### 3.3.5.11 - Monitorização Temperatura

É a verificação constante da temperatura do paciente através da leitura do monitor. Um cabo do monitor é ligado a um sensor de temperatura que terá contato com o paciente (via retal, axilar ou esofágica) indicado no painel a temperatura do paciente de forma contínua. Indicação em grandes cirurgias, pediatria, neonatologia e pós-operatório. Acessórios incluídos: Módulo, sensor de temperatura superficial e retal, central, registrador de canais. Cobrado por dia. Material cobrado à parte.

#### 3.3.5.12 - Monitorização Centro Cirúrgico, Obstétrico e Recuperação

São monitores utilizados nos pacientes durante o ato cirúrgico, obstétrico e/ou recuperação em horas. Quando o paciente estiver em UTI e necessita fazer cirurgia, tomar o cuidado de “não repetir” a cobrança dos monitores se estes estiverem sendo utilizados no CTI e a cobrança for por dia (24h), cobrada por minuto. Uso do equipamento, independente dos canais.

#### 3.3.5.13 - Ventilação Mecânica

Equipamento com acessórios, circuito completo e conectado ao tubo endotraqueal, com duas extensões próprias para oxigênio e ar comprimido. - Utilizado em pacientes com insuficiência respiratória aguda, fornecendo oxigênio adequado às necessidades gasométricas e os movimentos de inspiração e expiração, involuntários do paciente. Cobrado por dia. Cobrado material e oxigênio à parte.

#### 3.3.5.14 - Ventilação Mecânica com Regime Respiratório Especial

É um aparelho que permite ventilação com os métodos tradicionais (volume ou pressão) associada à pressão de suporte e a capacidade da inversão da relação inspiratória-expiratória, limitada a pressão e com altos fluxos. Acessórios inclusos: Kit de 1000 horas, Câmara umidificadora adulto, aquecedor do tubo inspiratório, filtro de bactérias, junta para traquéias, jogo de traquéias. Cobrado por dia. A cobrança deste item exclui eventual cobrança de outros itens de ventilação. Ar comprimido e oxigênio cobrar à parte.

#### 3.3.5.15 - Ventilação Mecânica com Blender

Aparelho ventilatório com duas conexões próprias, sendo uma para oxigênio e outra para ar comprimido. Utilizado em pacientes de alto risco. O aparelho promove os movimentos respiratórios e o oxigênio adequado às necessidades gasométricas. Acessórios incluídos: Kit de 1000 horas, câmara umidificadora adulto, junta para traquéias, jogo de traquéias, aquecedor do tubo inspiratório, filtro de bactérias. Cobrado por dia. A cobrança deste item exclui eventual cobrança de outros itens de ventilação. Ar comprimido e oxigênio cobrado à parte.



#### 3.3.5.16 - Ventilação a Volume

Aparelho ventilatório com dispositivos IMV e PEEP. (Ventilação Mandatória Intermittente e Pressão Positiva Expiratória Final). Aparelho programado para dar liberdade de respiração e promover expansão pulmonar dos alvéolos do paciente. Acessórios inclusos: Kit de 1000 horas, câmara umidificadora adulto, jogo de traquéias, junta para traquéias, aquecedor do tubo inspiratório, filtro de bactérias. Bennett e/ou Bird 6.400. cobrado por dia. A cobrança deste item exclui eventual cobrança de outros itens de ventilação. Ar comprimido e oxigênio à parte.

### 3.3.6 - EQUIPAMENTOS

#### 3.3.6.1 - Amois

Aparelho montado com cautério, deotermia. Crioterapia. Aplicação com gás gelado para retirada e casos de glaucoma sem solução ou diabete. Estes pacientes não são submetidos à cirurgia. É cobrado por uso.

#### 3.3.6.2 - Aspirador de Catarata (marca MENTOR)

É um aparelho para aspirar catarata simples. Existe o FACO-EMUCIFICADOR que é um conjunto de aparelhos contendo, aspirador, cautério, retinoscópio e outros, o qual faz corte e retirada de catarata, retina, vitrectomia, etc. (Site). Cobrado por uso.

#### 3.3.6.3 - Aspirador

Equipamento de aspiração intermitente ligado á eletricidade, ou, monitor móvel portátil com cânulas de aspiração e látex para coletar o conteúdo aspirado em cirurgia, com vidro coletor. Cobrado por uso.

#### 3.3.6.4 - Aspirador Cirúrgico

Aparelho usado em cirurgia para através de aspiração de tumores cerebrais, tumores de fígado e em qualquer outro órgão sólido. Proporciona menor risco cirúrgico, economia de tempo e menor sangramento. Cobrado por uso.

#### 3.3.6.5 - Balão Intra-Aórtico

O Balão Intra-Aórtico é utilizado na forma de assistência mecânica da circulação. Instala-se um cateter balão na aorta torácica do paciente que é conectado ao equipamento sendo, inflado e desinflado de forma sincrônica com ciclo cardíaco, aumentando a perfusão coronariana e cerebral. Utilizado na Síndrome de baixo Débito Cardíaco por falência do ventrículo esquerdo, nas Miocardites Agudas, Isquemias Miocárdicas, e no Choque Cardiogênico pós IAM. É cobrado o 1º dia, taxa de instalação. Nos dias subseqüentes, taxa por dia e o material cobrar à parte.

#### 3.3.6.6 - Berço Aquecido

Berço em acrílico com material com calor irradiante de cima para baixo com dispositivo de mudança de decúbito. Usado para manter a temperatura do RN nas primeiras horas de vida. Cobrado por hora (após as primeiras 4 horas de vida). Não haverá cobrança no Centro obstétrico, mediante prescrição médica.

#### 3.3.6.7 - Bio-Pump

Máquina de perfusão pequena que funciona independentemente do coração. Usada pouco tempo em parada cardíaca, bombeia o sangue ida e volta. Substitui inteiramente o coração. É utilizado para adultos e também em pediatria. É cobrada taxa de instalação no 1º dia. Nos dias subseqüentes o material é cobrado à parte.

#### 3.3.6.8 - Bisturi Bipolar

É um cauterizador bipolar ou coagulador composto de: Cabo para coagulação, interruptor de pé para coagulador e microcoagulador. Utilizado em cirurgias, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.9 - Bisturi Elétrico / Cautério

Bisturi Eletrocautério. Auxilia o médico na eletrocoagulação para evitar sangramento. Utilizado em grandes cirurgias e em hemostasia, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.10 - Bomba de Infusão Contínua

Aparelho acoplado a um suporte de soro, cronometra volume/hora administrado. Possui uma célula sensível adaptada ao cálice de soro. Usada em pacientes de alto risco que necessitam de um controle preciso de volume infundido. Pacientes com nutrição por via parenteral administração de medicamentos e hidratação, sendo cobrado por dia. Por Bomba instalada no paciente mediante prescrição médica. Material, cobrado à parte.

#### 3.3.6.11 - Bomba Circulação Extra-Corpórea

Permite a circulação extra-corpórea em cirurgias cardíacas, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.12 - Cama Balança

Uma balança especial instalada sob os pés da cama do paciente em CTI que registra o peso constante do mesmo, sendo cobrado por dia, sob prescrição médica.

#### 3.3.6.13 - Cardiotocógrafo ou Monitor Fetal

Aparelho para monitorizar BCF e medir a contração uterina, utilizado para MAP e RAP e durante o trabalho de parto. O aparelho fornece registro gráfico do exame, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.14 - Ultrassom Fetal – Eucotone

Aparelho para ausculta fetal (BCF), sendo cobrado por uso.

### 3.3.6.15 - Carro de Anestesia Completo - (Aparelho e Acessórios)

Carro móvel com conexão para oxigênio e conexão para entubação. Equipamento utilizado para anestesia em procedimentos cirúrgicos, sendo cobrado por minuto.

### 3.3.6.16 - Carro de Parada Cardiorrespiratória

Usado em pacientes com parada Cardiorrespiratória. Acompanha desfibrilador, monitor e marcapasso transitório, sendo cobrado por atendimento. Só gera débito se usar desfibrilador. O uso do Desfibrilador está incluído na taxa.

### 3.3.6.17 - Drill Micro-Serra, Drill Microtron, Chirodril, Hall Air Drill, Craniótomo, Craniótomo Super Perfurador Elétrico ou a Ar Comprimido

Aparelhos para perfuração e corte ósseo. Utilizados em cirurgias que necessitam remoções ósseas, sendo cobrado por uso.

### 3.3.6.18 - Colchão Antidecúbito

Colchão de material plástico resistente onde são colocados 300 litros de água morna, ou, colchão de espuma com uma das faces em forma de favos, piramidal. Promove uma ativação circulatória em uma área de contato com a pele reduzida. Usado em pacientes idosos, acamados ou em hospitalização prolongada. Evita escaras de decúbito, sendo cobrado por dia. Prescrição médica ou de enfermagem, avaliada pelo médico.

### 3.3.6.19 - Colchão Aquecido

É um aparelho que contém 10 litros d'água, sendo que esta circula por dentro de um lençol térmico mantendo a temperatura planejada para frio ou quente. (Elétrico) Utilizado em cirurgia ou em hemodinâmica que necessitam de aquecimento ou o resfriamento do paciente, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.20 – Dermoabrasador

Aparelho elétrico usado para lixamento de pele, composto de motor, pedal e peça de mão com lixas adaptáveis, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.21 - Desfibrilador Cardiovascular

Aparelho ou cardioversão com monitor cardíaco. Usado para parada cardiovascular, pacientes fibrilados, para cardioversão elétrica e cirurgias cardíacas, sendo cobrado por uso. Não é cobrado quando o uso for simultâneo com o Carro de Parada Cardíaca.

#### 3.3.6.22 - Eletro-Imã

Aparelho usado para retirada do corpo estranho do fundo do olho, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.23 - Esternótomo

Serra de esterno. Aparelho elétrico que tem a função de abrir a cavidade torácica serrando o osso esterno, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.24 - Estimulador de Nervo Facial

Aparelho elétrico para estimulação de nervos, geralmente em cirurgias neurológicas, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.25 – Fototerapia

É um equipamento com um teto na altura aproximada de 50 cm formado por sete lâmpadas fluorescentes (luz fria), brancas com, 20W cada uma. Tratamento essencial para RN com icterícia fisiológica quando as concentrações séricas de bilirrubina não ultrapassam 15 mg/100ml, sendo cobrado por hora, mediante prescrição médica.

### 3.3.6.26 - Hemodiálise (Máquina)

Hemodializador é uma espécie de rim artificial. Possui uma membrana fina que age como um filtro para substâncias indesejáveis presentes na corrente sanguínea. Usado em pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica, sendo cobrado por sessão. Material, cobrado à parte.

### 3.3.6.27 – Incubadora

Aparelho com capota acrílica e portinhola lateralizada para manuseio com motor elétrico capaz de manter temperatura e oxigênio adequado ao recém nascido (RN). Aparelho usado por prematuros ou RN de alto risco que exigem observação permanente mantendo temperatura corporal adequada, isolamento, proteção e oxigenação, dando condições de adequação ao RN. Por dia. Oxigênio, cobrar à parte, mediante prescrição médica.

### 3.3.6.28 - Incubadora de Transporte com Oxigênio

Equipamento com capota acrílica, com portinhola lateral para manuseio com motor elétrico e bateria. Possui dois dispositivos de roda para transporte e cilindro de oxigênio acoplado. Usado para transporte de RN prematuro em exames. Troca de sala ou de hospital, sendo cobrado por uso. Oxigênio incluso. Conforme prescrição médica.

### 3.3.6.29 - Intensificador de Imagem

É um aparelho de RX com vídeo para acompanhamento de cirurgias e procedimentos especiais em instalação de Cateter Swan Ganz, Marcapasso, etc. Auxilia no acompanhamento de cirurgias e procedimentos intensificando a imagem do local da mesma. - É utilizado em cirurgia que necessita visualizar a colocação de cateteres, guias, marcapassos, próteses, hastes, parafusos, fios de Kichner, etc. E em algumas cirurgias de coluna para ver a vértebra marcada. Cirurgias cardíacas, todas as cirurgias de fêmur, em nefrolitolapaxias, ureterolitolapaxias, enfim, nas cirurgias em que depende do tipo de procedimento. A cada poucos minutos é ligado o intensificador durante 30 segundos cada raio, (+ ou -). É cobrada por minuto, equivalente ao tempo de duração do procedimento.

#### 3.3.6.30 - Lipoaspirador

Motor móvel portátil com cânulas de aspiração e látex para coletar o conteúdo aspirado em um vidro de 3 litros para reservatório, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.31 - Marcapasso Transitório

Aparelho gerador de impulsos cardíacos que funciona por pilha-bateria. Usado em pacientes com bloqueio átrio-ventricular de 2 e de 3 graus, pós-operatório cardiovascular, sendo cobrado por dia. Eletrodo, cobrar à parte.

#### 3.3.6.32 - Microscópio Cirúrgico

Haste vertical com um cabeçote lateral com vários tipos de lentes oculares móveis e uma fonte de luz com intensidade regulável, sendo cobrado por minuto. (Disponível durante o tempo de procedimento)

#### 3.3.6.33 - Nefrolitotritor Ultra-Sônico

Utilizado com TV e mesa cirúrgica especial. Aparelho Eletro-hidráulico com acessórios delicados. Sua limpeza é feita com ar comprimido. Utilizado para retirada de cálculos renais por via percutânea, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.34 - Saturômetro (Oxímetro de Pulso)

Aparelho acoplado através de uma célula sensível e ligado a uma extremidade, (dedo, lóbulo da orelha), dando com precisão a concentração de oxigênio através de um painel. Utilizado em pacientes prematuros e em adultos com problemas respiratórios que necessitam de um controle mais preciso da concentração de oxigênio recebido. Locais passíveis de utilização: área intensiva, C.C., sala de recuperação unidades intermediárias, sendo cobrado por dia e por minuto, mediante prescrição médica.

### 3.3.6.35 - Quadro Balcânico

Equipamento móvel composto de várias peças, montado conforme orientação médica. Facilita exercícios de pacientes com fraturas. É cobrada taxa de instalação.

### 3.3.6.36 – Refratômetro

Cilindro de uso manual com superfície sensível a luz de um micro foco ocular graduado. Utilizados em RN para o controle da densidade urinária, verificada através de uma gota de urina sob a superfície do aparelho e evidenciado através de um micro foco de luz, sendo cobrado por uso. Com prescrição médica.

### 3.3.5.37 - Ressector Endoscópio/Flexível

Aparelho com cautério que faz corte debaixo d'água. Para retirada de TU de próstata (R.T.U), sendo cobrado por uso, com material incluído, exclui a cobrança do eletrocautério.

### 3.3.6.38 - Serra Elétrica ou a Ar comprimido

É uma serra usada em cirurgias traumatológicas que funciona a ar comprimido e faz perfuração de ossos para colocação de parafusos, sendo cobrado por uso.

### 3.3.6.39 - Shaver (no Artroscópio)

É um aparelho usado para limpeza das articulações, franjas, etc. - O aparelho é ligado a um tubo de Nitrogênio através de um cabo próprio. “Utilizado em artroscopia”, sendo cobrado por uso.

### 3.3.6.40 - Sistema Flexível para Endoscopias ou Laparoscopias

Aparelho de endoscopia com vídeo que possibilita exames de Esofagogastroduodenoscopia, Dilatação Esofágica, Esclerose de Varizes do Esôfago, Colocação de Prótese, Colocação de Sonda Nasenteral, Colangiopancreatografia, Retirada de Corpo Estranho, Colangiopapilotomia, Colonoscopia, Broncoscopia. Acessórios inclusos: Fibroscópio Gastrointestinal, Duodenofibroscópio, Papilótomo,



Eletrocautério de acordo com o exame, cateter, Colofibrocópio, Broncofiroscópio, Adaptador para conversão de imagem e Cirurgias Vídeo Laparoscopias, sendo cobrado por uso. Seguem os procedimentos com seus respectivos aparelhos utilizados e a forma de cobrança:

Endoscopia Digestiva utiliza Colonoscópio (por uso), Duodenoscópio (por uso), Esofago-gastro-duodenoscópio (por uso), Retrossigmoidoscópio (por uso). Broncospia Utiliza Broncoscópio. A Laparoscopia utiliza o Laparoscópio. Ginecologia utiliza o Laparoscópio e o Histeroscópio. A Artroscopia utiliza o Artroscópio (vários tipos). A Urologia utiliza o Nefroscópio, o Uretroscópio, o Cistoscópio e finalmente o Uretrscópio.

#### 3.3.6.41 - Termômetro Elétrico

Tem a função de monitorar a temperatura superficial da pele e temperatura fetal, retal e/ou esofágica, vinculado a cirurgias cardíacas/extra corpórea na sala ou pós-operatório, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.42 – Tonômetro

Aparelho para fazer exame do fundo de olho e medir a pressão intra-ocular, (Esquepe) para examinar fundo ótico da retina com lente especial, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.43 - Tração Esquelética ou Cutânea

São pesos utilizados em traumatologia para manter o alinhamento do osso do paciente, no qual é colocada uma atadura com adesivo, Skin-Traction.

#### 3.3.6.44 - Vácuo Extrator

É um sistema de tração, formado por corrente tendo em uma extremidade a placa interna da ventosa; a outra vai fixar-se na cruzeta depois de atravessar a luz do tubo de borracha. Sistema de sucção ou de vácuo com a finalidade de extrair o feto do útero, hoje utilizado para feto morto, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.45 - Ventilômetro

Aparelho com um relógio acoplado no tubo endo-traqueal ou à válvula expiratória. Fornece o volume de ar corrente, V.<sup>a</sup>C. - Equipamento utilizado para anestesia em procedimento cirúrgico e para pacientes em C.T.I. - Mede a pressão endo-traqueal, sendo cobrado por uso e vinculado ao uso do respirador à pressão.

#### 3.3.6.46 - Vitreófago

Aparelho utilizado para fazer vitrectomia anterior e posterior, quando a gelatina do olho está opaca e o paciente perde a visão, ou em catarata com perda de muito líquido, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.47 - Billirrubinômetro

Aparelho para medida incruenta indolor do nível de bilirrubinas do RN, sendo cobrado por uso.

#### 3.3.6.48 - Administrativas

O material de expediente por paciente internado é cobrado por taxa de administração, bem como o material de expediente por paciente ambulatorial, telefonemas locais e/ou interurbanos.

#### 3.3.6.49 - Outros Serviços

Os possíveis acompanhamentos em cirurgia de parto são cobrados por uma taxa por acompanhante, bem como necrotério, preparo do corpo e refeições de acompanhante: tabela à parte troca de aposento por solicitação paciente.

### **3.3.7 - Outros Serviços de Emergência**

#### 3.3.7.1 - Sala para pequenos procedimentos

É uma sala especial para pequenos procedimentos que não necessitam ambiente asséptico. Suas atividades e cobranças são as seguintes:

- Broncoscopia, Colonoscopia, Endoscopia: por uso
- Gesso, (colocação, troca, retirada): por ½ hora
- Imobilização não gessada: por uso
- Infiltração intra-articular: por uso
- Procedimento com anestesia local: por uso
- Quimioterapia com anestesia local: por uso
- Redução de fatura com anestesia local: por uso
- Sala para consulta sem honorários: por uso

OBS.: é cobrado um acréscimo de 15% sobre salas infectadas/contaminadas

#### 3.3.7.2 - Avaliação Obstétrica

Exame físico realizado em gestantes onde é avaliada a intensidade do trabalho de parto, condições dos batimentos cardíacos fetais, idade gestacional e condições do colo uterino. Esta taxa é cobrada por atendimento, quando realizada pela enfermeira obstétrica, e os materiais são cobrados à parte em folha de débitos de sala do Centro Obstétrico. Quando o procedimento for realizado pelo médico, cobram-se os materiais e medicamentos. Estão inclusos na taxa: pessoal de enfermagem, luva, gel para monitorizarão.

#### 3.3.7.3 - Injeção E.V. ou I.M. - Ambulatorial em Emergência

É a administração de injeção por via endovenosa ou intramuscular em pacientes atendidos em Ambulatório de Emergência, Pronto-Socorros e Emergências, sendo cobrado por aplicação. O material cobra-se à parte.

### 3.3.7.4 - Instalação de Soro Ambulatorial

É a instalação de Soro nos Atendimentos de Emergência em Pronto-Socorros, Ambulatórios de Atendimento de Emergência, e Serviços de Emergência, onde o médico, após realizar a consulta, prescreve a solução e os medicamentos. O paciente, após o término do soro, recebe alta para casa ou passa para internação. Esta taxa deve ser cobrada somente na instalação do primeiro soro e “não trocas de soros” para pacientes internados ou de cirurgias eletivas ambulatoriais, “não cabe a cobrança” de aplicação de soro.

## 3.4 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A GESTÃO HOSPITALAR

Atualmente o poder público no Brasil investe muito aquém do necessário (tabela abaixo) o que faz com que a visão ideológica estatizante perca espaço, somando-se a tendência internacional de parceria entre estado e iniciativa privada como fator essencial para a recuperação do sistema.

O orçamento nacional de saúde pública, somando os gastos de União, Estados e Municípios é de 29 bilhões de reais para dar cobertura aos 120 milhões de brasileiros que ainda dependem do atendimento público. A taxa de mortalidade das mulheres brasileiras é quase três vezes maior que a das mulheres japonesas. O brasileiro morre em média 19 anos mais cedo do que os americanos, 21 à frente dos franceses e 20 mais cedo que os ingleses.

**TABELA 11 - Despesas Internacionais Públicas em Saúde**

PAÍS	% PIB	US\$/P.CAPITA
USA	14.3	3.500
Turquia	4.0	400
Brasil	3.5	300

Fonte: Conjuntura Econômica, outubro, 1997

Apesar da Contribuição Monetária sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada com o propósito de justamente arrecadar recursos exclusivamente para a saúde, o

investimento federal em saúde ainda não voltou ao montante do final da década de 80, isto é, 2,7 do PIB (o índice de 3,5 da tabela acima é o total de municípios, estados e governo federal) o que faz com que as dívidas antigas e o acúmulo de problemas consumam todo o investimento, impossibilitando melhorias no setor.

Em decorrência, do total de 7.100 estabelecimentos de saúde existentes no país, apenas 26% são públicos. O número de leitos existentes define a média de 3,72 leitos por mil habitantes, o que poderá vir a ser uma boa média, com a utilização de recursos alternativos à hospitalização.

Para atender um crescimento populacional de 100% entre 1960 e 1990, a iniciativa privada respondeu por um incremento de cerca de 200% no número de leitos ofertados. No mesmo período, leitos hospitalares públicos cresceram apenas 60%. Também no início da década (últimos dados disponíveis), 90% das internações hospitalares eram de responsabilidade de hospitais particulares.

Nessa época, o setor público gastava cerca de US\$ 1,6 bilhão com as internações nos hospitais privados conveniados ao SUS. Paralelamente, destinava US\$ 1,0 bilhão aos internados em hospitais públicos, isto é, recebendo apenas 40% dos recursos os hospitais privados cuidavam de quase 70% dos pacientes.

Os gastos com hospitais que oferecem algum tipo de serviço de saúde para a população e têm vínculo com o estado representa valores muito significativos. Atualmente, os gestores hospitalares deparam-se diariamente com dilemas de custo de oportunidade. Os Estados adotaram formas diferenciadas, mesmo que minimamente, para o reembolso dos serviços prestados.

Neste momento será apresentada uma serie de indicadores que quantificam esses repasses e demonstram as diferenças entre os estados brasileiros. O número de hospitais existentes por estados da federação mostra a disparidade de acesso aos serviços de saúde. Apesar de haver uma correlação entre o número de hospitais e a população, observa-se que há estados, com o do Acre, onde o número de hospitais privados é praticamente insignificante.

A concentração dos hospitais privados mostra relação direta com os Estados nos quais as rendas e o desenvolvimento econômico é mais acentuado. O Estado de São Paulo é o que apresenta o maior número de hospitais privados. A diferença significativa entre o número total de hospitais privados e públicos mostra a disponibilidade de

serviços que os mais de 45 milhões de pessoas que possuem planos privados de saúde ou pagam pelo serviço possuem.

A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde. Por outro lado, as escolhas individuais também são cruciais, embora nem todas as necessidades se convertam em demandas e nem todas as demandas sejam atendidas.

De maneira geral, as desigualdades no uso de serviços de saúde, ou seja, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros. O quadro abaixo caracteriza a distribuição dos serviços hospitalares no Brasil.

**TABELA 12 - Número de Hospitais Públicos e Privados no Brasil por Estado**

Estados	Públicos	PRIVADO		TOTAL
		Sem Fins Lucrativos	Com Fins Lucrativos	
Acre	31	-	3	34
Alagoas	36	2	41	79
Amapá	14	-	2	16
Amazonas	70	1	11	82
Bahia	188	12	254	454
Ceará	146	9	-	155
Distrito Federal	9	7	2	18
Espírito Santo	22	2	72	96
Goiás	109	1	292	402
Maranhão	123	2	220	345
Mato Grosso	36	1	120	157
Mato Grosso do Sul	25	2	86	113
Minas Gerais	98	16	572	686
Pará	84	3	97	184
Paraíba	73	2	112	187
Paraná	107	7	446	560
Pernambuco	176	6	120	302
Piauí	86	5	81	172
Rio de Janeiro	122	17	250	389
Rio Grande do Norte	132	4	74	210
Rio Grande do Sul	26	20	342	388

<b>Rondônia</b>	54	-	27	81
<b>Roraima</b>	13	-	-	13
<b>Santa Catarina</b>	16	3	203	222
<b>São Paulo</b>	161	26	546	733
<b>Sergipe</b>	9	1	42	52
<b>Tocantins</b>	66	-	45	111
<b>Total</b>	<b>2032</b>	<b>149</b>	<b>4060</b>	<b>6.241</b>

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil 1997.

No Rio Grande do Sul, o número de instituições privadas é 73% maior do que as públicas. No Estado, no entanto, o número de pessoas que usam esses serviços é de cerca de 2,5 milhões de pessoas. Para o restante da população, cerca de 7 milhões de pessoas restam as 23 instituições públicas, ocasionando sérios problemas de acesso aos serviços. Por exemplo, para uma pessoa que utiliza os serviços públicos consultar com um Neurologista a peregrinação pode durar até cinco anos.

A concentração de leitos por habitantes no Rio Grande do Sul reflete o pouco número de hospitais públicos. Segundo o anuário estatístico brasileiro de 1997, há apenas 0,17 leitos por mil habitantes no Estado. Em Roraima esse índice chega a 3,3 por mil habitantes. O pior índice do Brasil está no Estado de Santa Catarina com somente 0,1 leitos por mil habitantes.

O número de leitos hospitalares com fins lucrativos em Santa Catarina chega 2,8 por mil habitantes. No Estado do Maranhão os leitos hospitalares com fins lucrativos chegam a 3,6 por mil habitantes. Os leitos públicos chegam ao número de 0,95 por mil habitantes. Interessante observar que não há uma relação com o grau de desenvolvimento regional e o número de leitos hospitalares.

No sistema privado de saúde atualmente são 41 milhões os brasileiros atendidos pelos diversos seguros e planos de saúde, isto é, mais do que as populações da Argentina, Uruguai e Bolívia somadas.

O setor privado de saúde movimenta em reais 18 bilhões/ano; para traçar um paralelo, o faturamento do conjunto da siderurgia brasileira é de 6 bilhões de reais/ano. O sistema privado vem crescendo a taxa média de 12% ao ano, nos últimos três anos; nos seguros saúde as carteiras vem crescendo a taxa média de 42% ao ano, nesse mesmo período. A tabela abaixo apresenta todos dos gastos nos hospitais públicos e privados no ano de 1997.

**TABELA 13 - Gastos da União com Hospitais / Por Estado / Segundo Categoria**

Estados	CATEGORIAS		
	Públicos	Hospitais Escola	Privados com Fim Lucrativo
Acre	4.072.250	-	1.018.337
Alagoas	893.214	1.507.126	39.786.013
Amapá	1.467.340	-	968.122
Amazomas	11.620.646	2.556.124	4.713.865
Bahia	40.160.663	40.724.124	113.521.375
Ceará	17.511.696	32.676.692	67.862.570
Distrito Federal	10.199.756	26.087.966	81.365.472
Espírito Santo	8.954.988	8.057.061	67.493.728
Goiás	9.246.885	4.206.624	32.065.501
Maranhão	17.172.250	4.796.342	18.345.911
Mato Grosso	7.810.180	1.329.228	245.982.851
Mato Grosso do Sul	22.187.299	19.578.263	55.854.039
Minas Gerais	31.980.443	66.028.378	51.844.132
Pará	12.930.511	6.496.513	164.532.854
Paraíba	13.439.380	4.617.475	68.184.091
Paraná	13.814.433	59.998.746	29.908.430
Pernambuco	47.781.944	34.228.805	178.036.864
Piauí	6.041.345	16.500.441	20.856.933
Rio de Janeiro	70.775.659	53.039.978	116.883.471
Rio Grande do Norte	12.560.514	139.482.977	3.893.387
Rio Grande do Sul	4.949.103	-	78.357.217
Rondônia	14.255.399	-	427.546.186
Roraima	1.362.779	9.994.082	18.736.827
Santa Catarina	2.807.026	2.622.612.927	8.146.061
São Paulo	86.950.584	187.026	1.915.840.976
Sergipe	3.909.609	-	-
Tocantins	7.684.009	-	-
<b>Total</b>	<b>4.756.399.056</b>	<b>795.814.64</b>	<b>3.770.940.863</b>

Fonte: Anuário Estatístico Brasil 1997



Os investimentos nos hospitais públicos e privados também apresentam valores significativos e dispares. Os 3,7 bilhões de reais gastos no sistema privado por 25% da população se contrapõem com 4,7 gastos nos hospitais públicos pelo Estado com 75% da população.

Por sua vez, a sinistralidade vem crescendo de tal forma que pulou de um índice de 62% em 91 para 81% em 1996, o que coloca em risco toda a operação do setor; a cada ano são efetuadas 264 milhões de unidades de serviço (computados um a um desde uma cirurgia de porte até um curativo), isto é, mais de 6 por usuário/ano.

A procura por serviços médicos também tem aumentado mais que proporcionalmente ao incremento da população, causando inevitáveis problemas de administração, tanto ao setor privado como ao setor público. Isso ocorre não só devido ao crescimento da renda per capita (saúde privada é um bem superior) como também pelo crescimento da parcela de idosos na população brasileira. Os indivíduos de mais de 60 anos que constituíam apenas 5% do total da população em 1970 hoje representam em torno de 11%.

A utilização dos serviços sofre, por exemplo, a cada ano um aumento médio expressivo do número de exames por consulta; de 96 para 97 esse aumento foi de 6%, sendo que a utilização média dos demais serviços cresceu 3%.

**TABELA 14 – Utilização Por Tipo de Serviço**

<b>TIPO DE SERVIÇO</b>	<b>UTILIZAÇÃO BENF./ANO</b>
Internações	0.10
Consultas	4.80
Exames laboratoriais	2.96
Exames RX	0.48
Ultra-som	0.12
Eletroencefalograma	0.04
Eletrocardiograma	0.11

Fonte: ABRAMGE, 1997

A partir dos dados acima é possível aos fornecedores de serviços projetar, considerando sua participação no mercado, o potencial de utilização de serviços de seus novos contratos.

Dadas às peculiaridades de financiamento, cobertura e orientação, é fundamental dividirmos o mercado por segmento. Medicina de Grupo é o segmento que tem o maior número de usuários, autorizado a trabalhar com rede própria e credenciada; se especializou no segmento empresas e tem restringido suas coberturas por alegadas não previsões contratuais; terá impactos econômicos importantes em seu ajuste ao projeto de lei do setor.

As de Autogestão são as empresas autofinanciadas em seus gastos com saúde, que formam um capital de giro inicial e funcionam com pós-pagamento; os gastos com saúde são cobertos em percentuais definidos para a empresa e para o usuário. O grupo mais forte nesse segmento é o Comitê de Integração das Empresas Fornecedoras de Assistência à Saúde - CIEFAS, duramente atingido pelo plano econômico que limitou em 24 reais a despesa mensal das empresas e autarquias públicas federais por funcionário.

As seguradoras, até o momento, não tem autorização para trabalhar com rede credenciada e deveriam atuar apenas com reembolso; tem importante atuação no segmento individual/familiar e níveis de cobertura mais elevados por reajustar seus prêmios em demonstração de despesas.

**TABELA 15 - Composição por Segmento - Brasil**

<b>SEGMENTO</b>	<b>Nº DE USUÁRIOS 1997</b>	<b>% DO TOTAL</b>	<b>Nº DE USUÁRIOS 2000</b>
<b>Medicina de Grupo</b>	17.3 mil	42.20	18.0 mil
<b>Cooperativas Médicas</b>	10.0 mil	24.39	7.0 mil
<b>Seguradoras</b>	4.7 mil	11.46	13.5 mil
<b>Autogestão</b>	9.0 mil	21.95	7.5 mil
<b>TOTAL</b>	<b>41.0 mil</b>	<b>100.00</b>	<b>46.0 mil</b>

Fonte: ABRANGE 1997 atualizado pelo autor.

As Cooperativas Médicas como o visto em tópicos anteriores atua no segmento com maior dificuldade de adequação ao projeto de lei, tem sofrido mais que os outros no processo de ajuste ao momento econômico, devido à sua estrutura política e organizacional, que torna lento o processo de decisão. A tabela abaixo mostra a composição por segmento de mercado no Brasil.

Deste total 80% são planos de empresas, que gastam em média 7.93% da folha de pagamento com planos de saúde, e 20% são planos individuais e familiares; em termos econômicos, entretanto, os planos empresariais sustentam a maior fatia da rentabilidade.

O setor é composto por mais de 1.000 empresas das quais, 700 são de medicina de grupo, a maioria de atuação local e regional. A fatia da maior empresa (Golden Cross) caiu de 6 para 5% do total do mercado de 1996 para 1997; das 20 maiores empresas de medicina de grupo do país apenas Golden Cross e Amil atuam no Rio Grande do Sul.

No mercado gaúcho existe uma peculiaridade, que é a forte presença dos planos ambulatoriais oficializados pelo projeto de lei em votação no Senado. Esse tipo de plano, além do custo reduzido, preconiza uma medicina preventiva que na prática nunca chegou a se consolidar.

Outra peculiaridade do nosso mercado é a menor presença, dentre as principais capitais do país, de hospitais próprios de planos de saúde. Apenas no interior do estado, e no caso Ulbra, essa associação plano - hospital tem se tornado um fato mais freqüente.

Mas já é expressivo, em termos de Brasil, o número de hospitais próprios de planos, com mais de 280 estabelecimentos somando 21.200 leitos em todo o país. No Rio Grande do Sul, e principalmente na Região Metropolitana de Porto Alegre, existe uma inversão em termos de composição do setor com a Unimed ocupando uma predominância que no resto do país só é alcançado pelo conjunto das operadoras de medicina de grupo.

**TABELA 16 - Composição do Mercado - Grande Porto Alegre**

SEGMENTO	Nº USUÁRIOS	% DO TOTAL	Nº USUÁRIOS
	1997		PROJEÇÃO 2000
Medicina de Grupo	177.000	25.80	212.400
Cooperativas Médicas	294.000	42.86	260.190
Seguradoras	92.000	13.41	262.200
Autogestão	123.000	17.93	114.390
TOTAL	686.000	100.00	849.180

Fonte: pesquisa no setor

Os preços da saúde proporcionam outra questão controversa: os usuários pagam muito, os prestadores são mal remunerados e as empresas estão em situação de quase insolvência. Como neste setor o governo é indulgente com a tributação, nem em impostos elevados se pode jogar a culpa.

A inflação na área da saúde sendo superior à inflação geral da economia já não constitui novidade: segundo a FIPE de jul./94 criação do Real, até jul./97 os contratos de assistência médica subiram 127,26% e nesse mesmo período o custo de vida subiu 76,13%.

Para conviver com isso algumas novidades começam a aparecer no mercado, principalmente nas seguradoras, com o objetivo de reduzir os custos das mensalidades.

Os “stop loss” são uma modalidade de seguro que absorve gastos superiores a um montante determinado, ex.: uma seguradora dá cobertura aos “pacotes” de um determinado hospital mediante um prêmio embutido no preço, quando ocorre uma intercorrência elevando os custos finais do procedimento acima de um valor, se aciona o seguro.

Por sua vez franquias para exames: com valor inversamente proporcional as mensalidades; por exemplo, uma franquia de US\$ 2.000 significa que até esse valor o usuário paga pelos exames reduzindo o custo mensal do plano.

A questão preços termina por colocar o setor na mídia, nos órgãos de defesa do consumidor e nos tribunais. As liminares concedidas por questões sobre cobertura ou carência estão provocando rombos de imagem e caixa. No PROCON de São Paulo o

item convênios de saúde é o 2º maior responsável por reclamações, atrás apenas do item “móveis”.

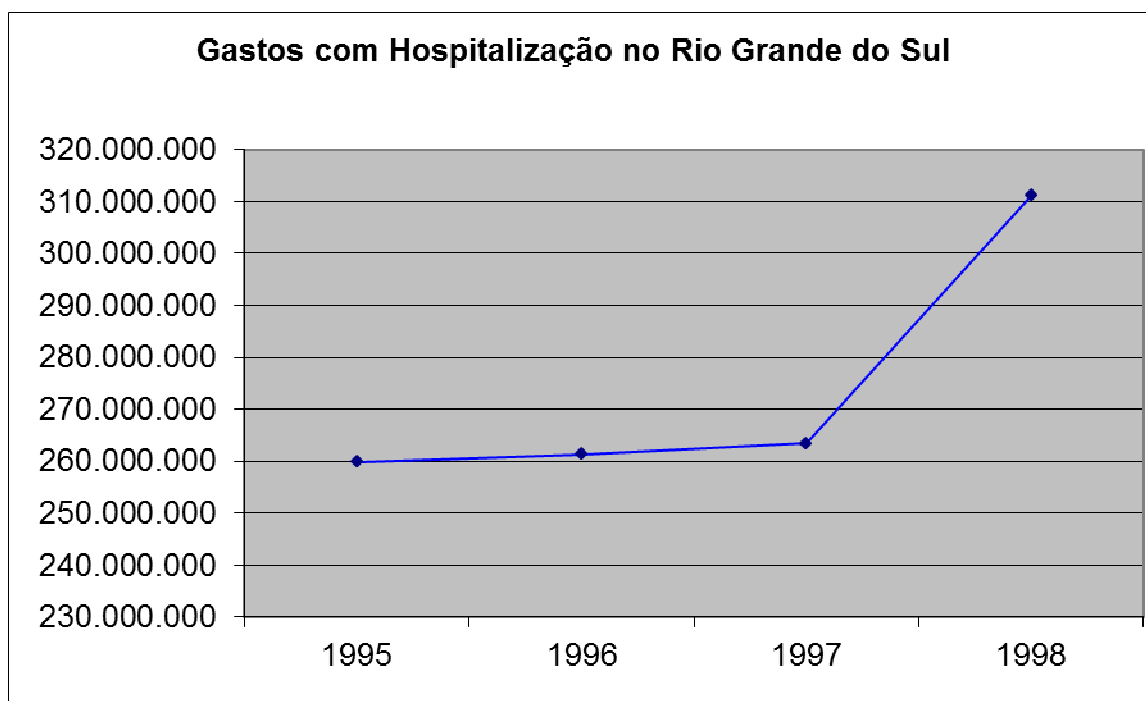
Como síntese do diagnóstico do setor, poderíamos discorrer sobre alguns temas ainda pouco discutidos, mas não menos importantes na conjuntura do segmento saúde. De maneira geral, tem-se ainda uma excessiva dependência de capitais de terceiros, através de créditos comerciais ou financeiros, isso gera, no mínimo, uma incapacidade do próprio setor de achar sustentabilidade nas suas próprias atividades.

A inadimplência elevada e com créditos de difícil recuperação é uma realidade ainda muito discutida e mostra-se como desafio em uma economia com índices de crescimento descontínuos na qual iniciativas mais ousadas de conquistas de mercados são desestimuladas justamente pela incapacidade de pagamento pelos serviços prestados.

Os custos sem controle e inexistência de “know-how” na montagem de sistemas eficientes são outra realidade. Isso gera uma série de dificuldades tanto para prestadores de serviço como para os clientes que sofre transtornos emocionais e físicos. Forma-se, então, um contexto no qual a base para as atividades de controle de custos ainda é a auditoria posterior das contas.

No Rio Grande do Sul, assim como no Brasil e no mundo, os gastos com a hospitalização tendem a aumentar. As atividades de auditoria tornam-se mais presentes, visando uma racionalização dos custos e uma melhor utilização dos recursos disponibilizados para os tratamentos de saúde. O gráfico a seguir mostra a variação dos gastos com as internações hospitalares.

**GRÁFICO 1 - Gastos com a Saúde no Rio Grande do Sul**



Fonte: DATASUS, 2000

A deficiência de capital de giro nas instituições hospitalares é uma realidade muito presente no Brasil. Os sistemas de pagamento contribuem para que essa situação não tome rumo de resolução. Na medida em que os sistemas de pagamento protegem os depósitos e compensações para um prazo que pode chegar até a 120 dias e os pagamentos têm um prazo menor para sua efetivação a quantidade de capital líquido disponível diminui mês a mês de forma a gerar dívidas com prestadores e fornecedores.

A condução de negociações com clientes e fornecedores torna-se um desafio cada vez maior na medida em que os mercados que envolvem o setor estão cada vez mais voláteis. Com cotações de mercadorias muitas vezes cotadas em dólar e levando em consideração as variações cambiais de um país em desenvolvimento como o nosso, técnicas de negociação para o setor são constantemente desenvolvidas e tornaram-se um diferencial dentre os profissionais.

O não dimensionamento da expansão do uso dos serviços mostra-se também como uma realidade a ser enfrentada pelos administradores. A relação de demanda e oferta nos serviços de saúde é diretamente proporcional. Quanto maior a oferta de serviço, maior a procura pelos mesmos.

Essa conjuntura gera reações para o mercado da saúde. Dentre elas podem-se destacar os programas de redução de custos e despesas, com atenção aos custos fixos, o enxugamento da rede com ênfase na qualificação, a renegociação dos compromissos mudando o perfil das dívidas, negociam novas formas de pagamento: pacotes, captação; parcelamento de contas de valores elevados, análises com critérios dos novos investimentos, redobrando os cuidados com a liquidez, a observação com rigor a depreciação acelerada, pois contribui na apuração do lucro tributável, e a operar com poucos bancos e acompanhar custos com serviços e tarifas.

### **3.4.1 Os Modelos de prestação de Serviço na Área da Saúde**

A evolução natural dos sistemas de saúde em todo o mundo está levando a um mesmo ponto: a necessidade de contenção, e se possível redução, dos gastos com a assistência médico-hospitalar.

O “Menaged Care” antes uma idéia que poderia ou não vingar no Brasil, dependendo dos rumos de cada debate e da ideologia dos debatedores, passa a ser uma realidade a partir das seguradoras americanas Aetna e Cigna, associadas à Sul América e Golden Cross, respectivamente, suas atuações no Brasil, passam pela adoção gradativa de práticas e princípios de Maneged Care (MC).

O primeiro ponto a ser implementado é a restrição às consultas diretas com especialistas: o cliente terá que, obrigatoriamente, passar pelo clínico geral para fazer uma consulta e, se o clínico achar que é caso para especialista, fará o encaminhamento (em 70 a 80% dos casos o clínico resolve).

As estruturas de porta de entrada (*gatekeeper*) definem que o paciente entre no sistema ao nível do atendimento primário do generalista, que tem a responsabilidade de fazer a avaliação do paciente e prestar o atendimento necessário dentro de sua capacidade técnica e coordenar o atendimento junto aos especialistas, mas não interfere no processo de tomada de decisão clínica independente.

Nesse sistema, clínico e especialista não podem pedir os exames, caros ou não, que quiserem, eles só são autorizados dentro do protocolo de cada doença (até 70% dos exames seriam dispensáveis se fosse feito um exame médico adequado). Os pacientes só

podem internar ou fazer cirurgia por indicação do médico, dentro da coerência dos protocolos e consensos.

O sistema estabelece novas prioridades e escalona rigorosamente a seqüência de recursos a serem utilizados e, por decorrência, o custo como vemos esquematicamente abaixo:

DOMICÍLIO	⇒	AMBULATÓRIO	⇒	INTERNAÇÃO
ENFERMEIRA	⇒	GENERALISTA	⇒	ESPECIALISTA

Médicos, pacientes e hospitais passam a ser gerenciados por protocolos e listas de prioridades e os orçamentos são elaborados por conselhos participativos. Essa prática já atinge 75% dos planos de saúde norte americanos, que estão economizando 23% dos custos. Isso é repassado para os usuários que compram planos mais baratos, sem carências, sem exclusões e com mais proteção ao idoso.

O “Managed Care” está, portanto, baseado fortemente no gerenciamento da utilização que é a supervisão do acesso aos médicos especialistas a utilização de serviços hospitalares, incluindo a emergência. Serviços hospitalares correspondem a 30 a 40% dos custos em um plano de atendimento generalizado, muitos dos quais não têm suporte técnico através de melhorias visíveis no resultado clínico. A restrição de acesso a médicos especialistas é justificada com base na excessiva utilização de procedimentos de alta complexidade e custo, em situações de rotina ou menor complexidade.

Organizações de atendimento gerenciado têm a tarefa de quantificar o risco de saúde da população atendida baseando-se em fatores de estado da saúde, idade, emprego, condições e estilo de vida. Essas qualificações são feitas para determinar o nível de risco à saúde e, por decorrência, risco financeiro.

Todos os sistemas captados criam incentivos para manter a saúde da população inscrita. Isso tira, gradativamente, o sistema de saúde de seu tradicional domínio de hospitais e clínicas para a comunidade, cultura e comportamento.

Organizações de atendimento gerenciado podem ser analisadas em uma base com dois fatores fundamentais. Primeiro, o sistema prestador de serviços e segundo o grau em que a organização prestadora estrutura e gerencia o processo clínico.



## **ESTRUTURANDO E GERENCIANDO O PROCESSO CLÍNICO**

⇒ -----

---- ⇐

BAIXO GRAU  
GRAU

ALTO

No baixo grau, operadores podem usar incentivos financeiros para alterar comportamentos de prestadores de serviços e no alto grau ambos podem estruturar e gerenciar em conjunto o processo clínico.

### **GERENCIANDO O RISCO NA SAÚDE DAS POPULAÇÕES NÍVEL DE INVESTIMENTO EM MANUTENÇÃO DA SAÚDE**

⇒ -----

---- ⇐

BAIXO INVESTIMENTO  
INVESTIMENTO

ALTO

No nível de alto investimento, todos os serviços necessários para maximizar o estado de saúde de uma população são prestados. No nível baixo, os pacientes cuidarão de sua saúde e acessarão os serviços. Atendimento Gerenciado mais do que um tipo de organização passa a ser um conjunto de princípios relativos à saúde.

A desospitalização da saúde é uma necessidade de primeira ordem no segmento saúde atualmente. Pode-se dizer que o pilar central da revolução que ocorre no setor de saúde, em âmbito mundial, é esse palavração: desospitalização, tirar o paciente do hospital.

Na Califórnia, a introdução de metas de “atenção gerenciada” onde há equipes que cuidam de certo número de pacientes e atuam de forma integrada com a prevenção, permite uma relação de 0,54 leitos hospitalares por mil beneficiários (o SUS tem 3,3 leitos e continua a investir em novos hospitais).

O andamento desse processo permitirá a existência de apenas 17 mil leitos na Califórnia em 10 anos, contra 78 mil existentes hoje. Esse processo estendido a todo os EE.UU. reduziria 74% do corpo de psiquiatras, 66% do de cirurgiões gerais, 63% do de neurocirurgiões, 57% do de cardiologistas e 55% do de anestesistas.

Essa política passa pela racionalização da rede hospitalar estimulando fusões, incorporações e especialização de unidades complexas. A Província de Saskatchewan, no Canadá, está estimulando o fechamento de hospitais com menos de 50 leitos e concentrando procedimentos especializados em uma mesma cidade, racionalizando os investimentos regionais.

Paralelamente, há aumento de internações de casos graves e a redução de média de permanência, conjugando as seguintes mudanças: primeiramente, a transformação do hospital em local exclusivo para eventos agudos. O processo de desospitalização tem como pano de fundo, estratégias que adquirem diferentes nomes. No Brasil, a estratégia de Saúde da Família é uma das iniciativas que visa o tratamento focado nos cuidados preventivos e com equipe multidisciplinares.

O Home Care pode ser considerado, até certo ponto, uma estratégia de redução de custos, como afirmado acima, mas também pode ser visto como uma aproximação maior dos profissionais de saúde do ambiente familiar, possibilitando, assim, a captação de possíveis problemas familiares.

A revisão da utilização de serviços hospitalares, por meio de um segundo juízo clínico também é um movimento presente. No Brasil ocorre atualmente uma forte discussão a cerca da chamada “Reforma Universitária”. A mesma visa, basicamente, uma mudança na formação dos profissionais de saúde com vistas a uma ação em saúde mais voltada para a medicina preventiva, com a introdução de conteúdos de saúde pública, epidemiologia e afins muito mais presentes ao longo das graduações.

A definição de uma equipe de saúde que se responsabiliza pela atenção ao paciente durante todo o processo clínico e analisa a necessidade da atenção e propriedade dos serviços também está inserida na estratégia da reforma sanitária brasileira e com a estratégia de saúde da família que está sendo implantada em todo o Brasil.

Outra constatação é a de que se no âmbito macroeconômico a tecnologia pode ser considerada vilã pelo aumento de custos, no nível microeconômico algumas

mudanças tecnológicas têm sido responsáveis por impressionante melhoria na eficiência, qualidade dos serviços e satisfação do usuário.

Centrada na medicina baseada em evidências, são utilizados protocolos clínicos como recomendação preparada de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões a respeito de intervenções, mesmo provocando tensão entre os médicos, os resultados tem sido expressivos.

Atenção primária resolutiva: em países onde se definiu atenção primária, sob forma de medicina familiar, os resultados foram mais expressivos do que nos modelos de entrada livre. Isso reflete nos níveis de ocupação dos hospitais na medida em que diminui internações desnecessárias e fluxos desorientados por falta de orientação médica.

Os idosos e portadores de doenças crônicas, por sua vez, necessitam mais de cuidados que de atenção curativa; muitos países estão convertendo hospitais em centros de enfermagem. Isso naturalmente gera uma demanda negativa em termos de ocupação de leitos, a possibilidade de reorganizar os leitos e os números padrões de tempo de permanência nos leitos, pois na realidade muitas pessoas acabam ficando tempos prolongados nos hospitais.

Práticas alternativas: no Canadá estima-se que 30% das pessoas estão buscando práticas alternativas em cuidados com a saúde, como a acupuntura, homeopatia e outras mais heterodoxas, com reduções expressivas de custos.

Com relação ao autocuidado há duas visões: uma, visando tornar o indivíduo mais informado para que possa buscar cuidados mais apropriados para a sua saúde; outra, com forte conotação culturalista, visando tornar o usuário livre da relação de dependência da burocracia médica.

Casos como o do Hospital Albert Einstein (HAE) são interessantes para a discussão a que nos propomos. A estrutura dos grandes hospitais tem sido apontada como o principal fator de encarecimento da medicina privada no Brasil. Estes hospitais ampliaram o atendimento no rastro do crescimento dos planos de saúde, mas não reduziram os custos, investiram em tecnologia e aumentaram os preços dos tratamentos e da hotelaria.

O HAE tem 200 médicos contratados (pronto-socorro, UTI's, laboratórios, banco de sangue, imagemnologia): são os médicos "do" Einstein e os especialistas são

os médicos “no” Einstein. Estes não estão envolvidos nos programas de qualidade, não compartilham suas informações sobre pacientes e podem cobrar honorários livremente; esta forma de atuação e suas decorrências são os dados básicos para se pensar o novo modelo.

O HAE que tem um faturamento anual de mais de 220 milhões de reais, 70% dos quais oriundos de planos de saúde, já projetou a mudança de seu modelo de atuação. Desenvolverá formas de atendimentos, passíveis de remuneração, voltados à prevenção junto a pacientes e famílias, a partir da identificação de tendências familiares e doenças específicas.

Além disso, integrará à sua estrutura clínicas super especializadas que podem atuar maciçamente e com custos baixos, em procedimentos específicos. Criará banco de dados que permita uma coordenação muito estreita do trabalho dos médicos e, resguardando o sigilo do paciente, possibilite a montagem de indicadores de desempenho par auxiliar na definição dos procedimentos médicos e metas de qualidade.

Ainda, o investimento em processo de informatização e instalação de software como o australiano MedTrak que permite integrar todas as informações sobre o paciente tanto no campo médico como administrativo. Documentando o processo se pode aprimorá-lo; em seguida é feito a definição dos protocolos para cada procedimento, evitando que o médico possa fugir do padrão, sem que tenha que justificar.

O passo seguinte será a constituição de um corpo clínico próprio de médicos “do” Einstein, trabalhando com protocolos, sobre os quais o hospital se responsabilizará não só na qualidade como nos honorários. Fundamentalmente, essas iniciativas buscam não fazer o hospital conforme o perfil dos médicos que nele aportam, mas sim aportar médicos conforme a visão de assistência estabelecida pelo hospital.

As Casas de Misericórdias estão lançando mão do Vital Saúde, da CMB - Confederação das Misericórdias do Brasil, administrado pela Porto Seguradora, é a inovação criando um produto que parte de um novo conceito.

Seus preços variam de 37 reais a 120 reais e destina-se à classe de renda entre 6 a 10 SM (salários mínimos). Segundo as pesquisas da CMB temos nesta faixa 10 milhões de pessoas dispostas a adquirir um plano de saúde; as entidades pretendem deixar para o SUS apenas os 60% de sua estrutura que é compulsório por contrato, ao invés dos 90% que é a realidade de hoje.

Suas coberturas são abrangentes incluindo câncer, AIDS, cirurgias cardíacas, órteses/próteses, não tem limite de diárias, mesmo de UTI, e de idade para ingresso. Suas vantagens competitivas são a rede integrada nacional e o consórcio entre hospitais de uma mesma região.

Como modelo de assistência à ênfase é ambulatorial com pagamentos pelo modelo de “captação”, com controle estatístico epidemiológico com ações de prevenção da doença e da promoção da saúde; o prontuário estará centralizado num dos hospitais referenciais do sistema, local onde o paciente buscará mais de 95% dos atendimentos necessários. Tem-se também a revalorização do clínico geral especializado em prevenção e concentração de especialistas para barateamento do custo de assistência à saúde.

Outro modelo a ser analisado nesse ínterim, é a proposta do modelo chileno. O Chile é o país onde o binômio poder público - iniciativa privada alcançou maior índice de sucesso, ou menor índice de fracasso, como preferem os mais cautelosos, em termos de sistema de saúde; sua experiência tem sido estudadas por inúmeros países do chamado “primeiro mundo”.

O sistema é financiado através de recolhimentos compulsórios reduzidos, voltados a financiar a saúde pública e liberação da diferença, antes recolhida também para o Governo, para que cada um opte por seu próprio sistema de saúde privada.

O mercado tem hoje 21 empresas denominadas “isapres” (abreviação de Instituto de Salud Previsional) e está migrando do modelo de livre escolha junto à classe média para o Médico de Cabeceira (MC) junto às populações de menor renda.

Dez milhões de chilenos, 75% da população, ainda depende de hospitais públicos por não poder financiar um plano privado de saúde. Na arrancada das “isapres” rumo a esse novo mercado, é possível a um trabalhador na faixa salarial de US\$ 400 com mulher e cinco filhos pagar US\$ 30 mensais e escolher um “médico de cabeceira” que poderá indicar especialistas nos casos que fugirem do seu alcance, pedir exames e recomendar internação; o usuário pagará US\$ 3 por consulta, mas não terá nenhum ônus nos exames e internações; as “isapres” compram serviços médicos por atacado.

As clínicas e hospitais recebem das seguradoras um pagamento fixo per capita para atender a uma população determinada o que os está levando a participar também ativamente desse novo mercado, associados as seguradoras.

A clínica Los Condes, por exemplo, localizada num dos bairros classe alta de Santiago, está lançando um plano fechado com a Vida Três, uma das maiores “isapres” do país, com 28 médicos de cabeceira e 130 especialistas. Este plano é 40% mais barato que os planos abertos de mesma cobertura, mas ainda enfrenta certa resistência por não permitir a livre escolha de médicos.

No Chile, o avanço dos sistemas fechados inspirados no Maneger Care americano é questão de tempo; entretanto, parece que dividirá o mercado com os planos abertos, estabelecendo mercados de renda específicos para cada um.

As empresas chilenas já estão presentes em quase todos os países sul-americanos de língua espanhola, em associação com empresas locais. A consolidação no seu próprio mercado será o sinal verde para buscarem também o enorme mercado brasileiro.

O modelo do sistema francês articula-se em torno de uma dualidade de referências. Em termos de oferta de atendimento, os profissionais e as estruturas sanitárias pertencem maioritariamente ao setor privado para o atendimento ambulatorial, enquanto o setor público predomina em matéria de hospitalização e de programas coletivos (saúde pública, prevenção).

Em termos institucionais o sistema de saúde está sob a tutela do estado; a seguridade social garante o financiamento da assistência; em matéria de hospitalização o setor público representa 65% do total dos leitos.

O setor privado lucrativo direciona suas atividades para a curta permanência, mediante avaliação da ANAES (Agence Nationale d’Accreditation et d’Evaluation en Santé) que os classifica em termos de níveis de qualidade e, em decorrência, preço.

Ao mesmo tempo em que reafirma a autonomia dos estabelecimentos hospitalares o modelo francês preconiza firmemente a lógica da fusão ou de aproximação dos mesmos. Todos deverão em três anos ter encontrado seu lugar numa “comunidade de estabelecimentos” dentro do setor.

O grupamento de cooperação sanitária permite que os hospitais públicos e privados realizem atividades conjuntas e mapeiem especializações e tecnologia, racionalizando investimentos e apurando qualidade.

As Agências Regionais de Hospitalização estabelecem um pólo único de responsabilidade constituído pelos órgãos do Estado e pelas instituições de seguridade.

A partir da meta de despesas de saúde fixadas pelo Parlamento serão determinadas as dotações regionais que financiarão os hospitais públicos e privados.

Na essência, o modelo restitui ao clínico geral uma posição central e proporciona ao paciente um acompanhamento mais coerente com o uso de instrumentos de controle como codificação, padronização de procedimentos médicos, prescrições e patologias, cartões médicos que acompanham o paciente, referências concorrentes.

### **3.5. PANORAMA DE NEGÓCIOS DO SETOR**

A globalização é uma realidade e um caminho sem volta. Os reflexos no segmento saúde são notórios. Na medida em que não há mais distâncias para justificar a inexistência de uma determinada tecnologia ou da restrição ao conhecimento, o acesso a novas formas de tratar e prevenir doenças sem dúvida foram maximizados.

Os serviços de saúde também se globalizam. A reestruturação do setor que hoje atinge quase todos os países reduz a cobertura social antes garantida pelo Estado e amplia o espaço reservado à iniciativa privada.

A UNCTAD, agência da ONU que se ocupa do desenvolvimento por meio do comércio e do investimento realizou em julho de 1997, em Genebra, um encontro internacional de especialistas, examinando como os países em desenvolvimento poderão se beneficiar da expansão do comércio internacional dos serviços de saúde.

Saúde no mundo é um negócio de trilhões de dólares o que a torna, além de uma questão política e social também econômica. A globalização vai exigir a derrubada de restrições em inúmeros países abrindo o mercado para a participação de empresas estrangeiras, diante da necessidade de melhorar o acesso aos serviços médicos, introduzir novas técnicas e ao mesmo tempo reduzir os custos na saúde.

Uma das restrições à expansão global é que as apólices de seguro são transferidas em nível internacional, por exemplo, milhares de migrantes mexicanos aposentados nos EE.UU. gostariam de retornar às suas regiões de origem se o tratamento médico continuasse sendo coberto pelo programa americano de saúde, o que ainda não acontece.

Os negócios internacionais deverão envolver basicamente a exploração ou administração hospitalar, a venda de seguro e a telemedicina com o fornecimento de cuidados médicos por meio de comunicação de dados e imagens. Nessa perspectiva, o Health Care International (HCI) situado na Escócia, implantou o primeiro sistema mundial de cuidados e dossiês médicos inteiramente eletrônicos, o HCI recebe pedidos de orientação para doentes provenientes de médicos do Oriente Médio, Grécia, Turquia, Egito e toda a Grã-Bretanha.

Do total de 127 seguradoras brasileiras 31 já fizeram parcerias com seguradoras estrangeiras; em 12 meses, até agosto de 1997, a participação estrangeira no patrimônio líquido do mercado segurador saltou de 8,5% para 22%. Sete das maiores seguradoras americanas já chegaram ao Brasil: Prudential, AIG, Cigna, Aetna, ITT, Hartford, Chubb e Liberty.

Por sua vez, hospitais canadenses de renome negociam atualmente com seguradoras e órgãos de saúde americanos a oferta de serviços médicos as tarifas fortemente reduzidas, graças a rotinas administrativas simplificadas, grandes diferenças na remuneração dos médicos e a vantagens cambiais do dólar canadense.

Entretanto, comparando preços de hospitais brasileiros de primeira linha com referenciais americanos, é possível realizar procedimentos complexos nestes com sensível redução de custos. No Jonh Hopkins Hospital uma ponte de safena, com honorários médicos incluídos custa US\$ 31.500, com passagens e 10 dias de internação; os planos “top” da Amil e Omint estão dando este tipo de cobertura, com ganhos significativos em relação às opções nacionais.

A especialização passa a ser uma alternativa fundamental em tempos de globalização. Para funcionar como referencial internacional o nível de excelência exigido só é atingível com plena dedicação a uma ou poucas especialidades; os grandes hospitais americanos têm feito suas opções, como mostram os exemplos a seguir.

- a-) Mount Sinai - Nova York - Transplantes de Medula Óssea
- b-) Cleveland Clinic - Cleveland - Cirurgias Cardíacas
- c-) Mayo Clinic - Rochester - Cirurgias Neurológicas
- d-) Memorial Sloan Kettering - Nova York - Câncer
- e-) Bascam Plamer - Miami - Oftalmologia



A concentração em grandes redes é outra respeitável estratégia para a competição internacional, em termos de custos: a Columbia HCA Health Care, composta de 343 unidades adquiriu mais 41 hospitais.

A globalização é tão significativa nos negócios de saúde que os consultórios dentários da Hungria vão buscar na Suíça boa parte de sua clientela, oferecendo preços fora de qualquer comparação.

Outro exemplo significativo é a China que está exportando para mais de 20 países centros médicos montados e com equipe treinada para praticarem a tradicional medicina oriental.

Por sua vez, Cuba recebe pacientes de todo o mundo para tratar de certas doenças reputadas como incuráveis em outros países e exporta médicos e enfermeiros para regiões remotas do Sul da África, aplicando uma medicina calcada fortemente nos médicos de família com uma lógica muito forte de atenção integral a saúde que, em tempos atuais, vem mostrando-se como alternativa para retenção de custos.

O comércio de serviços de saúde ainda depende de uma nova geração de regulamentação. De qualquer forma, é bom assinalar a grande vulnerabilidade dos países mais pobres que sofrem o êxodo das competências e não conseguem dispor de toda a tecnologia de ponta.

O tratamento medicamentoso é outro problema sério de saúde pública. Se, muitas vezes, o governo não consegue garantir nem o acesso às consultas médicas, a situação dos medicamentos agrava a situação. O preço dos medicamentos no Brasil gera a dificuldade de grande parte de população.

Com a reformulação dos órgãos de controle de preço a indústria farmacêutica passou a ser controlada pela Secretaria Especial de Acompanhamento Econômico - SEAE, Ministério da Fazenda, e pela Secretaria de Direito Econômico e Conselho Administrativo de Direito Econômico - CADE, Ministério da Justiça.

No início da década de 90, os preços foram liberados no Brasil. Na seqüência, estouraram inúmeros processos administrativos por abuso de poder econômico; a maioria acabou arquivada por falhas processuais. Ocorre que, em uma economia pouco desenvolvida como a do Brasil, preços cotados em dólar são um problema para gestão de custos.

A partir de janeiro de 1997 abusos voltaram a ser cometidos geraram novas reclamationárias algumas das quais resultaram em acordo de redução de preços; são ações pontuais insuficientes para atacar a questão central dos preços dos remédios. Isso levou a criação de uma comissão dos Ministérios da Justiça, Fazenda e Saúde, com as conclusões abaixo.

a-) Genéricos: trata-se de remédio cuja patente já expirou e cuja comercialização pode ser realizada sem a marca comercial, apenas com o nome do princípio ativo. Nos EUA é uma opção de remédio mais barato e no Brasil ainda não. No momento estão sendo elaborados produtos, priorizando o nome genérico e facilitando a comparação dos preços por médicos e consumidores.

b-) O princípio é que não tendo que conquistar os médicos para as respectivas marcas, os custos de comercialização caem vertiginosamente para os genéricos.

c-) Prática de preços pelos hospitais: os preços praticados pelos hospitais, baseado no Brasíndice, é o mesmo praticado pelas farmácias, embora normalmente comprem por preços mais baixos; os planos de saúde tem investido contra isso; o CIEFAS - Comitê de Integração de Empresas Fornecedoras de Assistência à saúde, que congrega as autogestões do serviço público ajuizou ação cível contra a prática; a SEAE acredita que isso pode ser decisivo para a reestruturação de preços no setor.

d-) Reembolso por planos de saúde: estão sendo montados convênios com farmácias para o repasse de descontos aos usuários; a lei que regulamentará o setor estimula e facilita essa prática.

e-) Margens de Comercialização no Varejo: a margem máxima é fixada por portaria do Ministério da Fazenda; há uma suspeita que isso induza a cartelização, mas ainda não há consenso no governo para a revogação.

Um dos grandes problemas para o controle de preços de medicamentos é a política de fixação da matriz de cada corporação, em geral quando um laboratório descobre nova substância, os países de referência para a determinação dos preços são Estados Unidos, Japão e os principais da Europa; na Europa o grande comprador é o Estado e nos Estados Unidos os planos de saúde.

Em ambos os casos há intensa discussão sobre os preços, pois os compradores conseguem exercer seu forte poder de pressão e com isso viabilizar também os genéricos.

É fundamental o sistema que dará suporte à mudança assegurar que o médico vai mesmo prescrevê-los, assegurar um mercado cativo, como a rede de hospitais públicos, para a viabilização econômica e, por fim, uma vigilância sanitária que realmente garanta a qualidade dos genéricos.

Nesse cenário a escolha de estratégias e investimentos adequados são de fundamental importância. No principal mercado do país, São Paulo, começa uma importante mudança na ênfase dos grandes hospitais, o fim do ciclo da hotelaria e o aprofundamento das medidas que buscam competitividade e maior retorno.

As inversões em tecnologia estão buscando aumento de rotatividade e redução de custos. Nesta linha, os partos no Hospital São Luiz tem em média 2 dias de permanência; o Einstein chegou aos 50% de procedimentos ambulatoriais em seu Centro Cirúrgico.

Medidas como estas, somadas a uma preocupação maior com custos como, por exemplo, reduções de até 15% dos custos com descartáveis em cirurgias, têm levado a importantes alavancagens de rentabilidade. A tabela abaixo mostra alguns números de importantes instituições brasileiras.

**TABELA 19 - Dados Econômicos por Hospital**

HOSPITAIS	SÃO LUIZ	STA. PAULA	9 DE JULHO	EINSTEIN
Faturamento/mês-RS	10.000.000	2.700.000	9.750.000	19.580.000
Margem	5%	12%	5%	12,7%
Taxa de ocupação	91%	95%	92%	90%
No. Leitos	250	120	270	480
Média Permanente	3,5 dias	3,8 dias	4,2 dias	5,2 dias

Fonte: Gazeta Mercantil - 05.10.97 - pg. C-1

Em função dos bons resultados e de uma política de criar diferenciação, o Santa Paula está investindo US\$ 3,5 milhões em um equipamento sueco chamado Gamma Knife, para radioneurocirurgias, indicado em tumores cerebrais ou cirurgias funcionais,

em malformações ou metástases. A operação, não invasiva, pode durar alguns segundos. Outro motivo do investimento é que o Centro del Sol, na Argentina, estava atendendo a 50 pacientes brasileiros por mês, por ter o único equipamento da América Latina.

O fim do monopólio do IRB - Instituto de Resseguros do Brasil, abrindo o resseguro à competição e participação de empresas estrangeiras, proporcionará a cobertura ao grande risco por parte expressiva das operadoras que poderão ampliar seus contratos e gerará um mercado potencial para hospitais privados que efetivamente se direcionem para os casos agudos.

Mesmo diante de dificuldades, uma nova rede de hospitais particulares surgirá na cidade do Rio de Janeiro, com investimentos de 105 milhões de reais. Os investimentos estão sendo bancados por um grupo de médicos, o Grupo Labs, da área de laboratórios bioquímicos, e investidores. Cada unidade está sendo planejada para ser especializada em uma área da medicina.

Fator importante nessa discussão é o fato de alguns governos estaduais, como o do Rio de Janeiro, resolver privatizar a gestão dos hospitais da rede pública, lançando edital para selecionar empresa especializada em administração hospitalar, ainda raras no Brasil. A base do negócio é o repasse atual feito para os hospitais, sendo que a redução conseguida será a remuneração das empresas: a folha de pagamentos continuará com o Estado e os médicos se organizarão em cooperativas.

O mercado de seguros e atendimentos de acidentes do trabalho está sendo aberto à iniciativa privada, terminando com o monopólio do INSS. Abre-se um mercado potencial de 80 milhões de usuários.

As cooperativas de usuários surgem como alternativa para usuários de planos familiares ou individuais, que estão no segmento de planos de maior custo, usufruem da modalidade “plano-empresa” de menor custo. A lógica intrínseca é que atendendo a pessoas de diferentes faixas etárias o risco é compensado entre jovens e velhos e todos pagam mais ou menos a mesma coisa. Em Moema, São Paulo, surgiu a primeira cooperativa já com mais de 1.000 usuários.

As clínicas de recuperação, com estrutura de conforto para cuidados de pacientes em fases pós-cirúrgicas surgem como interessante ramo de negócio operado por médicos ou paramédicos, por iniciativa de pacientes privados, planos de saúde ou mesmo hospitais com alta ocupação. Estão sendo montadas a partir de casas residenciais

adaptadas, com equipes e ambulâncias e começam a ganhar relativa importância na estrutura do sistema, em Belo Horizonte e Brasília.

Os métodos alternativos de reembolso como pagamentos por procedimentos (ex.: pacote em níveis diferentes de gravidade para emergência), por cirurgia (ex.: colecistectomia), por caso (pacote clínico para tratamento de pneumonia), captação (recebimento antecipado de cota da mensalidade do usuário e responsabilidade pelos custos dos eventos), transferência parcial de riscos (captação com limite de custos, a partir dos quais a operadora paga a diferença), surgem no mercado ainda em forma de estudos ou projetos pilotos.

Os pacotes (ou Procedimentos com Custos previsíveis - PCP ou “Package Proce”) são formas de remuneração, normalmente conjunta para hospital e profissionais, para um produto ou conjunto de serviços. Suas principais características são: o risco financeiro que é compartilhado entre fonte geradora, hospital e médicos, permitindo o fim da “medicina à la carte”, a preocupação com custos torna-se universal e as principais vantagens são a facilidade na elaboração de orçamentos, redução de custos administrativos, redução do ciclo de cobrança/recebimento, melhor análise de custos, preços e qualidade, melhor relação custo/benefício, introdução dos protocolos médicos.

Pode-se dizer que a resolução de boa parte dos problemas que afetam o sistema de saúde no Brasil passariam hoje pela discussão de 5 (cinco) mitos básicos:

- a) O mito de que a descentralização é compatível com a existência de um sistema único de saúde;
- b) O mito de que sem saúde oferecida de forma integral e gratuita não há saúde;
- c) O mito de que o financiamento da oferta de serviços (através de AIH) funciona melhor do que o financiamento pelo lado da demanda;
- d) O mito de que a prestação privada de serviços é incompatível com os interesses gerais da população;
- e) O mito de que a tecnologia é que faz o progresso dos sistemas de saúde.

Dessa forma, cabe uma breve avaliação de um destes tópicos objetivando esclarecer mais a discussão a que nos propomos. Como visto no capítulo anterior, os sistemas de saúde vigentes no Brasil atualmente são fruto de uma profunda discussão

entre sociedade e o governo e foram influenciados pelos acontecimentos históricos que envolveram o setor e os aprendizados obtidos pelos sistemas adotados anteriormente.

O processo de descentralização que se encontra sendo realizado pelo SUS, ainda que tenha avançado, continua sendo um processo de descentralização tutelada, isto é, controla demais os meios e deixa frouxos os laços para saber se o sistema realmente se encontra avançado no que se refere à cobertura e qualidade.

Para avançar a descentralização deveria ser dada mais autonomia para os Estados, os quais necessitam receber os recursos federais sob forma de “block grants” e utilizá-los para a montagem de sistemas de saúde que respeitem as características específicas do sistema (redução de mortalidade infantil, melhoria no quadro da mortalidade, etc.) e não os meios. O excessivo controle dos meios encontra-se na raiz da falta de criatividade atual do SUS. Máxima: “Quando todos pensam igual, ninguém pensa muito”.

O sistema de saúde brasileiro, desde a Constituição de 1988 prometeu uma cesta integral de saúde para todos. No entanto, como a sociedade é desigual, os pobres que não chegam aos serviços não conseguem receber, sequer, os atendimentos básicos. Em compensação, os ricos e a classe média, que tem condições de pagar pela sua saúde, acabam tendo acesso gratuito a serviços altamente sofisticados e a exame de alta tecnologia. Se gasta quase 60% dos recursos em saúde com estes sistemas.

O resultado é dramático. Tem-se uma cesta vip de saúde para ricos e não se tem sequer uma cesta básica de saúde para os mais necessitados. Os defensores mais antigos do SUS têm argumentado que a cesta básica é excludente e antidemocrática, mas na prática continuam defendendo a política de fornecer “brioche para o povo” (vide Maria Antonieta), quando se sabe que as padarias não têm recursos para produzir brioche para todos que se situam perto dos bairros ricos.

Outro tópico a que nos propomos a discutir é o financiamento da saúde no Brasil que é feito pelo lado da oferta num sistema onde existe a nefasta figura do terceiro pagador, isto é, quem recebe o serviço (o indivíduo) não sabe se o que está sendo pago corresponde ao que foi prestado e quem paga pelo serviço, não sabe se o que está pagando foi o que realmente foi financiado.

Este tipo de sistema acarreta em fraudes, em que pese o esforço do Ministério da Saúde para reduzi-las. O financiamento pelo lado da oferta financia o prestador e tira do

indivíduo a capacidade de escolher e controlar a qualidade do sistema. A melhor forma de financiar os serviços de saúde é através da demanda.

Cada indivíduo deveria receber um valor per-capita (atuariamente definido segundo suas condições sociais de risco, sexo e idade) e ter liberdade de escolher o serviço (ou plano de saúde público ou privado) aonde deveria depositar o direito de ser atendido (ainda que a transferência do pagamento fosse feita pelo governo segundo a escolha do indivíduo).

Ao definir que saúde é dever do Estado, os administradores do SUS têm dado as costas à existência de um mercado privado autônomo de saúde que fatura US\$ 40 bilhões e atende aproximadamente 35 milhões de pessoas. Parte deste mercado (principalmente no que se refere aos serviços de alta tecnologia) é atendida pelo SUS, que nada faz para recuperar os custos.

O SUS atualmente só se preocupa em regular e fazer política de saúde para os setores públicos. No entanto, a função do Estado em saúde é financiar, controlar e regular o setor para que ele se torne realmente de interesse público. A prestação de serviços de saúde pelo Estado, ainda que imprescindível em alguns casos acaba privatizando o Estado, ao invés de tornar de interesse público as instituições privadas de saúde.

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro continua sendo um sistema de doença, isto é, hospitalocêntrico, centrado em gastos com alta tecnologia e com pouco espaço para a prevenção. Os resultados são catastróficos. Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde - marco do SUS - os gastos com saúde duplicaram, junto com o aumento brutal da incidência de malária, leishmaniose, dengue e outras endemias.

É necessário inverter essa pirâmide. Trabalhar mais com prevenção e com cuidados básicos ambulatoriais permite que se gaste menos e que se atenda mais, melhor e mais cedo. Antes de resolver o problema de que o Brasil gasta pouco com saúde, é necessário resolver o problema de que se gasta mal com saúde.





## *CAPÍTULO 4*

---

### *Análise Empírica dos Resultados dos Hospitais do Rio Grande do Sul*



## 4.1. METODOLOGIA

Para dar conta dos objetivos propostos optou-se por um estudo de caráter qualitativo. Mais especificamente um estudo experimental do tipo exploratório de referências bibliográficas, de casos individuais e de grupos. Os estudos de caso individual (indivíduo ou instituição) podem contribuir para a formulação de novas variáveis, enfoques e problemas acerca do objeto do estudo (GOLDIM, 2000). Dessa forma, é possível observar aspectos até então obscuros de um processo.

Entende-se que as entidades que têm um vínculo mais significativo com os objetivos propostos e que, dessa forma, podem contribuir de maneira mais clara e objetiva para o processo investigativo, são as instituições hospitalares do Estado do Rio Grande do Sul, por suas características e pelo conhecimento do pesquisador sobre os mesmos. Entende-se que, no Brasil, outra possível amostra teria a mesma importância científica que a apresentada.

Realizar um estudo com uma amostra que abarque a totalidade do problema investigado, considerando suas múltiplas dimensões, seria considerado o ideal (MINAYO, in DERLANDES, 1993), inclusive para este estudo. No entanto, sabendo da inviabilidade de adotar-se tal amostra, optou-se por aderir a uma amostragem intencional. A mesma possibilita aumentar e otimizar a utilização dos dados obtidos a partir de pequenas amostras. A seleção dessa amostra é feita através do julgamento da necessidade dos pesquisadores de que determinados elementos (um ou mais) sejam os mais representativos da população (GOLDIM, 2000).

Essa amostra intencional englobou doze instituições hospitalares e representantes do sistema público, filantrópico e privado de saúde, sendo que a mesma deveria apresentar a maior variação possível para a hipótese estudada.

Através da amostra selecionada, o estudo contou com a utilização de questionários estruturados. O mesmo foi aplicado às instituições hospitalares objetivando cumprir com os objetivos propostos e testar a hipótese sugerida.

Para coletar as percepções dos planejadores hospitalares acerca de suas pretensões estratégicas foram feitas entrevistas estruturadas com preenchimento de

questionário. Por fim, para avaliar a percepção dos gestores sobre o tema em questão foram feitas, também, entrevistas semi-estruturadas, objetivando coletar as percepções dos mesmos sobre o tema em discussão bem como favorecer a análise e interpretação dos dados coletados.

Os dados coletados foram analisados sob a luz da referência bibliográfica realizada. Caso fosse constatada a insuficiência dos dados coletados, haveria nova coleta de dados, respeitando os mesmos critérios descritos anteriormente.

Os dados foram analisados de forma a evitar simplificações que pudessem levar a conclusões superficiais e equivocadas, procurando-se valorizar ao máximo os significados contidos nos mesmos. Visando a maior capacidade de articular as conclusões aos dados coletados, evitou-se ao máximo um distanciamento entre fundamentação teórica e as práticas da pesquisa.

#### 4.1.2 Caracterização do instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados é formado por um questionário respondido pelos entrevistados. As percepções são complementadas com constatações qualitativas, formando o todo da coleta de dados.

O questionário foi estruturado de forma a dividir os tópicos por assuntos e formar o todo do modelo estratégico da instituição de saúde. O mesmo está dividido conforme quadro a seguir.

**TABELA 19 - Organização do Instrumento de Coleta de Dados**

<b>Identificação da Instituição Hospitalar</b>	
<b>Identificação do responsável pelas respostas</b>	
<b>Entrevista Geral</b>	<b>Organização do Plano Estratégico</b>
A – Introdução	A – Missão e prioridades Estratégicas
B – Áreas específicas de Atividades	B – Mudanças Organizacionais
C – Processo de Planejamento Estratégico	C – Tópicos Estratégicos: Médicos
	D – Planejamento Estratégico
	E - Gerenciamento Financeiro
	F – Marketing
	G – Recursos Humanos

Fonte: Elaborado pelo autor

Cada um dos tópicos foi constituído de questionamentos considerados estratégicos para a coleta dos pontos fundamentais da organização estudada, conforme pode ser observado no modelo do questionário em anexo.

No tópico chamado de introdução objetivou-se perceber a quanto tempo o entrevistado participava das decisões da instituição na sua função, bem como determinar qual era sua intimidade com as tarefas que lhe foram incumbidas. Ocorre que no Brasil, devido a todos os fatores de organização do sistema que foram apresentados anteriormente, muitos cargos e profissionais são colocados nas instituições por fatores políticos, podendo gerar o descomprometimento com os objetivos da organização em detrimento de objetivos políticos. Isso poderia ser um viés para o estudo. Além disso, objetivou-se coletar quais eram suas primeiras percepções sobre o planejamento estratégico da organização.

Os questionamentos sobre as áreas específicas de atividades objetivam um primeiro aprofundamento em cada segmento de atividade da instituição. Para cada uma dessas atividades foram abordadas, dentre outros, as pretensões futuras em relação aos serviços, os impactos dos planos desses profissionais nas áreas de atuação bem com sua ligação com a estratégia da organização como um todo e as formas de medição dos resultados alcançados.

A vinculação da instituição com o ambiente no qual está inserida (social) e com a concorrência é abordada, levando em consideração a função social de uma instituição de saúde. A disseminação do plano estratégico para toda a organização é ponto de análise com base nas tendências organizacionais de formação de um todo administrativo focado em resultados e orientado por metas ambiciosas.

Optou-se por realizar uma análise do plano estratégico abordando-o de forma separada, dividindo nosso enfoque nos valores da instituição estudada e sua visão de futuro. Os princípios que envolvem a elaboração dessa visão foram abordados optando-se pela captação dos mesmos tanto no questionário como no decorrer do estudo da instituição.

A abordagem das mudanças organizacionais objetiva a comparação do que foi realizado no passado e o que está sendo realizado no momento para concretização dos objetivos organizacionais. Os tópicos especiais referem-se, especificamente, a um

problema muito presente nas instituições de saúde no Brasil. Às vezes, os interesses dos profissionais médicos sobrepõem-se aos interesses da organização.

Por se tratar de um profissional com grande poder de decisão no segmento saúde considera-se de fundamental importância que seja feita uma análise dos fatores positivos e negativos encontrados na presença desses profissionais nas decisões administrativas. Sua inserção nas atividades também é observada objetivando maiores condições para realização das análises a que se propõe neste trabalho.

Observa-se que os empresários do segmento saúde têm aprendido a jogar com novas regras. Os hospitais têm de ser flexíveis para responder rapidamente às alterações que o segmento saúde apresenta. Logo, as vantagens competitivas são temporárias. A abordagem do tópico “D” tem por objetivo avaliar quais mudanças são significativas para esse alinhamento constante e necessário que enfrentamos atualmente.

O gerenciamento dos recursos financeiros acompanha as mudanças dos mercados e das contingências apresentadas pelos mesmos. Como visto no referenciamento os custos no segmento saúde do Brasil são um grande desafio para os gestores. A margem de contribuição, os pontos de equilíbrio das atividades bem com o retorno das atividades para a instituição foram alvo da análise neste tópico.

A visibilidade que a instituição tem para o mercado e sua capacidade de vender o que produz são fatores de sobrevivência importantes. Mesmo no setor público o retorno das instituições de saúde deve ser a altura dos investimentos feitos pela sociedade. O plano de marketing das instituições pode apresentar fatores importantes para a análise a que nos propomos. Dessa forma o mesmo foi abordado com enfoque na centralização das atividades e gerenciamento de novos produtos.

Por fim, foram abordados aspectos referentes aos recursos humanos das organizações. Nesse ponto os gestores tiveram a oportunidade de relatar quais foram as mudanças realizadas ao longo dos últimos dois anos nos sistemas de remuneração, organização dos recursos humanos, bem com suas pretensões para os próximos anos.

## 4.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Durante nossa discussão teórica apontamos para uma profunda crise no segmento saúde no Brasil. Suas origens e a forma como as políticas públicas se deram no decorrer dos anos fizeram com que o quadro geral do setor atualmente seja muito precário.

A amostra coletada tem por objetivo fornecer subsídios para uma análise aprofundada do que as instituições hospitalares estão fazendo para superar essas dificuldades. Dessa forma, optou-se por uma amostra que fosse a mais diversificada possível para abarcar características das realidades distintas presente no território nacional. Como o Brasil é um país muito díspar em termos econômicos e sociais, fato que leva a conseqüências diretas na assistência à saúde, uma amostra focada em pontos específicos prejudicaria a visão holística a qual se pretende alcançar.

Dessa forma, na amostra estão representadas todas as modalidades de entidades possíveis de serem registradas. No Brasil isso é fato importante, pois muitas instituições hospitalares adotam formas de pessoa jurídica que acabam trazendo benefícios além dos projetados pelos órgãos de governo. Naturalmente que isso gera faturamentos indesejados e propostas assistenciais que nem sempre são as desejadas pelas instâncias municipais de saúde.

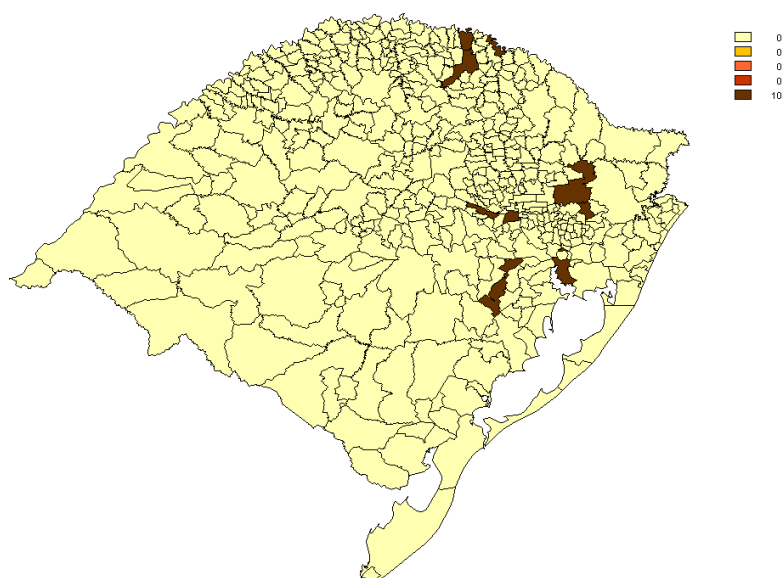
Buscou-se, assim, uma amostra que se caracterizasse por uma significativa diferenciação entre as empresas hospitalares consultadas. Sua disposição geográfica ficou acentuada de forma contínua em uma área que liga o Noroeste ao Leste do Estado do Rio Grande do Sul. Essa faixa possui uma economia diferenciada com enfoque na agricultura mecanizada, região industrializada e, principalmente, com características de região populosa. Embora tenhamos encaminhado o questionário para 75 hospitais, o que cobre todo o Estado, estes não tiveram condições técnicas de responder.

As diferenças observadas no Estado do Rio Grande do Sul em termos geográficos, socioeconômicos e políticos não poderiam deixar de serem levadas em consideração pelo fato de que todo o sistema de saúde brasileiro está vinculado às

realidades locais e as instituições hospitalares serem muito vulneráveis a conjunturas políticas locais e posicionamento políticos.

Dessa forma, escolhidos os hospitais, passamos a visitar e entrevistar os responsáveis pelos nosocômios. Abaixo podemos visualizar as localidades onde estão situados os hospitais, locais onde foram coletados os dados. O programa utilizado para configuração foi o TabWin. O mapa abaixo caracteriza a distribuição geográfica da amostra.

**FIGURA 2 - Mapa Geográfico do Estado do Rio Grande do Sul e a Localização dos Locais de Coleta de Dados.**



Fonte: Pesquisa Realizada

Os dados foram coletados durante o período de 2003 a 2005 sendo planejado que os dados informados deveriam ser reflexo do planejamento estratégico do respectivo período. A tabela a seguir caracteriza todas as instituições consultadas. As classificações de Pequeno, Médio e Grande porte relacionam-se, respectivamente, com os intervalos de zero a 50 leitos, de 50 a 150 leitos e acima disso.



**TABELA 20 - Caracterização Geral da Amostra**

<b>Instituição</b>	<b>Existência de Filial</b>	<b>Tipo Jurídico</b>	<b>Classificação</b>	<b>Principais Serviços</b>	<b>Principais Clientes</b>
<b>1</b>	Não	Privada / Sem fins Lucrativos	Baixa Complexidade	Ambulatório e Internações	Sistema Único de Saúde –SUS
<b>2</b>	01	Direito Privado sem fins lucrativos-filantrópico	Média complexidade	Clínica, Cirúrgica, Pediátrica e Obstétrica	Convênios e Particulares
<b>3</b>	Não	LTDA	Baixa e média complexidade	Clínico e Cirúrgico	SUS, UNIMED, IPÊ E CASSI
<b>4</b>	Não	Privado - Filantrópico	Média complexidade	Clínico, Cirúrgico, Obstétrico e Pronto	75% SUS, UNIMED, COOLAN, IPE, PARTICULARES, FAMIT
<b>5</b>	Sim	Filantrópico	Média Complexidade	SUS, Urgência e Emergência, Exames	SUS, IPE, UNIMED SENERGISUL
<b>6</b>	Não	Hospital Municipal	Média Complexidade	Hospital Geral e Traumatologia	Moradores do município e Geral
<b>7</b>	Não	Filantrópico	Pequeno Porte	Clinica, Cirúrgica, Obstétrica, Radiológica e Pediátrica	SUS, UNIMED, UNISANTA, PARTICULARES
<b>8</b>	09	Filantrópico	Médio Porte	Urgência, Emergência, Clínica, Cirúrgia	UNIMED, ULBRA, OPERÁRIO, IPE SUS.
<b>9</b>	Não	Filantrópico	Médio Porte	Hospital Geral	UNIMED, SUS, IPE, particular
<b>10</b>	Não	Filantrópico	Médio Porte	Hospital Geral	Círculo Operário Caxiense, Unimed, Cassi, Doctor Clin,
<b>11</b>	Não	Filantrópico	Grande Porte	Hospital Geral	Médicos, Pacientes, Fornecedores, Equipe Funcional, Planos de Saúde.

Fonte: Pesquisa realizada

As classificações referem-se aos tipos jurídicos presentes no Brasil e os principais serviços relacionados com os maiores fluxos de demandas da sociedade e usuários dos serviços. Os clientes são considerados como as maiores contas mesmos sendo misturadas entre públicas e privadas.

Objetivando transmitir as percepções do entrevistador sobre as respostas do entrevistado, elaborou-se o quadro abaixo para caracterização mais especificada para o

que alguns autores chamam de “momentos de verdade”. Isso transmite de forma mais clara o que as palavras transcritas não contemplariam.

**TABELA 21 - Percepção do Entrevistador sobre a resposta do Entrevistado**

<b>Código</b>	<b>Percepção do Entrevistador sobre a resposta do Entrevistado</b>
A	Manifestam interesse pelo tema, demonstrando conhecimento avançado a respeito, confiança e entusiasmo em sua resposta, acreditando ser muito importante investir em ações organizacionais nesse sentido.
B	Demonstrando conhecimento sobre o tema, mas não demonstram entusiasmo na sua resposta.
C	Respondem sem demonstrar conhecimento aprofundado sobre o tema.
D	Ficam em dúvida sobre o tema.
E	Acham o tema sem importância para a administração hospitalar.

Fonte: Elaborado pelo autor

A percepção do entrevistador pode ser considerada devido sua vasta experiência no segmento saúde e pela sua formação nas ciências humanas que dentre outros títulos consta o de professor de psicologia aplicada à administração e comportamento humano em organizações.

De forma geral as entrevistas e coleta dos dados duraram em média 2 horas, sendo que foram agendadas horas disponíveis pelos gestores respeitando o critério das mesmas serem ininterruptas.

Os entrevistados foram sempre os responsáveis pela instituição ou a pessoa com o maior conhecimento da estratégia organizacional. O quadro abaixo representa o perfil dos entrevistados em cada uma das instituições estudadas.

**TABELA 22 – Perfil dos Profissionais que responderam o questionário**

<b>Instituição</b>	<b>Formação Profissional</b>	<b>Cargo na Instituição</b>	<b>Especialização</b>	<b>Experiência na Área</b>
1	Ensino Médio	Coordenador	Não Tem	20 anos
2	Administração	Administrador Geral	Administração Hospitalar	7 anos
3	Médica e Farmacêutica	Diretor Clínico e Administrador	Não	13 anos
4	Economista	Diretor Geral	Administração e Estratégia empresarial	8 anos
5	Administrador	Administrador	Administração Hospitalar	12 anos

6	Administrador Hospitalar	Administrador	Não	5 anos
7	Administração Hospitalar	Administrador	Não	6 anos
8	Administração	Administradora Geral	Administração hospitalar	25 anos
9	Médico	Diretor Técnico	Medicina Intensiva	5 anos
10	Médico	Administrador Geral	Cirurgia Geral, e Medicina do Trabalho	30 anos
11	Enfermeira	Coordenadora	MBA Gestão de Pessoas, Estratégia e Negócio	20 anos

Fonte: elaborado pelo autor

As instituições hospitalares, na sua grande maioria, se encontram em crise importante no Rio Grande do Sul. O perfil da amostra se caracteriza por um grupo de instituições diversificado sendo que não houve intenção de selecionar instituições específicas por características pré-desejadas.

Intencionou-se obter uma amostra que formasse um contexto real das disparidades regionais existente no Estado em regiões com as maiores concentrações populacionais, objetivando, dessa forma, absorver uma significativa representação da realidade local.

Observa-se que a amostra é diversificada prevalecendo à formação administrativa nos cargos de direção das entidades. Isso é um fato importante, pois é sabido que no passado as instituições de saúde eram geridas predominantemente por profissionais com formação técnicas na área da saúde como farmácia, enfermagem e médica.

A experiência mínima dos profissionais consultados é de cinco anos, chegando a trinta. Isso gera credibilidade à amostra e demonstra que o perfil dos profissionais que atuam na área está mudando. Há evidências que saímos de uma formação pouco especializada no segmento para a adesão de profissionais que se dedicam exclusivamente à administração do setor.

Observa-se que 40% dos profissionais entrevistados não possuem especialização e 20% não tem formação administrativa no segmento saúde, fato compensado, minimamente, pela larga experiência no segmento. Cabe ressaltar que a formação

acadêmica em administração hospitalar não iniciou há muito tempo no Brasil e hoje existir apenas em nível de pós-graduação. Observa-se, então, que essa qualificação já está inserida no segmento e sendo reconhecido, o que pode ser fator qualificador da administração no segmento.

Percebe-se que, pelos cargos ocupados e pelos relatos coletados, há um vínculo com os objetivos propostos neste trabalho, possibilitando uma análise dos tópicos aos quais nos propomos. A média de 12,1 anos de experiência no segmento de atuação faz com que os profissionais estudados estejam enquadrados no perfil desejado e pretendido no início dos trabalhos.

### **4.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Conhece-se a complexidade e obscuridade de muitos pontos nessas linhas aqui postas. No entanto, o desafio de seguir por caminhos questionados, muitas vezes mal compreendidos e ainda pouco estudados no segmento saúde são fatores motivadores, pois se têm a convicção de que é necessário inovar em busca de resultados positivos.

As referências bibliográficas sobre os temas, no segmento saúde, são muito escassas. Não foi possível encontrar, na revisão realizada, referências que aproximassem os temas gestão hospitalar e estratégia organizacional com fatura. Observaram-se bibliografias esparsas que dificultaram o processo de referenciamento e provocou a oportunidade para o exercício de um profundo processo de reflexão sobre os temas aqui tratados.

A disparidade das instituições estudadas, ao mesmo tempo em que representa valor para o estudo, respeitando a metodologia a que se propôs, mostra-nos, decorridos os trabalhos, que seriam necessários estudos mais aprofundados, de forma individual, respeitando suas histórias, cultura, estrutura, objetivos organizacionais, estágio de desenvolvimento e inserção no contexto da saúde no Brasil.

No entanto, sabendo desse problema desde o início, procurou-se, minimizar possíveis fatores que eventualmente prejudicariam uma coleta de dados eficiente, como,

por exemplo, a falta de familiaridade com algum termo por nós utilizado ou até mesmo do delineamento da pesquisa.

#### 4.4 ANÁLISE EMPÍRICA

Atualmente, é notório que as empresas têm de ser flexíveis para responder rapidamente às alterações competitivas e do mercado. Têm de possuir competências centrais (*core competence*) para se manterem à frente dos seus concorrentes. É fato também, que as vantagens competitivas são temporárias.

O referenciamento realizado demonstra a dinamicidade e os fatores característicos do mercado de saúde do Brasil. Esses demonstram que as estratégias adotadas pelas instituições devem ser condizentes com um mercado em muitos pontos distorcido e repleto de paradoxos éticos, financeiros e políticos.

A primeira parte da análise reflete a relação entre as instituições e nos ambientes nos quais estas estão inseridas. Na segunda, observa-se com mais ênfase as atitudes pretendentes para a superação dessas dificuldades e conseqüente sobrevivência no mercado, sendo que as análises serão feitas individualmente.

Observa-se que a **instituição “A”** apresenta-se como sendo de pequeno porte, baixa complexidade, realizando atividades voltadas para as internações hospitalares e atividades ambulatoriais. Situa-se em um município pequeno e tem formação jurídica privada, porém sem fins lucrativos com cerca de 20 anos de existência.

A instituição tem formato tradicional por parte da diretoria. As decisões não são centradas em uma pessoa e sim em um grupo de diretores que delega as decisões para os outros níveis de decisão. A diretoria faz, portanto, os encaminhamentos necessários para que as outras instâncias gerenciais operacionalizem suas decisões.

A instituição se insere no mercado, segundo a percepção do dirigente entrevistado, de forma diferente de seus concorrentes pelo fato de ser uma Associação com 1.077 famílias associadas, reunindo-se duas vezes por ano para tomada de decisões estratégicas. Segundo relato, *“a instituição é única no sentido de desenvolver ações de cura e reabilitação e também desenvolver atividades de prevenção e doenças e*

*promoção da saúde, através de treinamento, cursos, seminários e a semana da saúde que atinge toda a comunidade do município (Instituição 1, A).*

A instituição atua na microrregião com abrangência de no mínimo três municípios, atendendo pelo Sistema Único de Saúde. Para enfrentar a os desafios do mercado a instituição apresenta como proposta um “*Plano de Trabalho*” e não um planejamento estratégico formal. A justificativa é que “*temos pouco conhecimento e poucos recursos financeiros para o investimento. No plano de trabalho pontuamos os principais investimentos, as metas onde queremos chegar que para os próximos anos são: aperfeiçoamento nos serviços prestados com a aquisição de equipamentos, continuar o processo de micro-regionalização do SUS e a COZINHA-ESCOLA, que se destina a alimentação enriquecida*” (Instituição 1, B).

As atividades específicas como serviços de internação, diagnóstico, serviços administrativos estão sendo consideradas em conjunto, sendo que as principais atividades para implementação de melhoras resumem-se a “*instalação de um elevador, central de oxigênio e ampliação da capacidade de resolução do aparelho de Raio X, adquirindo um mais potente*”. A pretensão para os serviços em geral é de mantê-los e melhorá-los sendo que se observa um sentimento de questionamento quanto à rentabilidade de alguns serviços, mas “*como assumimos o compromisso de sermos referência micro-regional, temos que ofertar os serviços*”.

Quando questionado sobre os parâmetros para tomada de decisão estratégica o entrevistado relata que, “*como o Hospital pertence a uma associação numerosa, sempre as decisões são em benefício da comunidade, com o cuidado de não operar em vermelho (Instituição 1, C)*”.

Por sua vez, as pretensões quanto às perspectivas do passado, em relação às do futuro, são notadamente mais pontuais e ambiciosas. Enquanto no passado os objetivos da instituição eram manter o negócio funcionando, hoje se pretende ser referência na micro-região com foco em uma especialidade. Observa-se, no entanto, uma carência em termos de métodos para tomada de decisão com embasamento científico.

As pretensões quanto ao controle dos concorrentes é deixada de lado, pois “*na realidade atual dos hospitais conveniados pelo SUS, não é fácil, mas acreditamos que este projeto- SUS- vai ainda ser muito bom (Instituição 1, B)*”. As dificuldades para o bom andamento do negócio estão relacionadas, segundo relato, pela dificuldade na

alocação de recursos. Para superá-las, dentre outras ações, buscou-se parcerias com ONG's da Alemanha.

Quando questionada sobre o processo de planejamento estratégico em si não foi possível coletar informações que propiciassem uma análise adequada das respostas o que é evidência de uma falta de planejamento estratégico estruturado e disseminado dentro da instituição.

Observa-se que o planejamento pode ser conceituado como um processo, desenvolvido para o alcance de uma situação desejada de um modo mais eficiente, eficaz e efetivo, com a melhor concentração de esforços e recursos pela empresa. O planejamento não deve ser confundido com previsão, projeção, predição, resolução de problemas ou plano.

A instituição observada deixa clara a falta de discernimento desses temas na medida em que não apresenta uma diferenciação sistemática dos destes em suas propostas de forma a organizar um todo significativo. Na parte do questionário referente ao processo de planejamento estratégico, não foram respondidos os questionamentos.

A raiz do problema pode se encontrar na incapacidade de distinguir entre a eficiência operacional e a estratégia. Instalar um elevador pode trazer reflexos positivos para os processos operacionais, mas não reflete a estratégia da organização. A procura de produtividade, qualidade e velocidade, tem provocado o aparecimento de inúmeras técnicas de gestão: qualidade total; *benchmarking*, *time-based competition*, *outsourcing*, parcerias estratégicas, reengenharia e gestão da mudança que facilitam o processo e devem ser utilizados sem preconceitos pelos gestores.

Apesar de sua aplicação gerar na maioria dos casos, melhorias operacionais significativas, muitas empresas, dentre elas instituições hospitalares, revelam incapacidade de traduzir estes ganhos em vantagens sustentáveis. As declarações de Missão e Visão são também importantes norteadores da instituição e guiam a estratégia.

A missão da empresa deve ser definida em termos de satisfazer a alguma necessidade do ambiente externo e não em termos de oferecer algum produto ou serviço (Kotler, 1980). As instituições de saúde como qualquer outra instituição, somente existe para satisfazer uma necessidade, no caso, as da saúde. A primeira empresa hospitalar consultada não apresentou sua missão e estratégias conforme questionário. Isso pode ser

indício de falta de conhecimento das mesmas, indefinição ou desconsideração pelo tema.

A mudança organizacional é uma necessidade nos dias atuais. Visa o aprimoramento e adequação da instituição para com as mudanças impostas pelo sistema no qual a mesma está situada e com o qual interage. A instituição 1 identifica os processos de mudança como sendo importantes ressaltando a questão dos processos internos e o acesso a outros blocos da instituição com sendo primordiais para o curto prazo.

Sua inserção no contexto micro-regional é lembrada e a proposta de ser referência no segmento é mantida como foco do negócio com atendimentos realizados pelo SUS. Pelo exposto, viu-se que os prejuízos acumulados com os serviços prestados ao Sistema Único de Saúde são significativos. Mesmo assim, a instituição insiste em manter seu foco de ação na prestação de serviços as entidades públicas locais.

Em geral as instituições de saúde no Brasil sofrem sobremaneira interferência de seu corpo clínico. Os médicos representam uma classe profissional muito unida e organizada na defesa do que preconizam como sendo seus direitos e pretensões. Suas instituições classistas definem as regras de relacionamento entre o corpo clínico e a direção dos hospitais, fator a ser considerado.

Na primeira instituição estudada, fica clara a influência exercida pelos mesmos nas decisões administrativas. Através de “sugestões”, os médicos acabam imprimindo forte pressão quando são submetidos a situações que prejudiquem, principalmente, suas finanças. Segundo relato, a maior dificuldade enfrentada foi, justamente, no principal plano estratégico da instituição que era ser referência na micro-região. Os médicos “*no processo de micro-regionalização tentaram dificultar a implementação, pois a situação poderia prejudicar suas finanças*”.

As finanças dos hospitais são um problema sério no Brasil. A primeira instituição estudada demonstra que não vem adotando medidas corretivas em relação a esta questão. Seu objetivo, neste sentido, é “*manter o que temos (Instituição 1, B)*”. Novamente são levantadas possibilidades de convênios com prefeituras e outros parceiros do mercado.

As questões de marketing não foram respondidas. As relacionadas com as políticas de recursos humanos são mínimas e percebe-se que não têm um vínculo direto



com estratégia apresentada. A *“avaliação geral dos funcionários e o desenvolvimento de atividades para melhorar o atendimento”* e *“cursos que promovam a auto-estima e satisfação profissional”* são apresentadas como a principal atividade realizada nos últimos dois anos nos sistema de RH.

Observa-se que planejar é uma atitude permanente da organização e do administrador. O planejamento não é uma mera ferramenta de trabalho, uma coleção de técnicas e fórmulas que podem ser aplicadas a uma determinada situação. Planejar é toda uma visão administrativa e envolve um variado número de atores sociais. Nessa primeira instituição, os relatos apontam para uma visão estratégica fragmentada e com objetivos pouco alinhados entre si.

Numa organização hospitalar ou um centro de saúde, pode-se envolver seus diretores, chefes de departamentos ou setores, profissionais prestadores de serviços e, não raro, os próprios usuários ou clientes. Na administração municipal, além da equipe dirigente da Secretaria da Saúde, pode-se envolver uma variada composição de atores sociais, representando a administração municipal, o governo estadual, o conselho local de saúde, outros representantes da sociedade civil, representantes dos prestadores de serviços dentre outros. Todos esses aspectos podem ser observados nas respostas apresentadas pela primeira instituição analisada.

A **segunda instituição** analisada demonstra sua posição em relação ao planejamento estratégico mais elaborado. Por estar passando por um processo de reestruturação a instituição visa, em um espaço de tempo de um ano, viabilizar *“o retorno ao SUS de maneira organizada e somente em algumas especialidade, bem como realizar um estudo epidemiológico da região para definir novos serviços, buscando a auto sustentabilidade através da realização dos créditos pendentes (Instituição 2, A)”*.

A bibliografia sobre o tema aponta que o planejamento estratégico corresponde ao estabelecimento de um conjunto de providências a serem tomadas pelo executivo para a situação em que o futuro tende a ser diferente do passado. Entretanto, a empresa tem condições e meios de agir sobre as variáveis e fatores de modo que possa exercer alguma influência. O planejamento é, ainda, um processo contínuo, um exercício mental que é executado pela empresa independentemente de vontade específica de seus executivos.

As atividades específicas da instituição 2 (ambulatoriais, serviços de pronto-socorro, internação unidades fechadas, serviços auxiliares de diagnóstico, serviços administrativos) demonstram-se alinhadas para um objetivo comum. Observa-se que a instituição alinha suas metas de curto prazo, visando uma melhora geral dos serviços com perspectiva de expansão.

O processo de planejar envolve, portanto um modo de pensar e um salutar modo de pensar envolvem indagações e indagações envolvem questionamentos sobre o que fazer, como, quando, quanto, para quem, por que, por quem e onde. Toda atividade de planejamento nas empresas, por sua natureza, deverá resultar de decisões presentes, tomadas a partir do exame do impacto das mesmas no futuro o que lhe proporciona uma dimensão temporal de alto significado.

O processo de planejar passa, necessariamente, pelo processo de tomada de decisão. A instituição 2 posiciona-se de forma a valorizar os critérios de *“lucratividade, participação de mercado, crescimento de mercado, retorno do investimento, habilidades disponíveis, necessidades da comunidade, tendo em vista a complexidade de algumas decisões (Instituição 2, A)”*.

Conforme já se verificou, o planejamento estratégico não deve ser visualizado como a solução de todos os problemas da empresa, mas como um instrumento administrativo que, realmente, ajuda a empresa a se conhecer e a ter visão de futuro. Para tanto é necessário também um conjunto de ferramentas para observar como nossas atitudes estão refletindo em nos objetivos traçados.

Os indicadores gerenciais são apresentados de forma valorizada pela instituição. Basicamente, são colocados como indicadores a serem levados em consideração para tomada de decisão os relacionados com a produtividade, recursos humanos e econômicos/ financeiros. As dificuldades são relacionadas com os recursos financeiros e aspectos políticos.

O foco de prestação de serviço da instituição 2 é a assistência a problemas de saúde. Por isso, a instituição preocupa-se com as questões relacionadas com o atendimento, sendo que não há previsão de mudança desse foco estratégico da administração.

O planejamento não deve ser confundido com previsão, projeção, predição, resolução de problemas ou plano. A previsão corresponde ao esforço para verificar

quais serão os eventos que poderão ocorrer, com base no registro de uma série de probabilidades. As projeções correspondem à situação em que o futuro tende a ser igual ao passado, em sua estrutura básica. Entende-se por predição a situação em que o futuro tende a ser diferente do passado, mas a empresa não tem nenhum controle sobre seu processo e desenvolvimento. A resolução de problemas corresponde a aspectos imediatos que procuram tão somente a correção de certas discontinuidades e desajustes entre a empresa e as forças externas que lhe sejam potencialmente relevantes.

Por sua vez, um plano é um documento formal que se constitui na consolidação das informações e atividades desenvolvidas no processo de planejamento, é o limite da formalização do planejamento, uma visão estática, uma decisão em que a relação custo versus benefício deve ser observada.

O processo de planejamento estratégico da instituição 2 demonstra-se estruturado há cerca de cinco anos. Seu plano é apresentado em documentos formais contendo todas as atividades e metas de forma a deixar claro os processos pelos quais um planejamento deve passar, bem como uma metodologia para verificação dos resultados.

Planejamento estratégico é o processo administrativo que proporciona sustentação metodológica para se estabelecer a melhor direção a ser seguida pela empresa, visando aperfeiçoar o grau de interação com o ambiente e atuando de forma inovadora e diferenciada.

As decisões estratégicas têm, geralmente, alcance temporal prolongado e elevado grau de impacto e irreversibilidade. Por isso toda a administração deve estar envolvida no processo de tomada de decisão. Segundo relato, a instituição 2 “*coleta as informações internas e externas, envolvendo a coleta de dados das diversas áreas do hospital, seus princípios e tendências do mercado (Instituição 2, A)*”.

A estratégia também se relaciona com objetivos de longo prazo e com modos de perseguir-los que afetam a empresa como um todo. Nesse ponto, observa-se que a instituição 2 pretende trabalhar na melhora da imagem institucional, na qualidade do atendimento, no recursos humanos e em processos administrativos em geral.

Um aspecto que reforça a necessidade de separar o planejamento estratégico do planejamento de longo prazo é a atual era de discontinuidade que provoca a necessidade de adaptabilidade rápida e oportuna por parte das empresas, criando

situações em que os ciclos de planejamento devem ser mais curtos e freqüentes, os ciclos de planejamento devem ser mais flexíveis e adaptativos, o planejamento estratégico, os táticos e os operacionais tornam-se interligados e o processo de tomada de decisões precisa ser acelerado.

Dessa forma os valores e a missão devem ser reavaliados em espaços curtos de tempo. O estabelecimento da postura estratégica, que corresponde à maneira ou postura mais adequada para a empresa alcançar seus propósitos dentro da missão, respeitando sua situação interna e externa atual, estabelecida no diagnóstico estratégico, deve ser compartilhado com a instituição como um todo. A instituição 2 afirma que as informações são repassadas somente para as partes interessadas sem preocupação com as demais áreas da instituição, prejudicando as macro estratégias.

O estabelecimento das macro-estratégias e macro-políticas corresponde às grandes ações ou caminhos que a empresa deverá adotar para melhor interagir, usufruir e gerar vantagens competitivas no ambiente. Macro-políticas correspondem às grandes orientações que servirão como base de sustentação para as decisões, de caráter geral, que a empresa deverá tomar para melhor interagir com o ambiente.

A macro-estratégia e a micro-estratégia refletem-se na organização do plano estratégico atrelado à missão da organização. As macro-estratégias da organização 2 são *“viabilizar o retorno ao SUS de maneira organizada em algumas especialidades, realizar um estudo epidemiológico de região para definir novos serviços e buscar a auto-sustentabilidade através da realização dos créditos pendentes (Instituição 2, A)”*.

São apresentadas como ações para realização das micro-estratégias *“estudos para definição de serviços que são viáveis em termos de atendimento, a negociação com prestadores de serviço e profissionais. Além disso, queremos obter informações dos órgãos públicos relativos à região e buscamos um equilíbrio orçamentário e negociação com devedores (Instituição 2, A)”*.

Ainda dentro das micro-estratégias, são colocadas questões como a qualificação e investimento em diagnóstico por imagem, a construção de um centro clínico e a redução de glosas de convênios para menos de 4% do faturamento, sendo essa ainda não atingida, mas em processo de melhoramento.

A maioria dos gestores descreve o posicionamento estratégico em termos dos seus clientes. Mas a essência da estratégia está nas atividades — optar por exercer

atividades de modo diferente ou exercer atividades diferentes das dos rivais. Nesse sentido, observa-se o posicionamento da instituição 2 é pontual e objetivo, sendo seus objetivos investir no ambulatório, intensificando esse tipo de atendimento e instalando o hospital-dia e o atendimento domiciliar. Além disso, investimentos no pronto-socorro, nas unidades fechadas e na qualificação dos funcionários complementam suas pretensões.

As mudanças organizacionais apresentadas pela instituição nos últimos dois anos não foram significativas, sendo prioridade no momento a revisão de processos de trabalho e dos sistemas de informação. A instituição considera seus recursos humanos o grande diferencial competitivo, sendo a inovação e aprendizado as principais características da organização.

A relação da instituição com os médicos é focada nas atividades técnicas. “*Os médicos não fazem parte da Diretoria. Podem ocupar cargos de Diretor Técnico e Clínico, os quais fazem parte do organograma (Instituição 2, A)*”. Seus interesses estão representados na figura do diretor técnico e suas dificuldades concentram-se na questão financeira. As atividades de *joint ventures* são realizadas de forma sistemática de acordo com necessidades específicas.

A instituição passou por reformulações na forma de organização e distribuição das atividades, através da nomeação de coordenadores encarregados de formar equipes de acordo com o foco das atividades. As equipes de gerentes estão recebendo incentivo para apresentar resultados.

O gerenciamento financeiro está focado na cobrança de particulares, integração do sistema de contas a pagar com o almoxarifado e organização de tetos orçamentários. Suas metas são apenas para margem de lucro (superávit líquido de 3% da receita), crescimento de 20% e ponto de equilíbrio de 60% de ocupação.

A instituição não apresenta sistema de marketing e suas ações são desenvolvidas de acordo com a necessidade pela administração. O departamento de recursos humanos será incentivado com a contratação de uma profissional psicóloga, contratação de especialistas em RH, bem como pesquisa de clima organizacional, plano anual de treinamentos e projetos de humanização. Em longo prazo não há previsão para mudanças significativas. Objetiva-se manter as atividades desenvolvidas com

aproximação do corpo clínico nas atividades relacionadas a recursos humanos e a busca do envolvimento de maior número de pessoas nos projetos.

Instituições de pequeno porte ao mesmo tempo em que apresentam oportunidades positivas para implementação de estratégias podem apresentar falta de conhecimento e profissionalismo para gestão. Isso gera, naturalmente, dificuldades a curto, médio e longo prazo.

Observamos na **terceira instituição** que as pretensões para planejamento estratégico não se mostram estruturadas. Sua diferenciação, segundo a percepção do responsável pelas respostas, dá-se pelo *atendimento individualizado que somente em hospitais pequenos consegue-se desenvolver já que conhecemos cada um de nossos pacientes bem como seus familiares (Instituição 3, C)*.

As estratégias específicas de cada atividade não foram informadas com a justificativa de que o hospital estava em processos de readaptação física e assim novas metas e linhas de atendimento estavam sendo traçadas. Justamente por esse motivo, acredita-se que a instituição deveria estar com perspectiva estratégica bem estruturada e delimitada.

O processo de planejamento estratégico não foi informado pela mesma justificativa. A missão da instituição foi mudada segundo o relato. Houve *mudança nos valores centrais além de ampliação da área física, reorganização dos serviços, capacitação e admissão de novos profissionais e aquisição de novos equipamentos (Instituição 3, D)*.

Os serviços de fisioterapia, radiologia e a capacitação profissional são o foco das ampliações nos serviços, sendo que os relatos apontam para um comprimento das metas traçadas nos últimos dois anos, mesmo não sendo informadas quais foram. Não há intenção de excluir nenhum tipo de serviço prestado nesse momento na instituição.

Os médicos estão, de forma geral, envolvidos na gestão da instituição já que um deles é dono da instituição estudada. No momento não existe uma parceria com outros médicos para atividades de negócio na instituição.

A perspectiva financeira é tratada de forma muito superficial sem um planejamento estratégico definido, sendo a informatização e contratação de recursos humanos os principais objetivos em curto prazo. O marketing não tem orçamento próprio e as atividades são focadas para divulgação em rádio local. A instituição não

possui um departamento de recursos humanos e as definições são ditadas pelo dono da instituição.

A **instituição 4** identifica-se como sendo diferente das outras da região por ser uma congregação e possuir total autonomia para tomar decisões, buscando atualização tecnológica e gerencial para manter sua posição.

A instituição afirma possuir um planejamento estratégico até 2009. O mesmo tem como meta a auto-suficiência econômica, a elaboração de um plano diretor e a capacitação de recursos para novos investimentos. Para tanto a instituição pretende *“implantar um novo sistema informatizado de gerenciamento das informações do hospital aliada a implantação do sistema de custos, definição de equipes técnicas, elaboração de projetos, e relacionamentos com autoridades políticas e envolvimento com a comunidade local para busca de recursos e novos investimentos (Instituição 4, B).*

Os planos para os próximos dois anos são: a construção de um novo pronto atendimento, um laboratório de análises clínicas e centro cirúrgico e obstétrico, bem como reformar a cozinha, lavanderia e equipar os quartos com novos equipamentos e serviços. A atualização tecnológica é ponto a ser analisado pela administração com vistas a montar um sistema de acompanhamento do faturamento total da instituição diariamente.

Os serviços que não estão mais satisfazendo as necessidades da instituição são do pronto atendimento 24 horas. Observa-se que os serviços que geram mais dispêndio e são poucos previsíveis, quanto às demandas, são os que menos interessam para as gestões até aqui estudadas.

As mudanças de perspectiva de mercado são claras na medida em que os dirigentes da instituição reconhecem que *“há 5 anos atrás tínhamos o objetivo de ser o único hospital da micro região (havia 4 hospitais em 4 municípios). Hoje, precisamos reconstruir nosso hospital para estar no mercado daqui a 5 anos, dotando o mesmo de uma reforma, readequação física e novos equipamentos para todos os serviços com o objetivo de melhorar a assistência aos nossos clientes, mas principalmente com o objetivo de estarmos atualizados tecnologicamente (Instituição 4, B)”*.

Em busca de mercado, a instituição visa agregar valor aos serviços de forma a conquistar a posição de liderança na micro região. Segundo relato as prefeituras, através

do SUS, estão tornando-se um agente do mercado com poder de barganha na medida em que estão aumentando seus serviços. A instituição pretende superar esse novo contexto com a *“ampliação da área de atuação e ofertando serviços diferenciados e especializados (Instituição 4, A)”*.

Seus principais indicadores são o monitoramento dos atendimentos realizados em número de clientes e exames, faturamento e resultado líquido, produtividade do capital, rentabilidade do investimento. Por sua vez, as dificuldades para implementação da estratégia são as relacionadas com recursos financeiros, dependências das prefeituras e formação de um consórcio pelos 42 municípios da região, sendo que todos os hospitais da região estão enfrentando as mesmas dificuldades de implementação de suas estratégias.

Constata-se, segundo autores do tema, que a riqueza do planejamento está no processo em si de analisar o ambiente e os sistemas e chegar a definir "o que queremos" e "como alcançá-lo". É esse processo que deve ser permanente e envolvente dentro da instituição. Contudo, embora pareça secundário, o plano escrito deve existir, até porque é preciso documentar os acordos e a direcionalidade do trabalho. Observa-se que a instituição apresenta uma estratégia e diversas ações para concretizar suas metas com uma visão macro regional, fato que pode ser benéfico para o sucesso da mesma.

Assim, percebe-se um alinhamento a algum tempo de forma que a entidade tem uma organização interna já sedimentada para efetivação dos processos operacionais exigíveis para a implementação do mesmo. Segundo relato, *“através do grupo de planejamento estratégico, formado pelo diretor, coordenadores de setores, representantes do corpo clínico e da diretoria da mantenedora, o método de trabalho é o processo participativo com exposição teórica do processo e trabalho prático de discussão em pequenos grupos, posteriormente, com a apresentação e definição no grande grupo (Instituição 4, B)”*.

As características apontadas como sendo as mais significativas para a implementação de um bom trabalho de planejamento foi os processos de gestão da qualidade, a cultura organizacional, a análise de indicadores estratégicos e o envolvimento do corpo clínico nas questões relacionadas com a instituição.

Por outro lado, a questão dos médicos, em específico é ressaltada como fator positivo e negativo. Positivo, no sentido de conhecerem uma parte da atenção à saúde



peculiar e que deve ser levada em consideração no momento da implantação da estratégia. Negativo porque, em muitos casos, não são funcionários do hospital e isso gera um problema de vínculo e desmotivação com planos longos e que não sejam focados para o seu retorno financeiro.

Ocorreu, nos últimos dois anos, mudança na estrutura dos valores e missão da instituição para uma adequação aos novos cenários. No entanto, a principal pretensão da administração é a adequação da área física, melhoria da assistência ao cliente e busca de equilíbrio econômico financeiro.

Dentre todas as principais prioridades estipuladas os últimos dois anos (implantação de uma farmácia de manipulação, de uma filial da farmácia externa, implantação de um centro de traumatologia e construção de uma UTI) nenhuma efetivada. Apesar das tentativas frustradas, objetiva-se expandir o centro cirúrgico e ambulatório com consultas especializadas.

Em termos de mudanças organizacionais, a qualificação de pessoal e padronização de processos são prioridades, bem como a qualificação dos coordenadores com enfoque especial. A instituição identifica-se com a comunidade e isso, segundo a percepção dos gestores é um diferencial.

Os médicos estão envolvidos na administração dos hospitais através da representação do corpo clínico, sócios da mantenedora, sendo que os mesmos participam, como mencionado, nas reuniões de gestão. O problema dos interesses pessoais está marcadamente mencionado nos relatos.

A gestão financeira está sendo qualificada através de atividades de auditoria permanente, contratação de técnicos de contabilidade e com a informatização dos sistemas de custos. A previsão de quais os recursos disponíveis não era realizada até pouco tempo e a alocação de recursos também não possuía uma definição estabelecida, sendo que os indicadores utilizados são: a margem de contribuição e o crescimento. Não há serviço de marketing no hospital.

Na **instituição 5**, por sua vez, observa-se uma gestão mais especializada com formação específica dos gestores no segmento saúde. Dessa forma, o plano estratégico para enfrentamento do contexto do sistema de saúde nacional e da realidade local é apresentada de forma mais estruturada do que nos dois primeiros casos estudados.

A instituição tem um perfil muito presente na realidade nacional. Constituída juridicamente com uma entidade filantrópica, tem origem proveniente de atividades de congregação religiosa. Devido a isso, a gestão é ainda muito “doméstica” segundo as palavras do gestor entrevistado. A macro estratégia da organização é apresentada com dois enfoques principais: a auto-sustentabilidade e a implantação de um consórcio intermunicipal.

De todas as atividades da instituição há pretensão de mudança do ambulatório e emergência. O livre acesso aos serviços de pronto atendimento, tanto para planos de saúde como para a comunidade, são as formas predominantes de atendimento prestados nesse momento. Atendendo a toda micro-região, o pronto atendimento apresenta um custo mensal de 80 mil reais/mês, sendo que os pagamentos provenientes desses atendimentos não cobrem os custos operacionais.

Para solucionar esse problema os gestores pretendem “*a curto e médio prazos iniciar uma negociação com os municípios para ajudar no financiamento dos plantões (Instituição 5, B)*”. Caso isso não ocorra, a instituição não vê outra perspectiva que não a de fechar os serviços. Ocorre que no Brasil os municípios não repassam os recursos regularmente para os hospitais pelos serviços prestados, gerando problemas financeiros generalizados e que, a logo prazo, interferem na instituição como um todo.

Os serviços de saúde no Brasil tornaram-se muito dispendiosos para a população pagá-los de forma autônoma. As instituições, de um modo geral, obrigam-se então a captar recursos junto a planos de saúde. Nos serviços de internação a instituição 5 pretende “*aumentar a participação dos convênios transferindo os pacientes do SUS para outra ala, ficando os convênios com uma área exclusiva (Instituição 5, B)*”.

A instituição foi uma das poucas que forneceram os gastos com suas atividades. São elas: 55 mil reais com pessoal, 23 mil reais com material e medicamento, 9 mil reais com energia e água. A instituição apresenta uma gama de indicadores mais significativa do que as demais. Os mesmos envolvem números relativos à produtividade, capacidade instalada, indicadores financeiros, relação da instituição com prestadores e assistencial.

As perspectivas apresentadas a curto e médio prazo são a implantação de uma UTI e uma unidade de cardiologia desde que haja financiamento dos municípios para tal. Atualmente, os *referenciamentos* são direcionados para capital do estado Porto

Alegre. A instituição não demonstra interesse em mudar a linha de negócio para enfrentar a concorrência.

O processo de planejamento estratégico é analisado no final do ano para que seja discutido se o plano de ação foi colocado em prática ou não. Percebe-se uma característica muito peculiar. Quando questionado sobre a existência de um plano estratégico corporativo, o gestor responde que *“não tenho conhecimento do plano estratégico corporativo. A elaboração fica restrita a congregação das irmãs (Instituição 5, C)”*.

Porém, a análise ambiental é discutida internamente pela direção geral, administração, direção técnica e gerência de enfermagem. As reuniões são semanais e registradas em ata sendo que a análise competitiva *“é analisada pelo mesmo grupo de análise ambiental. A avaliação é semanal e sempre são discutidas novas possibilidades diante de ameaças externas (Instituição 5, B)”*.

Questionado sobre quais as forças operacionais da instituição, o gestor respondeu que *“estão localizadas na força da fé. Por se tratar de um hospital religioso, as questões sempre são envolvidas pelas forças da fé (Instituição 5, D)”*. Continuando o relato o gestor afirma que, por ter havido, no passado, um plano estratégico que não foi cumprido pelas próprias pessoas que o fizeram, *“resolveu-se não envolvê-las novamente. No conjunto, os planos são articulados através de mini reuniões, convencimento e, às vezes, através de confronto (Instituição 5, B)”*.

As melhorias no processo de planejamento, segundo relato, poderiam ser conduzidas de forma que *“as decisões fossem tomadas de forma técnica, calma e o mais profissional possível. A dificuldade em lidar com pessoas irremovíveis em pontos estratégicos dificulta enormemente a condução da instituição” (Instituição 5, A)”*.

Não houve mudança na missão da instituição nos últimos dois anos. As principais prioridades na estratégia estão concentradas na auto-sustentação, implantação de consórcio com municípios e aumento de cirurgias. Para a auto-sustentação, são colocados como ação do plano a *“implantação do orçamento, programação das prioridades de cada setor, controle nas contratações de funcionários diminuição de serviços de terceiros, controle dos custos dos procedimentos médicos, aquisição de equipamentos que diminuam o consumo de energia elétrica (Instituição 5, B)”*.

Para a implantação dos consórcios observa-se que a instituição pretende incentivar os secretários municipais de saúde e prefeitos, mostrando os benefícios provenientes dessa parceria. Como a alta complexidade, no sistema único de saúde, é uma das atividades que mais bem remunera, inclusive superando o que os planos de saúde pagam, quando isso for compilado nos contratos, a instituição pretende atrair novas especialidades sensibilizando a área médica no sentido de se credenciar a novos convênios, deixando de lado o corporativismo médico.

São apontados como pontos fracos a falta de comprometimento dos médicos e o fato, por um lado, de o hospital ser religioso, isso gerar um grande número de rejeição por parte de parcela da comunidade. A proximidade de Porto Alegre também prejudica a instituição na medida em que, até por questões de *status*, as pessoas preferem ser tratadas na capital.

Os relatos apontam para um planejamento pouco estruturado na organização como um todo. Na medida em que só há um plano de ação na instituição e o mesmo não mudou muito nestes dois anos e que participaram da sua elaboração somente a direção geral, vice-direção, administrador e alguns gerentes de área sendo possível observar um fato relevante em outros momentos dos relatos: a falta de sintonia e possíveis desavenças internas na instituição.

O gerenciamento financeiro tende a passar por um processo de reformulação para, principalmente relacionar o orçamento com o fluxo de caixa e aumentar os controles dos gastos. As metas estipuladas para esse segmento são: 5% de margem de lucro, crescimento de 20%, taxa de retorno de 10% e grau de endividamento zero.

Assim como as outras instituições estudadas até então, a instituição 5 não possui departamento de marketing, sendo sua vinculação na comunidade feita sob aspectos religiosos. Os recursos humanos mudaram muito segundo relatos. Antes, a seleção era feita “*de forma muito empírica, baseada no gosto pessoal, indicações políticas e amadoras*” (Instituição 5, A). Para o futuro, pretende-se renovar o quadro funcional, estudando a possibilidade de contratar uma psicóloga nos próximos anos.

Instituição de caráter público e que se considera como sendo importante referencia na região na qual atua, a **instituição 6** apresenta como meta central da instituição a ampliação do setor de laboratório, do setor de queimados e enfermagem.

Os critérios para tomada de decisão são as demandas vindas no município e a auto-sustentabilidade. As questões financeiras são consideradas como um diferencial na elaboração de uma estratégia para um hospital da instituição pública, sendo que as verbas repassadas nos últimos anos aumentaram.

Observa-se que os gestores da instituição não consideram haver concorrência para sua atuação. A instituição apresenta um custo mensal de 350 mil reais por mês, empregando cerca de 300 profissionais. São utilizados indicadores de permanência, taxa de infecção hospitalar e satisfação dos usuários para tomada de decisão. Na comunidade em geral e nas empresas são identificadas as principais oportunidade para implementação nos negócios.

Quando questionado sobre as possibilidades de negócio, o gestor não quis tecer comentários. As áreas que precisavam ser trabalhadas, segundo a percepção do respondente, são relacionadas com os médicos e com a enfermagem. Nesse momento, a instituição não apresenta um planejamento corporativo estruturado, mas afirma que tem um planejamento a curto, médio e longo prazo. Isso evidencia a falta de clareza quanto ao que deve ser um planejamento estratégico corporativo.

Seu posicionamento é focado em uma visão estadista sem pretensões de ganho de mercado. Quando questionado sobre as mudanças desejadas no planejamento estratégico as afirmações são relativas à implementação nas verbas repassadas, evidenciando novamente uma confusão quanto as funções e atividades de planejamento.

A manutenção da missão institucional nos últimos dois anos, sendo que suas prioridades são: a criação do setor de queimados e ampliação no setor de cirurgia. A implantação de um plano de carreira foi à principal mudança relatada nos últimos dois anos.

Os médicos estão envolvidos na gestão através do corpo clínico da instituição. O gestor não aponta dificuldades para implantação de atividades. Não há parcerias com os médicos na atividade da instituição. A justificativa por não terem ocorridos mudanças na instituição no último ano é a de que faz somente oito meses que o gestor encontra-se no cargo.

O gerenciamento financeiro, foco das principais ponderações na entrevista, está sendo tratado com ênfase na informatização do caixa, contas a receber, contas a pagar e

aprazamento de dívidas. Não há planejamento de marketing e as atividades de recursos humanos são focadas no absenteísmo, benefícios e melhoria do ambiente de trabalho.

A **instituição 7**, considerada de pequeno porte, apresenta como diferencial diante dos concorrentes, uma estrutura considerada como pousada para visitantes da região. A mesma destina-se ao atendimento de idosos que necessitam ou não de cuidados. Suas metas para os próximos anos são relacionadas com reformas da capela, vestiários, auditórios, lavanderia e almoxarifado.

De forma sucinta e pouco estruturada, são apresentadas as considerações sobre as pretensões estratégicas da instituição. Quando questionado sobre quais as ações para os próximos anos o gestor responsável afirma que serão *“mantidas as áreas hoje em funcionamento com contratação de pessoas especializadas e com ampliação dos serviços de internação e serviços de ambulância (Instituição, 7, B).*

As mudanças apresentadas em relação ao passado são expostas de forma a valorizar as questões macro assistenciais e organizacionais. Segundo relato, *“agora os problemas são encarados bem diferentemente do que a anos atrás. Os avanços sociais em termos de garantias e liberdade individuais, a inclusão está bem diferenciada, tem muito dialogo por sua vez isto é universal incluindo também os servidores públicos que muito colaboram para que as coisas fluam com mais facilidade.. (Instituição, 7, B)”*.

Em concordância com a tendência brasileira de envelhecimento da população, a instituição apresenta planos de implantação de serviços de geriatria. A instituição apresenta um corpo clínico pequeno. Pelos números apresentados, a instituição acumula prejuízo mensal de, em média, 10 mil reais.

A organização do plano estratégico prioriza o controle de gastos e o aumento da renda e receitas. Para isso, pretende-se implantar campanhas internas para prevenção de gastos, modernização da empresa e definição de atividades básicas de cada funcionário. O relacionamento com os fornecedores, que geralmente estão com crédito a receber, e a melhoria da qualidade de produtos ou serviços prestados são focos de ação no momento.

O gerenciamento financeiro é focado em um controle minucioso dos procedimentos sempre com um ponto de equilíbrio. A padronização das atividades também é vista como prioridade nesse sentido. Por sua vez os planos de Marketing são

voltados para a conquista de clientes com a melhoria contínua dos processos internos, satisfazendo clientes internos e externos.

No segmento saúde, há, muitas vezes, uma grande dificuldade para implementação de estratégias relacionadas com os recursos humanos. A qualificação no segmento, principalmente na parte administrativa, é um desafio geral. A instituição apresenta a proposta de *“trabalhar com requerimentos de um padrão ético muito elevado, enfrentar desafios organizacionais impostos pelos cenários mundiais dos negócios, estabelecerem um ambiente competitivo com as pessoas, administrando as diferenças e a integração entre as pessoas (Instituição, 7, A).*

A **instituição 8** encontra-se na região serrana do estado marcada, principalmente, pela colonização italiana e alemã. Essa região apresenta um dos melhores indicadores de longevidade do país, fato que se reflete nos indicadores gerais de saúde da cidade e na micro-região. Observa-se, no entanto, que essas características não influenciam diretamente na organização da estratégia da instituição.

Como visto nas instituições anteriores, as principais metas estão relacionadas com a construção ou reforma de setores dos hospitais. A instituição 8 também tem por meta nos próximos três anos o investimento em tecnologia, a ampliação de serviços específicos e novamente temos uma instituição hospitalar que demonstra interesse em ser referência na região.

Os serviços de pronto socorro, diagnóstico, internação e cuidados ambulatoriais estão entre os que passarão por alterações com vistas a uma adequação ao mercado e a potenciais parceiros, como secretarias de saúde. Não há pretensão de desativar nenhuma área que esteja funcionando atualmente. O retorno do investimento e a busca pela satisfação das necessidades da comunidade são os principais desafios para concretização da mesma.

As mudanças apresentadas na instituição são relacionadas com uma forte tendência a profissionalização da gestão, transformando o hospital em uma empresa e não em uma unidade filantrópica. O principal impacto é a estabilidade financeira, adotando uma estratégia de aproximação dos oponentes estratégicos para superação de uma possível concorrência.

Observa-se claramente que os métodos utilizados, no entanto, para controle de custos da instituição são pouco desenvolvidos. Dessa forma, as pretensões apresentadas

de tornar a instituição de alta complexidade somente pelo fato da mesma dar um retorno financeiro melhor, não se justifica uma vez que a organização básica da instituição não comporta o aumento da complexidade das atividades prestadas.

A instituição tem um planejamento estratégico há cinco anos. Como a instituição é constituída por mais oito congregações, os planos são impostos (*top down*), sendo que cada uma das instituições possui suas considerações. Agregado a isso, as forças e fraquezas da instituição são avaliadas pela mantenedora, direção do hospital e gerência.

A comunicação do plano estratégico se faz “*através de reuniões bimestrais com os funcionários (Instituição, 8 A)*”. Como não houve nenhuma mudança no sistema de valores centrais essas reuniões são consideradas sem prioridade pela gestão. Novamente, é apresentada como prioridades estratégicas a regionalização, a captação de recursos públicos e privados e o aprimoramento tecnológico. No entanto, faltam argumentos para a implantação dessas prioridades.

Conforme observado na revisão da literatura, a regionalização da atenção a saúde no país e adoção de estratégias macro-assistenciais voltadas para prevenção, abandonando os modelos médicos curativos vão de encontro com estratégias focadas na especialização da atenção. A instituição apresenta com foco de atuação com pretensões de “*aumentar o número de especialidades oferecidas (Instituição, 8 A)*.”

Além da profissionalização do hospital, são relatadas como mudanças ocorridas na instituição e que trouxeram benefícios “*a maior autonomia para as gerências, o melhoramento da hotelaria e recursos humanos. Temos como pontos fracos, no entanto, os custos elevados e nossas oportunidades estão na estrutura física, parcerias com empresas e próprio poder público (Instituição, 8 A)*”.

Com relação aos médicos, é afirmado que os mesmos manifestam-se através da direção técnica e direção clínica, sendo que estão muito pouco envolvidos na gestão do hospital. Esse fator é apontado como uma dificuldade pela administração. Estão sendo revistas as atividades de *joint venture* da instituição.

O sistema contábil e de custos passam por reestruturação com suporte técnico da mantenedora, sendo que o aprimoramento da contabilidade de custos é prioridade para que se atinja o equilíbrio financeiro. Novamente não há um setor de marketing e os relatos apontam para atividades de recursos humanos pontuais como pesquisa de satisfação, avaliação de desempenho e captação de recursos humanos.



Das instituições estudadas 74% possuem formação jurídica como instituição filantrópica. Isso lhes garante uma série de benefícios perante o Estado, como a isenção de impostos e facilidades no momento de cadastramento junto às instituições públicas.

A **instituição hospitalar 9** apresentou como responsável pelas respostas coletadas o diretor clínico do hospital. Esse profissional tem como função garantir condições adequadas para o trabalho dos profissionais técnicos.

Segundo relato, *“o diferencial da instituição perante seus concorrentes foi à progressiva inserção de atividades e modificações na estrutura que possibilitaram importante crescimento de diversas áreas assistenciais”*. Os serviços foram ampliados principalmente em funções de alta complexidade que são mais bem remuneradas pelo estado e que apresentam maiores chances de rendimento positivo.

As três principais metas para o próximo ano são: a manutenção das melhorias, a continuação do processo de inserção da instituição junto ao Sistema Único de Saúde, bem como tornar-se referência na micro-região. Para tanto, é exposto que os médicos pretendem contribuir tecnicamente, manter o diálogo e participar da implementação de novos serviços.

Os serviços prestados para população tendem a sofrer um processo de expansão sendo priorizados os serviços de obstetrícia, de cirurgia, UTIs, diagnóstico por imagem, com introdução de ressonância magnética. Dessa forma, pretende-se absorver uma suposta demanda reprimida e otimizar o trabalho dos 200 profissionais que atuam na instituição.

Quando questionados sobre as possíveis dificuldades enfrentadas para implementação das atividades, são expostas a *“incapacidade de articulação institucional, ausência de interesse em certos setores médico-assistenciais e a capacidade reduzida de investimento (Instituição, 9, A)”*.

A instituição apresenta um plano estratégico *“desde o ano 2000 que iniciou com a formação de um grupo multidisciplinar composto por 10 participantes de vários setores que se reuniram para realizar uma análise de cenários, formulação de matriz PFAO (Potencialidades, Fraquezas, Ameaças e Oportunidades), estruturação das estratégias e operacionalização das mesmas (Instituição, 9 B)”*.

Os métodos para análise competitiva são baseados em uma tentativa de visão sistêmica do mercado. Para tanto, foi considerado que *“haverá uma diminuição do*

*número de concorrentes e aumento da qualidade dos mesmos, aumento de concorrentes em nível de clínicas especializadas, maior disputa pelo reconhecimento público (SUS), maior disputa por recursos públicos bem como especializadas (Instituição, 9 B)”.*

O pioneirismo na implementação de inovações tecnológicas é considerado um diferencial perante seus concorrentes. Na elaboração do planejamento tri-anual, o tratamento das metas é considerado como gerais e setoriais e as melhorias são voltadas “*para a cultura de indicadores e o processo de planejamento cada vez mais como norte da instituição (Instituição, 9 B)”*.

Houve mudança na missão da instituição com uma ampliação, considerando o âmbito de atuação como o Estado do Rio Grande do Sul. Os objetivos estratégicos são: ser referência para a assistência terciária e quaternária, desenvolver um ambiente harmônico, participativo e comprometido e auto-sustentação. No entanto, a instituição não apresenta as ferramentas para implementação de suas pretensões e nem quais as condições que a mesma apresenta para tanto.

As mudanças almejadas para implementação das metas são calcadas na força das pessoas que nela trabalham. Suas fraquezas que prejudicariam essa estratégia seriam as falhas nos sistema de remuneração por parte do SUS, que remunera na grande maioria com déficit se relacionados com os gastos por procedimento. Não foram respondidas as questões quanto à interferência do corpo clínico das instituições e nem quanto às práticas de gerenciamento financeiro.

Novamente não há um setor de marketing na instituição. Algumas atividades são realizadas nesse sentido. Segundo relato, “*o marketing na instituição está bastante relacionado ao micro-marketing, aquele de contato, que se estabelece nas diversas relações dentro da instituição, do contato direto do colaborador com um paciente ou familiar, e no qual se representa a instituição (Instituição, 9 B)”*.

A visão da instituição quanto ao sistema de recursos humanos “*é a de que as coordenações (chefias) das áreas devem assumir cada vez mais o papel de gestão dos recursos humanos, das pessoas de suas unidades (Instituição, 9 C)”*. São implementadas pesquisas de satisfação, plano de benefícios, descrição do perfil de liderança, agregando aos valores da instituição.

A **instituição 10** apresenta características diferenciadas na amostra por pertencer a uma operadora de plano de saúde. Além disso, a mesma considera-se diferenciada

pelo fato de sua construção ser horizontalizada com pouca hierarquia administrativa e também pelo fato dos médicos que atendem CTI's e PAA serem funcionários do Hospital.

A meta da instituição é de integrar corpo médico, administrativo e assistencial numa filosofia pró-ativa. A visão corporativa não reconhece a singularidade da instituição hospital de forma que existe uma cultura essencialmente financeira. É relatado que “as crises são tratadas com métodos utilizados em indústrias, só há olhos para a redução de custos (Instituição 10, A)”. O hospital é administrado e coordenado em suas áreas por médicos e enfermeiros.

Quanto questionado se existe um plano estratégico do hospital para o próximo ano e quais são as 3 principais metas o gestor responde “que o desejo é a criação de serviços especializados (médico empreendedor/gerente), fidelização do corpo clínico e aumento de lucratividade”.

A instituição apresenta uma formulação de planos específicos para a instituição bem elaborados e objetivos, visando sempre à otimização financeira e a sustentabilidade econômica. Para tanto, pretende-se efetivar a implantação do hospital dia do ambulatório de saúde do homem/mulher, ampliar equipe de plantão (multidisciplinar), introduzir médico hospitalista (urgências hospitalares), aplicação da telemedicina.

A capacidade instalada também passará por mudanças nos próximos anos com ampliação de leitos, criação da Unidade Intermediária, modernização de aparelhos, revisão de processos, implantação plena da informatização, determinação dos custos hospitalares, elaboração de tabela própria do hospital respeitando sua inflação interna e a criação de índices de avaliação para melhoria da gestão.

Expandir os negócios passou a ser uma prioridade para a instituição. O estudo e implantação de um projeto para criação de uma área que atenda necessidades de média complexidade, que dispensam internação, mas que não podem ser realizadas em nível domiciliar. Ações para diminuir o tempo de permanência na instituição devido a aumento da demanda na CTI adulto e ampliação de Convênio na CTI Neo-Pediátrica também estão nas prioridades almejadas.

A revisão de processos administrativos também estão sendo implementados. Segundo relato, essas atividades “estão sendo realizadas, nos diversos centros de custos, visando o estabelecimento do modelo de trabalho do hospital, bem como a elaboração

de tabela própria respeitando sua inflação interna e permitindo negociação mais consistente com relação a margens de descontos e rentabilidade possível (Instituição 10, A)”.

A toma de decisões é baseada em indicadores de lucratividade, participação de mercado, crescimento de mercado, retorno do investimento, habilidades disponíveis, necessidades da comunidade, procurando utilizar intuição, criatividade e analisando tendências e cenários. Sua percepção de diferenciação no mercado é “há consciência da necessidade de tratar o hospital de modo a torná-lo saudável financeiramente para que possa curar seus pacientes sem adoecer como instituição (Instituição 10, A)”.

Sua relação com o mercado e concorrentes apresenta uma característica comum no mercado brasileiro. Segundo relato, “em 2005 passamos a sofrer forte concorrência da Unimed que abriu o seu hospital. O fato gerou perda de clientes em todos os hospitais da cidade. Como consequência houve ofertas de serviço para outros planos de saúde com valores de risco. A concorrência é feita sem ética e há uma tentativa de desagregar nossa instituição por parte do maior concorrente. São lançados boatos e ações, visando atingir negativamente a nossa imagem (Instituição 10, A)”.

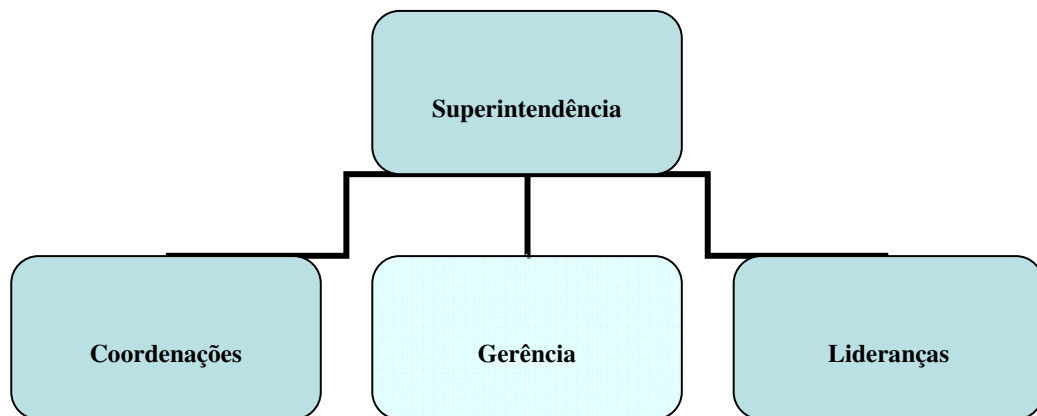
Os números de produtividade são: média de 1000 internações por mês, aproximadamente 1000 cirurgias por mês sendo 45% ambulatoriais, 90 partos predominando o parto Cesário, cerca de 5000 atendimentos no pronto atendimento/mês, as despesas fixas ficam em 63,74%, pessoal 49,93%, despesas variáveis 36,26%, materiais diretos 31,54% e margem de contribuição de 63,94%.

O processo de planejamento envolve a direção e lideranças sendo que cada divisão faz seu planejamento, após existe uma discussão corporativa, pois os negócios lembram uma holding. A análise ambiental é realizada por uma empresa terceirizada anualmente e não há análise de mercado.

As forças institucionais são trabalhadas de forma a obter credibilidade do usuário final e mudança de cultura dos coordenadores olhando suas divisões como unidades de negócio, focando a visão financeira e operacional. Além disso, a consciência da instituição a necessidade de sua humanização, formar uma base de dados consistente e também transformar os dados em informações através de indicadores eficazes e confiáveis.

A instituição foi a única que apresentou um diagrama para elaboração do planejamento estratégico, sendo que os planos seguem das unidades para a superintendência. Conforme relato, o planejamento “é estabelecido pelo grupo para onde queremos ir de modo consensual. A partir daí cada um dos participantes recebe suas tarefas e há liberdade para montar individualmente a sua estratégia. De um modo geral as estratégias são discutidas no grupo (Instituição 10, C)”. A figura a seguir representa a forma como a organização orienta seus trabalhos na determinação da estratégia.

**FIGURA 3 - Modelo para elaboração da estratégia do Hospital 10.**



Fonte: coleta de dados

Apesar dos esforços, é possível perceber que a instituição tem dificuldade em implementar seu plano estratégico devido, principalmente, a falta de envolvimento dos colaboradores (ponta operacional). Conseguir sensibilizar os pares de gerência e superintendente da singularidade de uma instituição hospitalar passa a ser então um desafio.

Houve mudanças na visão da organização e, segundo a percepção do gestor entrevistado, isso trouxe reflexos diretos para organização. Segundo relato, “através da informática “agilizamos nossas informações e conhecimento do negócio”, aliado às novas tendências tecnológicas, houve uma otimização e racionalização das estruturas operacionais, processo que ainda estão em andamento e ainda tivemos a participação nas decisões e planejamento a todos os níveis transformou o pensamento dos colaboradores em relação à organização (Instituição 10, C)”.

Nesse momento, a instituição está centrada nos setores da instituição que remuneram adequadamente e estão no centro da estratégia. Os processos de mudança organizacional estão sendo implantados de forma contínua e pontual. A terceirização de atividades está sendo adotada como meio de reduzir custos e melhorar os processos administrativos, atingindo os resultados de forma mais rápida e com mais controle.

Outras mudanças na organização foram “a criação de um organograma definindo vários negócios na instituição e criando a divisão hospitalar com uma gerência e várias coordenações que são definidas como áreas de negócio individuais e devem ser geridas de forma singular, bem como o enquadramento salarial das diversas categorias funcionais (Instituição 10, C)”. Para os próximos anos, pretende-se implantar sistemas de remuneração por habilidades e competências e criar um sistema de benefícios. Tudo isso buscando uma sinergia organizacional.

Os médicos estão participando ativamente da gestão da instituição tanto em nível estratégico como em nível operacional. Atualmente, os médicos ocupam os seguintes cargos: o gerente da divisão, o chefe do SCIH, o coordenador do PAA, CTI Adulta, CTI Neo-Pediátrica, coordenador do Faturamento, Diretor Técnico, Diretor Clínico.

As dificuldades apresentadas pela administração em relação ao corpo clínico concentram-se na inter-relação entre os profissionais e as atividades que executam. Segundo relato, “cada especialidade reivindica maior atenção, procuram obter vantagens em relação às outras. No bloco cirúrgico alguns consideram seus procedimentos mais importantes que o dos outros. Existe uma estrutura de defesa da categoria e a tentativa de determinar dependência da instituição. Os médicos de um modo geral se sentem superiores as demais categorias (Instituição 10, A)”.

As ações relacionadas com o gerenciamento financeiro estão relacionadas com a reestruturação dos sistemas de controle e organização geral das contas do hospital. O gestor afirma que foi “*implantado o projeto de informática corporativo, integrando os sistemas financeiros em consonância com as áreas de negócio da companhia. Esta integração analisa os resultados pelo EBITDA, voltados aos resultados dispostos no planejamento tático aprovado. Os sistemas contábeis estão padronizados de acordo com a forma proposta pela ANS e logicamente atendendo as normas estabelecidas pelo FISCO (Instituição 10, A)*”.

A área de marketing da instituição 10 existe há somente sete anos. Sua estruturação se deu após um estudo realizado sobre o futuro da entidade, o que o mercado buscava a movimentação da concorrência e, acima de tudo, a necessidade de "mostrar" para a comunidade, o roll de serviços que o hospital disponibilizava aos seus usuários com o objetivo de aumentar as receitas das unidades de serviço.

Ao longo deste período, se observa que as ações do setor se voltaram para elaboração de ferramentas de comunicação e relacionamento com clientes internos e externos, objetivando-se adequação às necessidades do público-alvo.

A área de recursos humanos foi praticamente toda estruturada a partir dos últimos dois anos. Anteriormente, existia apenas uma área denominada Recursos Humanos, mas tratava apenas assuntos de departamento pessoal de forma básica, com algumas ações isoladas de treinamento. Pretende-se a consolidação de todas as políticas e procedimentos já implantados, através de acompanhamento, controle, treinamento e implantação de auditoria interna. Além disso, objetiva-se o desenvolvimento de novas políticas, principalmente da área de pagadoria de pessoal, repetir a Pesquisa de Clima Interno (ser anual), investir no Desenvolvimento das Lideranças e Coordenações e retomar o Programa de Ginástica Laboral.

A **instituição 11** por sua vez, apresenta características organizacionais bem diferenciadas das até então estudadas. Considerada de grande porte, atende municípios do estado inteiro, sendo referência nacional e mundial em alguns procedimentos.

Segundo relato do gestor consultado o que a faz diferenciada é que *“atendemos 60 % de clientes do sistema Sus, e 40 % de Convênios privados, o que o difere é a auto-sustentação, sem a obtenção de recursos externos a ela (Instituição 11, B). As atividades que compõem o hospital são abordadas de forma a atuar nas ameaças que cada uma dessas unidades possui frente ao mercado, transformando-as em oportunidades e garantindo a excelência nesses serviços (Instituição 11, B)”*.

A expansão ou retenção de serviços sempre é um dilema que envolve problemas políticos, de demanda da sociedade e até mesmo éticos na medida em que se opta pelo não fornecimento de determinados serviços em detrimento de outros cujos critérios podem ser questionáveis. Esse é um *trade off* dos gestores do segmento saúde que está ligado diretamente à questão da oferta capacidade de serviços ser limitada.

De forma geral, todas as áreas da instituição estão com potencialidades para crescimento, porém, determinando prioridades. Em todos os âmbitos existe espaço para o crescimento e desenvolvimento. Os referenciais para implementação de ações estão sendo a análise de mercado, oportunidades, ameaças, cenários econômicos, políticos e questões internas.

Observa-se que a instituição considera ter havido mudanças na forma como a instituição possibilita a gestão de suas necessidades específicas. Segundo relato, *“atualmente o que difere é a oportunidade que minhas áreas possuem. Há cinco anos o foco era unidirecional, o que comprometia a estrutura como um todo, pois sentia que algumas áreas eram esquecidas, atualmente é mais descentralizado, consegue-se desenvolver várias atividades juntas, existe uma atuação mais direta das gerências, nas tomadas de decisão (Instituição 11, A).*

A instituição conta com aproximadamente 600 profissionais, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos de enfermagem, e outros. Sua produtividade é de aproximadamente 14.826 atendimentos/mês, seus custos giram em torno de 2 milhões, quatrocentos e oitenta mil/mês, sua margem de contribuição (direta e indireta) não foi informada e sua receita é um valor aproximado de 2 milhões, seiscentos e setenta e oito mil/mês.

As principais oportunidades para retenção de capital na instituição concentram-se na clientela particular, na área de diagnóstico e procedimentos cirúrgicos de pequeno e médio porte, sendo que os fatores que podem restringir-las, são os serviços de hotelaria e tecnologia depreciada. Para o planejamento de longo prazo (até 2010) a instituição pretende investir na prevenção e educação, visando diminuição de custos e com foco no cliente.

Suas prioridades estratégicas são voltadas para a assistência e recuperação (tratamento de doenças e recuperação da saúde), educação e prevenção (informações e orientações, manutenção da saúde, assistência médica preventiva, garantir a auto sustentação (viabilizar economicamente as ações de educação em saúde), aumentar o resultado econômico (financeiro nas ações de assistência em saúde).

As principais forças da organização são: o corpo clínico, o corpo funcional, a multidisciplinaridade e o sistema de gestão. Por sua vez, as principais fraquezas relatadas são o serviço de hotelaria e a falta de tecnologia. A organização do corpo



clínico é relatada pela existência de *“uma direção médica, um diretor geral, que por sua vez é médico, e uma mesa composta de irmãos que participam da tomada de decisão que também é composta basicamente por médicos (Instituição 11, A)”*.

Assim como nas outras instituições, o corpo clínico é sempre fator de preocupação no momento da efetivação da estratégica. Segundo relato, *“as dificuldades, são basicamente focadas no conservadorismo, na linha de comodidades, interesses pessoais, e as facilidades, bem negociadas, as ações, mudanças, possuem, com o consenso deles, maior solidez (Instituição 11, A)”*. O corpo clínico apresenta uma atividade constante nas atividades de nível corporativo.

Nos últimos dois anos não houve mudanças na forma da elaboração do planejamento estratégico, somente de cargos de liderança. No sistema financeiro *“a principal mudança foi a adequação ao planejamento institucional orçamentário aos tetos estabelecidos pelo gestor, mudança de foco assistencial em centro cirúrgico, desenvolvendo atendimento ambulatorial, que não estava contemplado no setor (Instituição 11, A)”*.

O cumprimento da margem de contribuição e o subsídio das atividades prestadas ao SUS pelos planos privados são considerados com sendo pontos importantes para serem tratados, visando garantir uma melhor sustentabilidade da instituição. Além disso, indicadores como a taxa de retorno e grau de endividamento são considerados na tomada de decisão. Os questionamentos sobre o setor de marketing e recursos humanos não foram respondidas.



## *CAPÍTULO 5*

---

### *Cenários Atuais*



## Cenários Atuais

Em 2007, a população do Brasil era 189,8 milhões de habitantes e o PIB 2,4 trilhões de reais e uma parcela substancial da população e do PIB estão concentradas no sudeste do País.

Principal área geográfica de atuação da Companhia, a região metropolitana de São Paulo concentra 20,0 milhões de habitantes e responde por 19,0% do PIB brasileiro. São Paulo é a maior cidade do Brasil e, segundo dados da ONU, a 5ª cidade mais populosa do mundo. A região metropolitana do Rio de Janeiro é a segunda maior região metropolitana do Brasil com 11,8 milhões de habitantes e responde por 7,8% do PIB. Já a cidade de Brasília possui 2,4 milhões de habitantes e está entre as mais prósperas do País, respondendo por 3,8% do PIB brasileiro.

**TABELA 23 - Distribuição da população e do PIB do Brasil por região geográfica**

REGIÃO	População 2007		% do PIB
	Habitantes (em milhões)	% do total	
Norte	15,4	8,1	5,1
Nordeste	52,3	27,6	13,1
Sul	27,7	14,6	16,3
Centro-Oeste	13,6	7,1	8,7
Distrito Federal	2,4	1,3	3,8
Demais estados do Centro-Oeste	11,1	5,9	4,9
Sudeste	80,8	42,6	56,8
Estado de São Paulo (excluindo a região metropolitana de São Paulo)	21,8	11,5	14,9
Região metropolitana de São Paulo	20,0	10,5	19,0
Estado do Rio de Janeiro (excluindo a região metropolitana do Rio de Janeiro)	3,9	2,1	3,8
Região metropolitana do Rio de Janeiro	11,8	6,2	7,8
Demais estados do Sudeste	23,3	12,3	1,1
<b>Total</b>	<b>189,8</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006-2007.

As receitas das Operadoras de Planos Médico-Hospitalares no Brasil atingiram 40,5 bilhões de reais em 2007, apresentando uma taxa média de crescimento anual de 15,5% entre 2003 e 2007. No mesmo período, o número de Beneficiários cresceu a uma média anual de 7,7%. A tabela abaixo demonstra o crescimento das receitas de Planos Médico-Hospitalares e do número de Beneficiários destes planos entre 2003 e 2007:

**TABELA 24 - Evolução do Número de Beneficiários e Receitas de Planos Médico-Hospitalares**

<b>Ano</b>	<b>Beneficiários (em milhares)</b>	<b>Receitas de Planos (em milhões)</b>
2003	35.952	22.782
2004	38.956	25.754
2005	41.637	29.613
2006	44.814	32.751
2007	48.283	40.524

Fonte: ANS (Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Dez de 2008).

Em setembro de 2008, 27,0% da população brasileira dispunha de Planos Médico-Hospitalares. O restante da população era atendida pelo Serviço Público de Saúde. Porém, a capacidade de atendimento do Serviço Público de Saúde no Brasil encontrava-se sobrecarregada e acreditamos que haja uma percepção generalizada que os serviços oferecidos pela rede pública de saúde são de qualidade insatisfatória. Tal percepção deriva, entre outros fatores, de dificuldades no agendamento de consultas, exames e procedimentos médicos, e faz com que o acesso a Serviços de Saúde Suplementar seja uma aspiração de importante parcela do povo brasileiro.

Entre 2003 e 2007, o número de Beneficiários de Planos Médico-Hospitalares cresceu 7,7%, frente a um crescimento da população de 1,2%. Tendo em vista este crescimento, acreditamos que, dentro de um contexto de aumento da renda disponível e da população ocupada, o mercado de Saúde Suplementar deve absorver parcela significativa daqueles que atualmente recorrem ao Serviço Público de Saúde.

O índice de cobertura de Planos Médico-Hospitalares varia substancialmente entre as regiões do Brasil. Por exemplo, o Estado de São Paulo apresenta um índice de cobertura de Planos Médico-Hospitalares de 40,7% da população total, enquanto o Estado do Piauí apresenta um índice de cobertura de somente 5,0%. Assim, a região Sudeste concentra 66,3% do total de Beneficiários de Planos Médico-Hospitalares, a região Sul 12,5% e a região Nordeste 13,1%. Os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro e o Distrito Federal apresentam alguns dos maiores índices de cobertura de Planos Médico-Hospitalares do país.

A maior concentração de beneficiários nas regiões Sudeste e Sul do país está relacionada ao tamanho de sua população ocupada e à maior renda desta, como pode ser verificado no quadro abaixo.

**TABELA 25 – População ocupada e renda**

<b>REGIÃO</b>	<b>População (em milhões)</b>	<b>Beneficiários (em milhões)</b>	<b>Índice de Cobertura</b>	<b>PIB per Capita em 2003 (em milhares de R\$)</b>
<b>Norte</b>	15,4	1,6	10,6%	7,8
<b>Nordeste</b>	52,3	6,7	12,8%	5,9
<b>Sul</b>	27,7	6,4	23,1%	14,0
<b>Centro-Oeste</b>	13,6	2,5	18,3%	15,2
<b>Sudeste</b>	80,8	34,0	42,0%	16,6
<b>Total</b>	189,8	51,2	27,0%	12,5

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006-2007 - ANS (Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Dez de 2008).

## Competitividade no Setor

Os principais fatores competitivos do setor são: (i) qualidade e confiabilidade dos serviços prestados; (ii) qualificação, distribuição e acessibilidade da Rede Credenciada; (iii) boa relação custo-benefício; (iv) tecnologia de suporte a operação; e (v) equipes e estruturas de suporte e atendimento ao beneficiário.

O quadro abaixo demonstra o número de Beneficiários, a receita de contraprestações das operadoras e a Sinistralidade por modalidade de Operadora de Planos de Saúde em dezembro de 2008:

**TABELA 26 - Beneficiários, a receita de contraprestações das operadoras e a Sinistralidade por modalidade de Operadora de Planos de Saúde**

Modalidade	Beneficiários		Receita de Contraprestações das Operadoras		Sinistralidade
	milhões	%	milhões	%	
Autogestão	5,3	10,4%	6.001,21	11,67%	87,58%
Cooperativa médica	13,8	26,9%	18.141,16	35,27%	79,64%
Filantropia	1,4	2,8%	1.902,29	3,70%	53,32%
Medicina de grupo	15,4	30,1%	15.707,91	30,54%	76,94%
Seguradora Especializada	4,8	9,4%	8.608,42	16,74%	89,70%
Operadoras Exclusivamente Odontológicas	10,4	20,3%	1.069,75	2,08%	48,09%
<b>Total</b>	<b>51,2</b>	<b>100,0%</b>	<b>51.430,74</b>	<b>100%</b>	<b>79,79%</b>

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, ANS, dezembro 2008.

A Medicina de Grupo é a modalidade que detém a maior participação no setor de Saúde Suplementar, em termos de números de beneficiários. As mais de 500



empresas de Medicina de Grupo concentram 30,1% do total de beneficiários, ao passo que as cooperativas médicas detêm 26,9%. Dentre estas cooperativas, destacam-se as Unimed, um conjunto de 325 cooperativas médicas que dividem uma mesma marca, mas são administradas de forma independente.

A tabela abaixo apresenta o número de Beneficiários em setembro de 2008 e o valor das contraprestações líquidas no ano de 2008 para cada uma das principais Operadoras de Planos de Saúde.

**TABELA 27 – Número de Beneficiários e valor das contraprestações**

<b>Operadoras de Planos Médico-Hospitalares</b>	<b>Número de Beneficiários no final do período</b>	<b>Contraprestações Líquidas (R\$ bi)</b>	<b>Prêmio médio Per capita (1) (R\$)</b>
Bradesco Seguros	3.270.886	3.511,3	103,8
Sul América	1.172.098	2.020,7	164,5
Intermédica	1.727.615	808,3	50,0
Amil (2)	1.403.580	2.294,8	145,1
Dixamico (2)	885.786	796,4	91,3
Medial	1.582.033	1.393,2	91,4
Golden Cross	740.962	925,3	154,9
Samcil	509.040	291,8	56,9

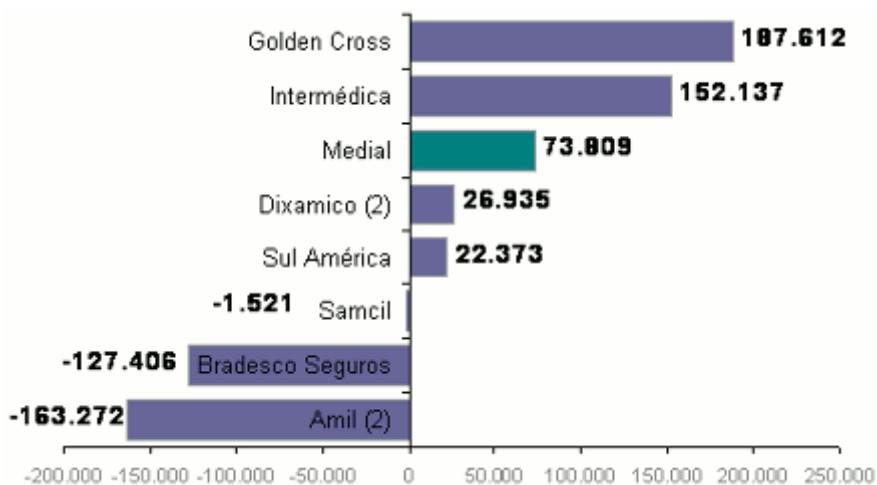
Fonte: Relatório ANS e demonstrações financeiras publicadas.

(1) Resultado da receita de contraprestações das operadoras, dividido pelo número médio de Beneficiários em 2008 não demonstrados na tabela acima.

(2) Empresas do mesmo grupo.

O crescimento das operadoras de saúde entre setembro de 2007 e setembro 2008, em número de beneficiários, teve desempenho conforme gráfico abaixo:

**FIGURA 4 - Crescimento entre setembro de 2007 e setembro de 2008**



Fonte: Relatório ANS / Relação de Operadoras e número de beneficiários.

O setor de saúde suplementar no Brasil é altamente fragmentado, sendo formado por 1,7 mil operadoras de planos médico-hospitalares e milhares de prestadores de serviço, entre hospitais, laboratórios, médicos e outros profissionais de saúde. Segundo a ANS, em setembro de 2008, apenas 182 operadoras de planos médico-hospitalares, tinham mais de 50 mil beneficiários e apenas 95 tinham mais de 100 mil. Além disso, as 10 maiores operadoras médico-hospitalares juntas somavam apenas 28,1% do total. Em razão da crescente necessidade de recursos financeiros e tecnológicos para competir no setor de saúde suplementar, é possível que ocorra um processo de consolidação, por meio de fusões e aquisições de companhias de menor escala e pela extinção de companhias menos competitivas, criando oportunidades de crescimento e expansão.

## *CAPÍTULO 6*

---

### *Considerações Finais*



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esforços são verificados em toda América Latina e Caribe para encontrar equidade, eficiência e efetividade no sentido de criar sistemas de saúde mais abrangentes socialmente, ainda que com menores impactos sobre os ganhos públicos. Nota-se uma tendência em financiamentos incentivados pela demanda ao invés de pela oferta.

Os dados brasileiros demonstram que o grande investidor é o setor público, mas quem obtém excelentes resultados é o setor privado.

Foi extinta pelo Congresso Nacional em 2008 a CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira, que visava aumentar a receita para financiar a saúde no Brasil. Embora tenha arrecadado mais que o esperado, em torno de 6 bilhões/ano para a saúde de um total de 24 bilhões/ano, ficou longe de ser a solução, haja visto que o endividamento dos hospitais é quatro vezes a receita anual, estima-se aproximadamente 160 bilhões. A tributação gerou um aumento de despesa no segmento de 400 milhões/mês que multiplicado por 12 meses chega a 4,8 bilhões, portanto seria mais fácil e mais barato, em termos de finanças públicas, doarem o dinheiro do que continuar com essa contribuição. (fonte portal [www.sissaude.com.br](http://www.sissaude.com.br))

E será que alocar mais recursos dentro desse sistema - SUS - vai redundar em mais bem-estar da população? Será que este modelo corre o risco de dar certo? Eu, particularmente, não acredito.

Entendemos que a partir da Constituição Federal de 1988, garantindo atendimento a todos os brasileiros, o Governo Federal assumiu o compromisso que uma década depois remeteu para os Estados e que por sua vez remeteu para os Municípios e estas três esferas governamentais tentam entregar todo este ônus para os hospitais. A *contratualização* é a tentativa atual, contratos de risco com os hospitais para que estes assumam toda a responsabilidade, inclusive sem poder cobrar as contas que excederem o contratado.

Por sua vez os planos privados aumentam a eficiência em auditorias de contas, treina seu pessoal, capacita-se. Os valores pagos aos hospitais dificilmente são atualizados, e os novos atos médico-hospitalares raramente enquadrados.

## *Realidade dos Hospitais*

Em sua maioria lutam pela sobrevivência. As federações, associações, os diretores e administradores de hospitais são submetidos a Conselhos de leigos, a formação jurídica dos hospitais no Brasil conserva aspectos de caridade, beneficência e assistencialismo, poucos são hospitais com gestão profissional.

A pesquisa junto aos hospitais torna clara ser a gestão o divisor entre sucesso ou deteriorização. Os hospitais que conseguiram investir em sistemas de informações adequados, administração profissional e controle de custos apresentam bons resultados. Mas o que mais chama a atenção é verificar que as ações dos hospitais se direcionam exatamente contrária ao que podemos observar como tendências. Notadamente, todos buscam a alta complexidade, o aumento de instalações, altos investimentos em equipamentos sem que haja evidência epidemiológica que justifique, contando com o financiamento do governo.

O governo brasileiro promete assistência básica ao seu povo, porém remunera melhor os procedimentos de alta complexidade, que por se tornar caro, passa a ser ofertado pelo sistema público, fazendo com que a assistência básica seja realizada pelas empresas privadas. A inversão de papéis faz com que os procedimentos médicos mais caros sejam pagos por verbas públicas e as pessoas que podem comprar planos privados, pagam muito para ter apenas atendidas suas necessidades básicas de saúde.

A pesquisa durante mais de uma década sobre financiamento e gestão na saúde permite chamar a atenção para algumas ações que poderão ajudar no desenvolvimento dos hospitais e na melhora do atendimento a população brasileira, a saber:

- Investir na medicina familiar preventiva;
- Trabalhar com acordos participativos entre médicos e hospitais, investimentos em conjunto;
- Utilizar protocolos e evidências, visando proteção dos profissionais da saúde e instituições quanto ao erro médico-hospitalar, possibilitando a análise dos custos;
- Propiciar soluções técnicas médicas e administrativas através de grupos multidisciplinares;
- Passar a trabalhar com educação, prevenção, assistência e reabilitação de maneira conjunta e simultânea ao mesmo tempo.

## *Sobre a Gestão em Saúde*

Sobre a gestão dos hospitais encontrei autores, pensadores e intelectuais que tem manifestado uma real tendência de acreditar que é através da adversidade que podemos crescer. Como que se precisássemos sofrer, nos torturar, padecer, para alcançar resultados melhores.

Na vida acadêmica, na consultoria, tanto no que tange ao curso empresarial, gestão na saúde, bem como as políticas de gestão que são empregadas dentro das organizações, temos visto que há duas escolhas para o crescimento:

Primeira – Organização e colaboradores contratam que será através do sofrimento.

Segunda – Organização e colaboradores contratam que será através do bem-estar e do prazer de todos.

Desta forma então, desejamos salientar que o crescimento pessoal, profissional, seja de ordem individual ou coletiva, tem que passar por uma nova natureza de significação. Não é a adversidade que nos propõem uma nova ordem de valores, mas o entendimento da diversidade que nos habilita a fazer a gestão de modo diferente do que encontramos nos hospitais estudados.

Para Antonio Coutinho, Chefe do Departamento de Imunologia do Instituto Pasteur de Paris, e diretor de Pesquisa do Centro Nacional de Pesquisas Científicas da França, “o sistema imune é o único sistema que vai contra a regra fundamental da evolução – a da conservação genética. Ele cria constantemente informação nova, e sua diversidade é fundamental porque nunca se sabe de que tipo de células e organismos pode precisar. Por outro lado, ele tem a função de coordenação molecular do corpo humano, que é muito mais importante do que a função de defesa, porque antes de se defender o organismo precisa assegurar sua existência. Nesse sentido, o sistema imune não deveria ser encarado como um combatente de inimigos. A imunologia, ao contrário, deveria se preocupar em explicar os mecanismos envolvidos com o próprio sistema imune”.

Sendo assim, as adversidades estão vinculadas ao entendimento das diversidades. Quando realizamos a criação de anticorpos para essa mudança o que era fracasso passa a ser vitória. Podemos ser mais explícitos dizendo que o que é dor para alguns, não é dor para outros. O que é limite para esses, naqueles aparecerá como superação e o que é infortúnio no olhar do magnata é riqueza para o monge.

A oportunidade, via de regra, tem sido aproveitada pelos flexíveis, por aqueles que se adaptam rapidamente, pelos que não estão movidos por “isso não vai dar certo porque ninguém faz assim”.

Nesse exato momento histórico mundial, a pergunta é a seguinte? Quais países prosperarão? Quais empresas sobreviverão? Quais lugares atrairão pessoas promovendo crescimento interpessoal? Por onde passará a gestão na saúde?

### *Maus gestores, péssimos resultados.*

*“Nunca diga às pessoas como fazer as coisas.  
Diga-lhes o que deve ser feito,  
e elas surpreenderão você com sua  
engenhosidade”.*  
*George Patton (1885-1945), general americano.*



Uma das maneiras mais eficientes de fazer um Hospital quebrar é administrar mal os recursos que possui. Principalmente pessoas. E é justamente o que mais observamos na gestão das empresas da saúde brasileiras. A formação dos gestores é deficiente. Falta equilíbrio emocional. Há incapacidade para lidar com conflitos. O conhecimento técnico sobre as áreas em que atuam é restrito. E a cultura geral é muito deficiente. Isso faz com que os gestores cometam cinco grandes erros.

O primeiro equívoco é imaginar que, para coordenar qualquer atividade humana, deve-se interferir e corrigir o tempo todo. Isso leva o empregado a eximir-se da responsabilidade pelo resultado de seu trabalho, já que alguém estará sempre consertando seus erros. Ao ser permanentemente controlado a pessoa tende a se comportar de forma infantil, limitando-se a obedecer mecanicamente às ordens recebidas.

Acreditar que as pessoas executam tarefas sem desejar autonomia e responsabilidade é o segundo erro freqüente. Como diz o general George Patton “as pessoas surpreendem com sua engenhosidade”, desde que tenham liberdade para executar sua tarefa. O gestor dominador mata duas vezes: primeiro o hospital, que produz menos; depois o empregado, que perde a vontade de trabalhar.

Não reconhecer o trabalho realizado pelo empregado é a terceira falha dos administradores. Trabalhamos não apenas para garantir nosso sustento. Buscamos na atividade produtiva o reconhecimento de nossas habilidades, de nossa capacidade criativa. O gestor que não reconhece o esforço de seus comandados diz, tacitamente, você não existe. Gera frustração e desânimo na equipe.

Distribuir tarefas sem descobrir quais são os interesse de cada pessoa é o quarto pecado capital. Gostar do que se faz é o segredo do aumento da produtividade e da multiplicação de neurônios (neurogênese). Quem faz o que gosta, faz melhor. Produz mais rápido. Constrói com prazer. Conhecer os dons de cada pessoa é fundamental para o gestor. Permitir que o empregado desempenhe a tarefa que gosta não é benevolência do gestor. É obrigação do bom administrador. Assim, contribui para a felicidade da pessoa e **estar** comprometido com o crescimento da empresa.

O quinto erro é fruto da ignorância e insegurança de alguns gestores. Por temerem o desenvolvimento profissional e pessoal dos empregados, esses administradores criam obstáculos à capacitação dos subordinados. Ao invés de procurar

seu próprio aperfeiçoamento esses gestores mutilam o empregado, e ferem mortalmente a empresa.

Os 28 anos de trabalho de consultoria junto as instituições de saúde serviu para constatar que além dos problemas de financiamento, existe uma dificuldade inerente às instituições que trabalham pela saúde, ou seja, o distanciamento entre os conhecimentos técnicos da saúde e da gestão.

Desenvolvemos uma metodologia que vem ajudando muito esta aproximação. A partir da visão holística e dimensional, organizamos o pensar sobre como gerir os meios e atingir as finalidades institucionais.

Trata-se de melhorar a percepção dos personagens organizacionais, fazendo com que estes se desloquem entre as cinco dimensões (bio-psico-sócio-econômica e o inconsciente coletivo) e suportem utilizar um referencial de atitude construtiva como código de ética gestacional.

**Dimensão biológica** – origem e anatomia organizacional – também reconhecida como INSTITUIÇÃO. Estuda o ambiente físico, ideologia, coordenação, papéis, estruturas, mercado, movimento e energia, aproveitando recursos naturais, dentre outros fatores que possibilitam a redução de custos.

**Dimensão psicológica** - o indivíduo, seus sentimentos e emoções e a comunicação como processo desobstrutivo do ser – também reconhecida como EXPRESSÃO. Trata-se da base dimensional para a gestão, desta vez contribuindo com o conforto psicológico, ambiente de acolhimento, cores, som, luz, cheiro, em fim com o bem estar humano.

**Dimensão sociológica** - pertencer e não pertencer a determinado grupo ou sub-grupo, também reconhecida como TECNOLOGIA. Estuda quais os instrumentos necessários para o desempenho organizacional, habilidades, competências, conhecimentos e processos. Contribui com a inclusão dos pacientes, assistentes e profissionais no ambiente físico identificado com os grupos sociais onde vivem e convivem.

**Dimensão econômica** - a convivência com o elemento de troca conhecendo as regras do jogo transpassa por todas as dimensões e move a organização dentro da sociedade, trata do financiamento e custo do hospital. Os cenários são fundamentais para a tomada de decisão, aproveitando-se dos aspectos macro e microeconômicos relevantes envolvendo o investidor, o usuário e a sociedade.

**Inconsciente coletivo** - crenças e valores que motivam a escolher ou esperar pelo destino, energia quântica que define os caminhos da organização. Nesta dimensão a contribuição é com a construção de símbolos que influenciam grupamentos humanos a cultivar o ambiente (mitos), servindo como apoio ao tratamento.

## *Devaneios de um doutorando*

Participamos em 2008, como palestrante do XXX Congresso Brasileiro - PARA O DESENVOLVIMENTO DO EDIFÍCIO HOSPITALAR – CONGRESO LATINOAMERICANO PARA EL DESARROLLO DE LOS AMBIENTES DE SALUD, oportunidade em que lançamos a ideia, para provocar o pensar sobre a possibilidade dos serviços disponibilizados em um hospital serem oferecidos gratuitamente. O paciente ser atendido e não pagar nada pelo tratamento. Grátis!

Alertamos não confundir com o SUS - vamos à chamada da revista sobre informação e conhecimento para a gestão empresarial HSM Manegement do bimestre maio/junho 2008, que tem em sua capa a chamada “FREE! Por que o futuro dos negócios é grátis”. Como inspiração e transpiração, seguem algumas reflexões:

Como um aparelho de DVD pode ser grátis?

Como as passagens aéreas podem ser grátis?

Como um CD pode ser grátis?

A cultura do “custo zero” abandona uma economia que considera apenas o que pode ser quantificado em moeda corrente para outra mais realista, que leva em conta todas as coisas que são valorizadas hoje.

No mínimo podemos inferir que uma nova gestão em um novo ambiente, muito diferente do atual, modificará até o financiamento da saúde, valorizando aspectos humanos e compreendendo as conexões existentes entre o eu e o outro.

## *Meu desafio*

Finalmente, acredito que este estudo permitirá aos Professores Doutores da Universidade de Leon, aos Diretores e Administradores da área da saúde no Brasil e em especial aos Professores Doutores Juan Ventura Victoria e José Miguel Fernández Fernández, uma global visão da situação do sistema de Financiamento de Saúde no Brasil e a oportunidade de um pensar alternativo da realidade encontrada, única forma de chegar a um resultado diferente dos alcançados durante quase um século.

Não entendo ter a solução, mas a **pretensão** de que pensar sob uma nova consciência pode ser a maior contribuição para que as instituições de saúde possam cumprir sua vocação ética de estender a vida humana com dignidade.

## *REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA*

ALMEIDA, Eurivaldo Sanpaio, WESTPHAL, Márcia (2001). “Gestão de Serviços de Saúde”. Editora USP, pp.62.

BANCO MUNDIAL, Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform. Ed. Banco Mundial, Washington, D.C., 1987.

BANCO MUNDIAL, “Informe sobre el Desarrollo Mundial - 1993 - Invertir en Salud”, Banco Mundial, Washington (DC), 1993.

Bases da Saúde Coletiva, Selma Maffei de Andrade – Darli Antônio Soares – Luiz Cordoni Junior (Organizadores), Editora UEL Universidade Estadual de Londrina, ano 2001. (livro)

BRASIL1990: Lei Orgânica da Saúde n. 8080 de 19 de setembro. Diário Oficial da União, n. 182, pp.18055-18059.

BRASIL 1990: Lei Orgânica da Saúde n. 8142 de 28 de Dezembro. Diário Oficial da União, 31 de dez. 1990, pp. 25694.

BRASIL, 2001: “Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro”. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde: ANS. Pp. 11.

BRASIL: “Anuário Estatístico do Brasil”. 1997, vol 57.

CAMPINO, A.C.C., “Alternativas de Financiamiento de la Atención Médica em America Latina y el Caribe”, mimeo., Washington (DC), 1995, 15p.

“Social Emergence Funds and Investment Funds in Latin America and Caribbean in World Health Organization Macroeconomic Environment and Health with Case Studies for Countries in Greatest Need, Geneva, Ed. WHO, 1993, pp.119-136.

CAMPOS. A.C.. “Saúde: O Custo de um Valor sem Preço”, Lisboa, 1986.

CAMPOS, R., “A Temporada da Anti-Razão”, in Jornal Folha de São Paulo, dia 25 de julho de 1995 (Domingo), pag 1-4, Seção “Lanterna na Popa”.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 2003. São Paulo: Editora Saraiva, pp 56.

DERLANDES, Suely Ferreira. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Maria Cecília de Souza Minayo (org.), Suely Ferreira Deslandes, Otávio Cruz Neto, Romeu Gomes. Petrópolis: Vozes, 1994.

Descentralização das Políticas Públicas de Saúde do Imaginário ao Real, Rosângela Minardi Cotta, Fábio Faria Mendes, José Norberto Muniz, Editora UFV Universidade Federal de Viçosa, ano 1998.

FLEURY, Sonia 1995: “**Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina**”, *Rev. Saúde Pública*, vol.29, nº.3, p.243-250.

FILHO (2000), História da Saúde Coletiva no Brasil, Cláudio Bertolli, Editora Ática, 1996.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2º ed. Porto Alegre: Decasa, 2000.

GOVINDARAJ, R., MURRAY, C.J.L. & CHELLARAJ, G., “Health Expenditures in Latin America”, Worl Bank Technical Paper, Ed. The World Bank, Washington (DC), 1995.

INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E CIÊNCIAS DA SAÚDE.  
Manual de utilização e cobrança de serviços hospitalares. Porto Alegre, 1995.

JORNAL DOS HOSPITAIS, Porto Alegre, v.19, n.1, jan/fev. 1997.

JORNAL DOS HOSPITAIS, Porto Alegre, v.19, n.2, mar/abr. 1997.

JORNAL DOS HOSPITAIS, Porto Alegre, v. 18, n.6, 1996.

JORNAL DOS HOSPITAIS, Porto Alegre, v.18, n.7, 1996.

JORNAL DOS HOSPITAIS, Porto Alegre, v.18, n.8, dez. 1996.

LEWIS, M., Cost Recovery in Developing Countries Hospitals: The Determinants of User Fee Revenues. Ed. The Urban Institute, Washington, D.C., Working Paper 2201-01,1990.

Manual do Gestor SUS, O **Avanço Democrático da Saúde**, Editora Record, ano 2001.

LEWIS, M. & MEDICI, A.C., Private Payers of Health Care in Brazil: Characteristics, Costs and Coverage. november, 1994, mimeo.

MEDICI, A.C. Financiamento da Saúde na América latina e Caribe: Balanços e Opções para a Reforma. Trabalho apresentado na Conferência de Ministros da Saúde das Américas. Washington, 29-30 set. 1995.

MEDICI, A.C. Cenários do Sistema de Saúde brasileiro no limiar do novo milênio. Trabalho apresentado na Conferência Sul Saúde. [s.l], 22 out. 1996.

MEDICI, A.C., Las Franteras de la Universalización: El Dilema de la Política Social Hacia fines de Siglo. Notas para una Discusión, IN: Cuadernos Medico-Sociales, n. 60, junio de 1992, Rosario (Argentina), pp. 29-38.

- MEDICI, A.C., “Financiamento e Conteção de Custos nas Políticas de Saúde: Tendências Atuais e Perspectivas Futuras”. IN: Planejamento e Políticas Públicas. n. 4, dezembro de 1990, Ed. IPEA, Brasília (DF), pp. 83-98.
- MEDICI, A.C., “Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde”, Texto elaborado para publicação da ABrES, São Paulo, dezembro de 1993 (mimeo).
- MEDICI, A.C., Saúde - Modelos de Gestão Descentralizada: Alternativas para o Brasil. IN: REIS VELLOZO, J.P., ALBUQUERQUE, R.C. & KNOOP, J., “Descentralização, Eficiência e Equidade”, Ed. Fórum Nacional/ILDES-FES, Rio de Janeiro (RJ), 1995.
- MEDICI, A.C. et alii, “O Sistema de Saúde Chileno: Mitos e Realidades”, Relatório Interno. No. 02/92, Ed. IPEA, Diretoria de Pesquisa, Rio de Janeiro (RJ), agosto de 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE 1991: “Norma Operacional Básica 01/92”. NOB/SUS 01/91.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE 1993: “Norma Operacional Básica 01/93”. NOB/SUS 012/93.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996: “Norma Operacional Básica 01/96”. NOB/SUS 01/96.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001: “Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/01”. NOAS/SUS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE 1992: “Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/ 02”. NOAS/SUS.
- Municipalização das Ações e Serviços de Saúde Aousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, ano 1993. (Documento base da Nob de 1993)



MUSGROVE, P., "Family Health Spending in Latin America", *Journal of Health Economics*, 2:2245-2257 (1983).

MUSGROVE, P., "The Economic Crisis and the Impact on Health and Health Care in Latin America and the Caribbean, *International Journal of Health Services*, vol 17, n 3, 1988.

WORLD BANK 1993. *World development report..* 1993. Washington, 1993.

OPS 1998: "La salud en las Américas. Publicación Científica" nº 569, Vol.1, 380 pp.

OLIVEIRA, DJALMA DE PINHO REBOUÇAS DE. *Planejamento Estratégico: Conceitos, metodologia e práticas*. São Paulo: Atlas, 2002.

OLIVEIRA, E.B. de. O Financiamento dos Sistemas de Saúde na América Latina. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, 2. São Paulo: Expocenter; 18-21 jun. 1996. *Anais...* . São Paulo: FENAESS, 1996. p.160-168.

*Planos de Saúde*, Andrea Salazar, Karina Rodrigues, Lynn Silver, Maria Inês R. Landini Dolci, Editora Globo, ano 2002.

RUBIO, V.O., *La Economía en Sanidad y Medicina: Instrumentos y Limitaciones*. Ed. EUGE, Barcelona, 1990.

SAÚDE HOJE, Brasília, v.7, n.61, abr. 1996.

SAÚDE HOJE, Brasília, v.8, n.73, mar. 1997.

SOLARI, A.; VEGA, G.V.; PIOLA, S.F.; ORTIZ, G.F. Alternativas de custeio e Financiamento de Sistemas de Saúde centrados em Hospitais. IN: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, 2. São Paulo: Expocenter, 18-21 jun. 1996. *Anais ...* . São Paulo: FENAESS, 1996. p. 136-158.

- SUAREZ, R., “Análisis Comparativo de los Fondos de Compensación Social” in OPS/OMS, “Fondos y Programas de Compensación Social: Experiências en América Latina y Caribe”.
- TOKMAN1991: Pobreza y homogeneización social: tareas para los 90. *Pensamiento Iberoamer.*
- UGÁ, M.A.D., Sistemas de Repasses Financeiros a Unidades de Assistência à Saúde: Uma Proposta Preliminar para a Rede Pública Brasileira. IN: Vianna, S. M. et. alii, Financiamento da Saúde no Brasil, Brasília, OPAS, 1994.
- VEJA 1996: “A medicina”. Revista Veja, 8 de Maio de 1996, pp. 53.
- ZERO HORA 1997: “Jornal Zero Hora. Porto Alegre”, 09 de junho de 1997, pp. 30.
- ZERO HORA 1998: “Jornal Zero Hora. Porto Alegre”, 22 de junho de 1998, pp. 24.
- COHN, 1999. INDIVIDUALIDADE E CIDADANIA NUM MUNDO DIVIDIDO. Perspectivas Revista de Ciências Sociais Unesp, Araraquara, v. 22, p. 31-38, 1999.
- FLEURY, (1985), *Estado sem Cidadão - Seguridade Social na América Latina*. Ed FIOCRUZ
- DONNANGELO, (1975) *Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho*. São Paulo, Pioneira.
- NICZ, (1982), Luiz F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197.
- FURTADO, (1977), *Formação Econômica do Brasil*. São Paulo, Brasiliense 15 ed.
- GIOVANELLA, (1995).(Org.). Série Estudos: Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: DAPS/ENSP/FIOCRUZ, 1995. v. 3. 150 p.

GIOVANELLA, L. (Org.); CARVALHO, A. I. (Org.). Conjuntura em Saúde. Rio de Janeiro: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ, 1995. v. 2. 90 p.

BAHIA (2001). Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90, Ciênc. saúde coletiva v.6 n.2 Rio de Janeiro.

Radis Comunicação em Saúde, número 13, ano 2003, entrevista de Gilsom Carvalho “Os aliados da implantação do SUS abandonaram a luta Central”.

Oitava Conferência de Saúde, ano 1986.

Emenda Constitucional número 29.

Lei Federal número 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei Federal número 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

## *FONTES NA INTERNET*

CRESCIMENTO ENTRE Setembro/2007 e Setembro/2008. Disponível em: [http://ri.medialsaude.com.br/static/ptb/panorama\\_setor.asp](http://ri.medialsaude.com.br/static/ptb/panorama_setor.asp). Acesso em 24 de abril de 2010.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 30 de dezembro de 2004.

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira. Disponível em: [www.sissaude.com.br](http://www.sissaude.com.br). Acessado em 30 de abril de 2010.

# APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE EMPÍRICA DE HOSPITAIS

## AVALIAÇÃO DE HOSPITAIS

### Identificação da Instituição Hospitalar

Razão Social:  
Endereço:  
Bairro:  
Cidade:  
Cep:  
UF:  
Filiais:  
Capital Social:  
Constituição:  
Tipo Jurídico:  
CNPJ:  
Classificação do porte do Hospital:  
Classificação de complexidade:  
Principais produtos e serviços:  
Principais Clientes:

### Identificação do responsável pelas respostas

(DIRETOR GERAL OU PROVIDOR OU ADMINISTRADOR. O MAIOR CARGO NO HOSPITAL)  
Nome:  
Formação básica:  
Especialização:  
Experiência na área:

### Entrevista

#### Parte A – Introdução

1. Há quanto tempo você trabalha no hospital?
2. Há quanto tempo você está exercendo a função atual?
3. Você pode fazer um resumo de suas responsabilidades?
4. De que maneiras este hospital é diferente dos outros? O que o faz único? O que o faz distinto?
5. Se existe um plano estratégico do hospital para o próximo ano, quais são as 3 principais metas?
6. Para cada uma das metas citadas acima, qual é a sua contribuição?

#### Parte B – Áreas Específicas de Atividade

Agora eu gostaria de lhe perguntar sobre as áreas específicas de atividade do seu hospital: serviços de cuidados ambulatoriais, serviços de pronto-socorro (urgência, emergência), serviços de internação, unidades fechadas, serviços auxiliares de diagnóstico, serviços administrativos, outras linhas de serviço, etc. Para cada uma destas áreas de atividade eu irei perguntar para você as mesmas perguntas.

1. Quais são os seus planos para o próximo ano ou dois anos, considerando cada uma das atividades acima?
2. Você planeja expandir, manter estas áreas ou irá desativá-las?
3. Em quais áreas em específico?

4. Quais são os principais critérios que você utiliza para a tomada de decisão? (por exemplo: Lucratividade, participação de mercado, crescimento de mercado, retorno do investimento, habilidades disponíveis, necessidades da comunidade, etc.)
5. O quanto diferente são os seus planos para esta área em relação aos planos do passado? (por exemplo: comparar com 5 anos atrás)
6. Quais impactos terão os seus planos nesta área?
7. Outros serviços que você irá oferecer?
8. Seus concorrentes?
9. A quantidade e o tipo de profissionais de saúde que trabalham no hospital?
10. Sua produtividade?
11. Seus custos?
12. Sua margem de contribuição (direta e indireta)?
13. Que outros indicadores utiliza?
14. Para o seu hospital como um todo, onde estão os seus “mercados quentes” (oportunidades) para estes serviços?
15. Quais fatores podem restringir sua capacidade de implementar seus planos nesta área? (por exemplo: barreiras legais, barreiras regulatórias, capital, recursos humanos disponível, etc.)
16. Quais outros importantes planos você tem para o médio prazo (2 ou 3 anos) que gostaria de discutir? (por exemplo: parcerias internacionais)
17. Outros serviços que você irá oferecer?
18. As suas estratégias diferem das dos demais hospitais? Se afirmativo, de quais maneiras?
19. Quais são as prioridades deste hospital em relação a outras linhas de negócios do grupo? Elas tem mudado?
20. O que você percebe ser seu sistema primário de forças e quais áreas, primeiramente, necessitam ser trabalhadas ou incrementadas?

### **Parte C – Processo de Planejamento Estratégico**

Por favor, descreva o seu processo de planejamento estratégico considerando as seguintes diretrizes:

1. Quanto tempo você tem um processo de planejamento estratégico formal? O quanto formal é o processo? Quais os formatos que você utiliza?
2. Existe um planejamento estratégico corporativo? Se afirmativo, quem são os membros? Caso negativo, quem está mais envolvido no processo?
3. Como está sendo conduzido o processo de análise ambiental? Quais métodos são utilizados e quem são os envolvidos?
4. Como está sendo conduzido o processo de análise competitiva? Quais métodos são utilizados e quem são os envolvidos?
5. Como está sendo conduzido o processo de forças e fraquezas? Quais métodos são utilizados e quem são os envolvidos?
6. Quais são as suas forças especiais e quais áreas precisam ser trabalhadas?
7. Tendo o organograma, quem são todos os envolvidos no processo de planejamento estratégico? Eles tem seus próprios planos estratégicos? Como são articulados todos estes planos estratégicos em seu conjunto?
8. Quais elementos do seu planejamento estratégico você acredita que sejam diferentes dos demais sistemas que você conhece?
9. Quais mudanças ou melhorias você gostaria de ver em seu processo de planejamento estratégico?
10. Você comunica os novos planos estratégicos para os indivíduos de seu hospital, quem?

## **QUANTO A ORGANIZAÇÃO DO PLANO ESTRATÉGICO**

(Entrevistar os responsáveis pelas áreas específicas)

### **Parte A – Missão e prioridades estratégicas**

#### Missão

1. Teve alguma mudança em seu sistema de valores centrais (missão, visão e princípios) nos últimos dois anos?
2. Se afirmativo, por favor, descreva quais foram estas mudanças:
3. Por que estas mudanças foram feitas?

### Estratégias

1. No momento, quais são as prioridades estratégicas de seu hospital? (fale pelo menos 3 delas)
2. Como é o seu plano para implementar estas prioridades? (pergunte para cada uma das 3 principais estratégias citadas)  
Implementação da prioridade 01  
Implementação da prioridade 02  
Implementação da prioridade 03
3. Revendo a lista anexa de prioridades de dois anos atrás, pergunte ao entrevistado sobre o status de cada uma delas (prefira aquelas que não foram alcançadas ou foram abandonadas):  
  
Prioridade estratégica 01:  
Status:  
Prioridade estratégica 02:  
Status:  
Prioridade estratégica 03:  
Status:  
Prioridade estratégica 04:  
Status:  
Prioridade estratégica 05:  
Status:
4. Quais dos seus negócios e serviços você está planejando expandir?
5. Quais dos seus negócios e serviços você está planejando não enfatizar mais ou excluir?
6. Quais os novos negócios e serviços você está planejando desenvolver?

### **Parte B – Mudanças organizacionais**

1. Quais foram as mais significativas mudanças organizacionais feitas nos dois últimos anos?
2. Quais são as mudanças organizacionais que você está pensando ou já iniciando para serem concluídas no próximo ano?
3. O que você acha que é a maior força competitiva de sua organização?
4. O que você acha que é a maior fraqueza competitiva de sua organização?
5. O que você vê como mais importante oportunidade disponível em sua organização?

### **Parte C – Tópicos especiais**

#### MÉDICOS

1. De que maneira os médicos estão envolvidos no conselho e/ou direção do hospital?
2. De que maneira os médicos estão envolvidos no processo de gestão do hospital?
3. Quais mudanças você enfrentou dificuldades e/ou facilidades para implementar em função dos médicos estarem envolvidos no conselho e na administração do seu hospital?
4. De que maneira os médicos estão envolvidos em atividades em nível regional ou do município?
5. De que maneira os médicos estão envolvidos em atividades do nível corporativo (CORPO CLÍNICO É ATUANTE)?
6. Por favor, descreva o tipo de atividades de *joint ventures* que você está permanentemente envolvido com seus médicos?

### **Parte D – Planejamento Estratégico**

1. Que tipos de mudanças foram feitas nos últimos 02 anos no processo de planejamento estratégico de sua organização (formalizou o processo, pessoas envolvidas, como o processo era organizado, etc.)?
2. Que tipos de mudanças você implantou no último ano?

### **Parte E – Gerenciamento Financeiro**

1. Que tipo de mudança você fez nos últimos dois anos em seu sistema de gerenciamento financeiro, incluindo práticas e rotinas (critério de investimento, alocação de custo corporativo, depreciação, orçamentos, metas financeiras, etc.)?
2. Quais mudanças você pode antecipar que fará em seu sistema de gerenciamento financeiro no próximo ano?
3. Quais são as suas atuais metas para:

Margem de lucro  
Crescimento  
Ponto de equilíbrio  
Taxas de retorno  
Grau de endividamento  
Outros indicadores

**Parte F – Marketing (perguntar apenas para o responsável pelo marketing)**

1. Que tipos de mudanças foram feitas nos últimos 02 anos no sistema de marketing e na função de marketing da sua organização? (por ex.: centralização versus descentralização das atividades de marketing, processos de fazer pesquisas de mercado, uso de banco de dados, gerenciamento do desenvolvimento de novos produtos / serviços, práticas de marketing para médicos, etc.)
2. Quais mudanças em seu plano de marketing, rotinas e organização você irá priorizar nos próximos anos?

**Parte G – Recursos Humanos (perguntar apenas para o responsável pela área de RH)**

1. Que tipos de mudanças foram feitas nos últimos 02 anos no sistema de RH e na função de RH da sua organização? (por ex.: Recrutamento, avaliação de desempenho, compensação, etc.)
2. Quais mudanças na área de RH, você irá priorizar nos próximos anos?



# *RESUMEN DE LA TESIS DOCTORAL EN ESPAÑOL*

## ***Estudio del comportamiento y resultados del sistema sanitario con ánimo de lucro en Brasil***

Doctorando: ***Paulo Ricardo Silva Ferreira***

Directores:

▪ ***Dr. José Miguel Fernández Fernández***

Catedrático de Economía Financiera y Contabilidad, Universidad de León

▪ ***Dr. Juan Ventura Victoria***

Catedrático de Organización de Empresas, Universidad de Oviedo

León  
Octubre de 2011



# ÍNDICE EN ESPAÑOL

## INTRODUCCIÓN

### CAPÍTULO 1

#### El Sistema Sanitario en América Latina y el Sistema de Salud Brasileño

- 1.1 Organización y Financiación de la salud en América Latina -1993/2005
  - 1.1.1. Financiación de la salud en América Latina y el Caribe
  - 1.1.2. El Impacto de la crisis en la financiación de la Salud
  - 1.1.3. Situaciones entre contradictorias y básicas
- 1.2. El sistema Sanitario Brasileño
  - 1.2.1. Contextualización Histórica desde Finales del Siglo XIX
  - 1.2.2. La Situación Sanitaria Popular
  - 1.2.3. La Asistencia Hospitalaria Pública
  - 1.2.4. La Asistencia Individual
  - 1.2.5. A partir de la Primera Guerra Mundial
  - 1.2.6. Providencia Social
  - 1.2.7. El Contexto de los años Treinta
  - 1.2.8. Capitalización de los Recursos
  - 1.2.9. De los Años Treinta a los años Sesenta
  - 1.2.10. Ley Orgánica de Providencia Social y la Unificación de los IAPs
  - 1.2.11. De los Años Setenta a los Años Noventa
  - 1.2.12. El Movimiento de la Reforma Sanitaria

### CAPÍTULO 2

#### Los Seguros Suplementarios de Salud en Brasil

- 2.1. Formación y Base Jurídica de los Seguros Suplementarios
- 2.2. Las Modalidades de Planes Ofrecidos
- 2.3. El Mercado de Salud Suplementario
- 2.4. Tendencias del Sistema Sanitario Privado

### CAPÍTULO 3

#### La Gestión Hospitalaria em el Siglo XXI

##### Gestión Hospitalaria em Brasil y sus Factores Inherentes

- 3.1. Posibilidades de Organización del Sistema
- 3.2. Modalidades de Pago de los Servicios de Salud
- 3.3. El Cobro de los Servicios Hospitalarios
  - 3.3.1. La Asistencia Diaria
  - 3.3.2. Uso de Salas
  - 3.3.3. Servicios de Enfermería
  - 3.3.4. Servicio de nutrición y dietética
  - 3.3.5. Equipamientos Especiales
  - 3.3.6. Equipamientos
  - 3.3.7. Otros Servicios de emergencia
- 3.4. El Sistema Único de Salud y la Gestión Hospitalaria
  - 3.4.1. Los Modelos de Prestación de Servicios em el Área Sanitaria
- 3.5. Panorama de los negocios em el sector

## **CAPÍTULO 4**

Análisis Empírico de los Resultados de los Hospitales de Rio Grande del Sur

4.1. Metodología

4.1.1. Caracterización de los Instrumentos de recogida de Datos

4.2. Caracterización de la Muestra

4.3. Limitaciones del Estudio

4.4 Análisis empírico

## **CAPÍTULO**

Escenarios Actuales

Competitividad en el Sector

## **CAPÍTULO 6**

Consideraciones Finales

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Realidad de los Hospitales

Sobre la Gestión de la Salud

Más Gestores, Pésimos Resultados

Devaneos de um Doctorando

Mi Desafío

## *RESUMEN Y CONCLUSIONES EN ESPAÑOL*

A. INTRODUCCIÓN AL TEMA.....	255
B. COMO FUE ORGANIZADO ESTE TRABAJO.....	258
C. ESTUDIO DE LA BASE JURÍDICA LEGAL Y GESTIÓN DE LOS PLANES DE SALUD.....	260
D. LA GESTIÓN DE LOS HOSPITALES.....	270
E. LOS ESCENARIOS ACTUALES DE LA SALUD .....	285
F. PRINCIPALES CONCLUSIONES ENCONTRADAS.....	288



## *A. INTRODUCCIÓN AL TEMA*

El objetivo de esta tesis es percibir como los hospitales en Brasil (investigación llevada a cabo en Río Grande del Sur) entienden el comportamiento y los resultados obtenidos por las empresas que administran Planes y Seguros privados de Asistencia sanitaria, los Operadores de atención de SHC, y SUS (Sistema Único de Salud) de tal forma que le permita a sus directores tomar decisiones estratégicas.

El estudio demuestra la importancia que tiene comprender cómo los financiadores, el gobierno y los operadores de los planes privados de salud están organizados y si hay coherencia y relación entre la gestión de los hospitales y las tendencias del mercado.

Los hospitales reciben sus honorarios a través de tarifas negociadas con las administradoras que, por poseer un poder económico mucho mayor, determinan los montantes e imponen los plazos de pago. Esperamos que este trabajo ofrezca datos e informaciones que contribuyan a delimitar la estrategia que permita sanear y desarrollar los hospitales públicos de Brasil, disminuyendo las distancias socio-económicas entre hospitales y financiadores suplementarios.

La explosión de las empresas de convenio y seguro coincidió con la caída del Estado (años 90) en general y de la salud pública en particular. Una investigación publicada el 30 de marzo de 2010 del IBGE (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística) reveló que en 10 años (1998 – 2008) el percentil de la población con plan de salud creció del 24,5% al 26,3%. Este incremento corresponde a casi 50 millones de personas.

De acuerdo con el estudio, el crecimiento se debe, principalmente, al número de beneficiarios en las zonas rurales, que subió del 5,8% al 6,7%. Sin embargo, en el área urbana, el aumento fue menor, del 29,2% al 29,7%.

La investigación indicaba, además, que en 2008, el 77,5% de los planes de salud estaban vinculados a empresas privadas y el 22,5%, a la asistencia pública.

Con relación al nivel financiero familiar de los atendidos, el estudio mostraba que el 82,5% poseía una renta mayor a cinco salarios mínimos. Ahora las familias con rendimientos equivalentes a un cuarto del salario mínimo, representan el 2,3% de los usuarios de planes de salud.

El sector económico poseía una facturación mayor que la Wolks y la Ford sumadas, o el doble de la facturación de la industria de computación, IBM y COMPAQ, inclusive. Las empresas de salud tuvieron una fase de crecimiento salvaje, cuando practicaban una versión sutil de defraudación, produciendo contratos con una letra tan pequeña que el cliente no tenía idea de lo que estaba firmando, pues solo sería capaz de leer el documento con el auxilio de una lupa.

En nuestra sociedad brasileña, maniqueista, nos encontramos divididos entre explotadores y explotados; hospitales, usuarios y administradoras de planes de salud asumen ambos papeles. La sociedad se divide, no sabiendo si existe realmente falta de dinero y/o errores de gestión y/o estafas y/o explotación de la pobreza humana. Pero la legislación brasileña está realizando innegables avances; inicialmente la Ley 8.078/89 creó el Código de Defensa del Consumidor, donde mejoraron claramente las reglas de relación entre usuarios, planes de salud y proveedores de servicios, tornándolas más éticas. Posteriormente, la Ley 9.656/98 reglamentó las actividades de las operadoras de planes y seguros privados de salud. En el 2000 la Ley 9.961/00 creaba la Agencia Nacional de Salud Suplementaria – ANS que tiene como finalidad institucional, promover la defensa del interés público en la asistencia suplementaria sanitaria, regular las operadoras sectoriales – inclusive en cuanto a las relaciones con sus prestamistas y consumidores y contribuir al desarrollo de las acciones de salud en el País.

Es importante resaltar que el equilibrio es el ideal, ni siempre el consumidor, como usuario del Plan de Salud tiene la razón, ni los hospitales son siempre perjudicados. No se debe quitar del individuo la responsabilidad por sus actos y elecciones, so pena de tener una sociedad inmadura para el consumo. Hoy, el usuario, de acuerdo con sus necesidades y posibilidades, tiene muchas opciones en el mercado de consumo, aunque el ideal para Brasil, lo justo, lo anhelado, sería que el Poder Público (que ya recibe tanto, a través de varios impuestos, tarifas y contribuciones) cargara con los costos de la salud del ciudadano, conforme lo



garantiza el artículo 196 de la Constitución Nacional. Sin embargo, por incompetencia, desvíos, etc., no se consigue, a través del SUS (Sistema Único de Salud), atender a todos sus contribuyentes, con la dignidad y calidad adecuada..

Frente a este escenario, se abre un vasto campo para la necesaria actuación de la iniciativa privada, que por principios se mueve en la lógica del beneficio, lo que es legítimo y saludable. La clase social que puede pagar planes privados para evitar las colas del SUS, exige de los planes de salud resarcimiento por el servicio, con coberturas amplias, sin restricciones, también para aquellos procedimientos médicos de alto valor. La consecuencia de este escenario es la quiebra de varios planes y también el cierre de innúmeros hospitales.

Aparecen entonces las grandes aseguradoras y operadoras, revelando una tendencia monopolista, que pondrá de manifiesto, por cierto, la elitización de la salud, restringiendo aún más el acceso del público en general y aumentando la presión sobre los hospitales.

Por un lado las Administradoras de Planes de Salud y Aseguradoras con sus “clientes”, por otro la supervivencia de los Hospitales, todos intentando permanecer en el mercado prestando sus servicios, conservando la alta tecnología y el buen servicio.

En Brasil, el 11% de los 44 millones de beneficiarios de planes de salud son ancianos. Los datos se refieren hasta el mes de junio de 2010, según la edición de septiembre del Cuaderno de Información de la Salud Suplementaria de la ANS (Agencia Nacional de Salud Suplementaria).

En el Estado de Río Grande del Sur, son objeto del estudio 973.548 beneficiarios de una población de 10.181.749 individuos, o sea, el 9,6% de la población. La media/Brasil de usuarios de Planes y Seguros privados de la salud es del 17,0% de una población de 169.590.693 personas.

Aunque extinta por el Congreso Nacional en 2008, la CPMF – Contribución Provisoria sobre Movimiento o Transmisión de Valores y de Créditos y Derechos de Naturaleza Financiera, buscaba aumentar la facturación para financiar la salud en Brasil; hoy, bajo el nuevo Gobierno Federal, vuelve a suscitarse esta discusión como nueva solución parasanitaria. En el pasado lo recaudado con la CPMF

sorprendió positivamente, pero se destinaron apenas 6 mil millones/año para atender la salud de un total de 24 mil millones/año, quedando lejos de ser la solución, ya que el endeudamiento de los hospitales es cuatro veces la recaudación anual, que se estima aproximadamente en 160 mil millones. La tributación generó un aumento del gasto en el sector de 400 millones/mes que multiplicado por 12 meses llega a 4,8 mil millones; por tanto sería más fácil y más barato, en términos de finanzas públicas, donar el dinero que continuar con esa contribución. (origen: portal [www.sissaude.com.br](http://www.sissaude.com.br)).

Y ¿La asignación de recursos dentro de ese sistema - SUS – va a redundar en más bienestar de la población? ¿Este modelo corre el riesgo de funcionar? En mi humilde opinión, particularmente, no lo creo.

## *B. COMO SE ORGANIZÓ ESTE TRABAJO*

Este trabajo fue organizado en cuatro partes: En la primera estudiamos el Sistema de Salud, que contiene dos capítulos. En la segunda, La gestión de los hospitales en el siglo XXI, que contiene un capítulo, la tercera recoge una investigación con Análisis empírico de los Resultados en el Estado de Rio Grande do Sul, que contiene un capítulo y en la cuarta parte Escenarios Actuales, que contiene un capítulo, finalizamos elaborando las consideraciones finales.

En el **Primer Capítulo** se realiza un análisis de la década de los años 90, origen de toda la legislación actual. En él describiremos el sistema de salud Latinoamericano y Brasileño: cómo estaba organizado, los impactos y situaciones contradictorias. Realizamos una revisión histórica desde el siglo XIX hasta el movimiento de la reforma sanitaria ya en el nuevo siglo.

El **Segundo capítulo** define el funcionamiento de los Seguros Suplementarios de Salud en Brasil, su formación, modalidades y planes ofrecidos, el mercado suplementario y tendencias del sistema privado.

El **tercer capítulo** sirvió para un análisis profundo sobre la gestión de los hospitales en Brasil y sus factores característicos como: posibilidades de

organización, modalidades de pago, cobro de los servicios hospitalarios, el Sistema Único de Salud – SUS y el panorama de los negocios.

El **Cuarto Capítulo** presenta la organización de una investigación en donde analizamos los modelos estratégicos teóricos y de gestión utilizados por los hospitales de Rio Grande del Sur.

El **Quinto Capítulo** nos muestra los datos actuales proporcionados por fuentes oficiales, permitiendo actualizar el estudio y verificar los indicadores que permiten analizar los escenarios de los años 2006 a 2008.

Finalmente en el **Sexto y último Capítulo**, y basándonos en el estudio efectuado, podemos elaborar consideraciones que podrán orientar la gestión de los hospitales en Brasil en los próximos años, permitiendo a los directores y gerentes, alternativas de gestión, cambiando el escenario actual en que las entidades financieras definen cómo, cuándo y cuánto desean pagar por los servicios prestados.

## *C. ESTUDIO DE LA BASE JURÍDICA LEGAL Y DE GESTIÓN DE LOS PLANES DE SALUD*

Tal y como figura en la Constitución Federal de 1988, el modelo de atención perseguido por el SUS (Sistema Único de Salud) responde a los principios organizativos de descentralización, regionalización, jerarquización, participación social y complementación del sector privado.

Las discusiones en Brasil acerca de cómo debería ser regulado el sector tardaron diez años. A diferencia de otros países en los que el sector quedó con una regulación basada en la economía y en el mercado, el Estado brasilero optó por una regulación de los servicios ofrecidos a los clientes y de la protección legal de los consumidores.

Se puede decir que la reglamentación del sector en Brasil ha sido tardía teniendo en cuenta que ya se preconizaba en la Ley orgánica de la salud de 1988. Había decenas de proyectos sobre el tema que habían sido tratados en el Congreso Nacional desde hacía tiempo. En un primer momento, la atención estaba puesta sobre las relaciones económicas implicadas en el sector y las formas de contratar los servicios.

La reglamentación del sector pasaría, de ese modo, por una fuerte discusión teórica, conceptual y práctica. Según el Ministerio de Salud los objetivos del sector eran:

- Asegurar a los consumidores de planes privados de asistencia sanitaria, cobertura integral y regular las condiciones de acceso.
- Definir y controlar las condiciones de ingreso, permanencia y salida de las empresas que operan en el sector;
- Definir e implantar mecanismos de garantías asistenciales y financieras que asegurasen la continuidad de la prestación del servicio;
- Dar transparencia y garantía a la integración del sector en el SUS y el resarcimiento de los gastos generados por usuarios de planes privados en el sistema público;

- Elaboración de un sistema de control que evitase la cobranza abusiva a los usuarios;
- Definir un sistema de reglamentación, normalización y fiscalización del sector.

Sin embargo, las propuestas que surgieron antes de la reglamentación definitiva del sector no siempre consiguieron garantizar los derechos de los consumidores. Las corrientes de Senadores y Diputados se diluían entre los grupos de presión y el juego de intereses existentes en ese mercado de aproximadamente 17 mil millones de reales por año.

Observando las discusiones en la sociedad a través de periódicos de la época y de los críticos del sector que las acompañaban, se percibe que, después del estancamiento en el congreso de las distintas propuestas de reglamentación, se produjo una división entre los miembros de la cámara de Diputados Federales. En realidad ya había un proyecto aprobado en la cámara de Diputados a finales del año 1998. Sin embargo, debido a movimientos políticos y a la proliferación de muchos intereses involucrados, el Senado Federal defendía otra redacción con la finalidad de que la aprobación del mismo se realizase en el Senado.

Si ese proyecto hubiese sido aprobado con la redacción presentada en el Senado, los perjuicios para los asegurados habrían sido enormes. Los profesionales que se jubilasen en el año 1998, perderían el derecho de continuar asociados a los planes de sus empresas. Las operadoras de planes de salud continuarían con el derecho a rescindir los contratos de forma unilateral. Las carencias en cuanto a la prestación de servicios podrían ser impuestas a los asegurados por las operadoras. El número de días que las personas podrían permanecer en la UCI era estipulado por las aseguradoras.

Existía un grupo de Senadores que quería aprobar el proyecto con el texto presentado sin alteraciones. Otros, sin embargo, querían que el texto sufriese algunos cambios lo que era técnicamente inviable en el Senado. En medio de la burocracia los proyectos eran postergados, ganando, de esa forma, las operadoras que, sin reglas claras para el sector, hacían y deshacían a su voluntad.

El mercado de asistencia sanitaria se movía buscando a quién podía pagar por los servicios médico-hospitalarios. En medio de esa demora en la reglamentación del sector, otras posibilidades surgían para los que estaban dispuestos a pagar por los servicios en caso de enfermedad. La Asociación Médica Brasileña (AMB) lanzó en junio de 1998 el Sistema Nacional de Servicio Médico (Sinam). El Sinam funcionaba de la siguiente manera: las personas se asociaban con un coste de aproximadamente 30 reales y pagaban solamente cuando hicieran uso de un determinado servicio.

Mientras una consulta médica particular costaba 100 reales, los asociados pagarían 39 reales por el mismo servicio. De la misma forma, para un examen de laboratorio de hemograma, por ejemplo, que costaba 50 reales en las grandes ciudades, el asociado pagaría apenas 9 reales. Las personas que por suerte tenían un plan de salud, podrían usar el sistema de la misma forma. En los casos de asistencia hospitalaria, las cantidades a pagar serían más bajas de lo que normalmente ocurriría.

En ese momento, el contexto era de ausencia de información y de experiencia gerencial del gobierno en la regulación del sector. Se estimaba, según el Ministerio de la Salud, que existían cerca de 700 operadoras con las más diversas formas de organización posible, para un número de consumidores estimado de 40 millones y variadas modalidades de cobertura.

Antes de la reglamentación se producían situaciones absurdas en relación a la asistencia sanitaria. Se producían rescisiones de contratos de forma unilateral, en casos de enfermedades graves y caras; hijos recién nacidos de madres que poseían contratos con operadoras, no poseían derecho a la asistencia sanitaria gratuita, siendo sus gastos en el hospital cobrados por separado; algunos internamientos hospitalarios eran interrumpidos bajo justificaciones contractuales. Se percibe, por tanto, cómo la asistencia sanitaria se vendía como un producto limitado a las cláusulas contractuales que, evidentemente, siempre primaban el lucro en detrimento de la integridad de las personas.

Se estableció, entonces, que el modelo de regulación sería dividido entre la parte asistencial y la de regulación del sector. La primera quedaría a cargo del Ministerio de la Salud que pasaría a contar además con esa responsabilidad,

haciendo las adaptaciones necesarias en su estructura. La segunda quedaría bajo la responsabilidad del Ministerio de Hacienda a través, entre otros, del sector de Superintendencia de Seguros Privados (SUSEP).

Según la Constitución Federal de 1988 en su artículo 199 - “la asistencia sanitaria queda liberada para la iniciativa privada”. La misma Ley dicta que las instituciones privadas podrán participar de forma complementaria al Sistema Único de Salud, según directrices de ésta, mediante contrato de derecho público o convenio, teniendo preferencia las entidades filantrópicas y las entidades sin fines lucrativos.

El desarrollo de esas operadoras privadas se produjo sin que estuvieran regularizadas por el Estado. Una de las primeras etapas de la regularización del sistema de salud suplementario se inició con la promulgación de la Constitución Federal de 1988 y se extendió hasta la aprobación de la ley nº 9.656/98.

Un año después de la aprobación de la Ley 8080, se inició el debate en el Congreso Nacional sobre los seguros suplementarios de salud en Brasil.

1991 fue el año en el que se replanteó el Código de Defensa del Consumidor tratando de adecuarlo a la nueva realidad posterior a la Ley 8080. Finalmente en el año 1998 se aprobó el proyecto de ley que reglamentaba sanitaria suplementaria. En el año de 1998 también fue debatida y aprobada por el Senado la Ley 9.656/98 que dictaría las primeras reglas para el sector de salud suplementaria en Brasil.

Esas nuevas reglamentaciones pretendían acabar con problemas frecuentes entre operadoras y usuarios. Después de los casos de falta de asistencia y cobertura por los planes, quizás era necesario un reajuste de la regulación. Las administradoras de planes de salud alegaban que los reajustes anuales estaban previstos en el contrato y que se justificaban por la llamada inflación sectorial. Ese índice tiene en cuenta el pago a los médicos, los gastos y las tasas de los hospitales, los medicamentos y los gastos administrativos en los últimos 12 meses.

A su vez, el Programa Estadual de Defensa del Consumidor (PROCON) entendía que los reajustes eran legales, pues estaban previstos en los contratos, mostrando así una visión centrada únicamente en las normas legales y abdicando de cambios que el mercado exigía en ese momento. Mientras tanto la SUSEP

(Superintendencia de Seguros Privados), vinculada al Ministerio de Hacienda, estaba de acuerdo con los aumentos siempre que los mismos fuesen anteriores a la fecha de la promulgación de la Ley 9656/98. Los aumentos relacionados con adaptaciones de contrato dependían de su autorización previa.

En ese momento, las operadoras simplemente comunicaban a los contratantes que se producirían tales aumentos. En el año 1997, se produjo un aumento que osciló entre el 9% y el 29%. La operadora Golden Cross aumentó el 11,13% sus mensualidades, la Amesp el 9,37%, la Lincx el 10% para los planes más simples y el 17% para los planes completos, la Unimed São Paulo aumentó un 29% bajo la justificación de no haber tenido aumento en los últimos 12 meses, y siendo este autorizado por el gobierno. Las justificaciones para los aumentos estaban relacionadas, según los gerentes de las operadoras, con los aumentos en los costes. El menor índice (AMESP) fue justificado por el avance en la administración a través de negociaciones bien logradas con proveedores, laboratorios y hospitales (Zero Hora, 1997)

Fueron muy raros los casos en que las operadoras fueron procesadas o interrogadas por cobros abusivos. Los reajustes abusivos alcanzaban la totalidad de las aseguradoras con mayor o menor impacto. Las acciones fueron movidas por diversas entidades que se sentían perjudicadas, entre ellas, la Asociación Médica Brasileña, el Consejo Administrativo de Defensa Económica (CADE) y por algunos políticos.

Con posterioridad a la primera etapa de reglamentación del sistema de salud suplementario en la carta constitucional, se inició un proceso en el cual se presentaron varios proyectos (24) y enmiendas parlamentarias (131) que se tramitaron en el Congreso Nacional. Entre estos proyectos fue seleccionado el del senador Iram Saraiva por ser el más beneficioso para los consumidores. Ese proyecto, considerado por muchos como tímido, fue tramitado en las cámaras legislativas (Cámara de los Diputados y Senado), sufriendo diversas alteraciones y transformándose en ley el día 4 de junio de 1998.

Después de la aprobación de esta ley fue editada la medida provisoria 1.665/98 que alteraba el texto anterior, hecho que se volvió cotidiano. Desde luego, el momento era tenso tanto para las operadoras como para los asegurados,



intentando ambos estamentos garantizar lo mejor para sí. Esa medida prohibió, de inmediato, cualquier cambio en los contratos con usuarios de los planes, siendo ésta una garantía importante para la defensa de los derechos de los consumidores de planes de salud. Además, se estipuló el plazo máximo de 18 meses para que las operadoras se adaptaran a las nuevas reglas.

La medida provisoria también determinó que el Consejo Nacional de Seguros Privados fuera el responsable de la fiscalización de la salud financiera de los planes de salud. Asimismo, apuntó medidas punitivas para los que desoyeran las nuevas reglas legales impuestas por la Ley 9.656/98.

La Ley 9.656/98, les dio a los usuarios importantes garantías y estableció reglas para autorizar, acompañar e intervenir en el funcionamiento de las operadoras. Desde entonces, el Consejo Nacional de Seguros Privados (CNSP) sería responsable de la reglamentación de los planes privados de asistencia sanitaria. La constitución, la organización, el funcionamiento y la fiscalización de las operadoras de planes privados de salud estarían, de esa forma, bajo su responsabilidad.

La Superintendencia de Seguros Privados, órgano del CNSP, pasó por algunos cambios estructurales, teniendo un sector específico que asumiría nuevas responsabilidades como: autorizar los pedidos de constitución, funcionamiento, cesión, fusión, incorporación, alteración o transferencia del control societario de las operadoras de planes privados de asistencia sanitaria, fiscalizar las actividades de las operadoras y aplicar penas.

Al Ministerio de Salud le cabría la función de apoyar al SUSEP, ahora reglamentado por ley, en cuestiones concernientes a las coberturas, a los aspectos sanitarios y epidemiológicos relativos a la prestación de servicios médicos y hospitalarios.

Se produjeron cambios significativos en lo que se refiere a la cobertura de los planes de salud. Las operadoras pasaron a estar obligadas a ofrecer un plan-referencia que cubriese todas las enfermedades catalogadas por la Organización Mundial de Salud, además de ofrecer otros tres tipos de planes menos inclusivos y, por tanto, más baratos: ambulatorio, internamiento y odontológico.

Un problema frecuente con los antiguos planes de salud era que las operadoras se negaban a prestar su servicio alegando que la persona ya tenía una enfermedad determinada antes de la realización del contrato. Con las nuevas reglas, las operadoras sólo podrían alegar la pre-existencia de la enfermedad hasta dos años después de firmado el contrato y con el costo adicional de tener que probar que el cliente tenía la enfermedad y sabía de eso, actuando, por tanto, de mala fe.

Antes de la reglamentación, los aumentos en los contratos eran frecuentes y sin criterios justificables desde el punto de vista del consumidor. Con la Ley, los aumentos deberían ser comunicados en el momento de firmar el contrato. Después de los 60 años, sin embargo, no podría haber ningún tipo de aumento, si el cliente hubiese pagado por lo menos por 10 años.

En los casos en que los pacientes necesitaban tratamientos intensivos había un límite de tiempo que los planes cubrían. Posteriormente, los costes deberían ser pagados por ellos mismos. Con la ley eso se alteró, convirtiéndose en un derecho el permanecer en la cama el tiempo que fuera necesario. Con respecto a esto, las carencias (tiempo que el asegurado no tiene derecho a nada después de ser consumado el contrato) no podrían ser mayores a 6 meses. Por ejemplo, en el caso de emergencia el plazo máximo pasó a ser de tres días. La rescisión de los contratos podría producirse solamente después de los 60 días de incumplimientos.

Otra práctica característica del mercado de salud suplementaria era la exclusión de clientes que usaban mucho los servicios. Esta situación fue prohibida y el cliente pasó a rubricar ítem por ítem del contrato.

Hasta 1998, los contratos de asistencia sanitaria debían obedecer a las reglas del Código de Defensa del Consumidor (CDC). A partir de la entrada en vigor de la Ley 9.656/98, los contratos nuevos y los contratos antiguos que sufriesen adaptación (por opción del consumidor) deberían respetar la Ley específica que regula las relaciones entre el consumidor y la empresa de asistencia sanitaria.

Ante ese nuevo contexto, las operadoras de planes de salud tuvieron que adaptarse a los nuevos factores que pudieran influir en su negocio. Con la dificultad de mantener un servicio puntero, debido a los altos costes tecnológicos, el énfasis en la asistencia sanitaria pasó para un plan más básico con acciones

educativas, de prevención y de diagnóstico, con atención especial al desarrollo de protocolos para las enfermedades tratadas por los profesionales médicos.

El mercado como un todo cambió. Las coyunturas macro y microeconómicas pasaron por alteraciones significativas teniendo en cuenta la reglamentación y contando con una presencia significativa del Estado. La regulación de las propias leyes del mercado dejó de ser la primera referencia a la hora de toma de decisiones por parte de los gerentes. El nivel de exigencia de los consumidores aumentó, su participación en esa discusión fue mayor y la búsqueda de información y de sus derechos se acentuó, generando competitividad en el sector.

Al mismo tiempo que se implantaron las medidas de protección al consumidor, se produjo un movimiento de auto-protección por parte de las operadoras. El acceder a un plan de salud se tornó más difícil. No bastaba con tener dinero para pagar, se necesitaba, también, tener salud. Las operadoras pasaron a hacer exámenes mucho más rigurosos en el momento de acceder a los planes, tratando de descubrir enfermedades preexistentes. Se prestó mayor atención a los cálculos actuales, pasando a ser más difíciles de medir los escenarios futuros.

Las empresas aseguradoras buscaron también los nichos del mercado más propicios para la obtención de beneficios. Hubo una especialización en el sector socio-económico y regional teniendo en cuenta la diversidad que acontece en Brasil en este tema. La búsqueda de una marca fuerte que invirtiera en planes de marketing pasó a ser parte de la estrategia en busca de una mejora en la imagen para consumidores poco confiados.

Esa dinámica de mercado, ahora mucho más compleja, estaba guiada por normas que hasta entonces no habían sido experimentadas, por lo que exigía una capacidad gerencial elevada.

El movimiento de profesionalización en la gestión y la focalización en el negocio pasó a ser de fundamental importancia. Las ganancias deberían ser más rápidas con tasas de “*turn-over*” reducidas. La calificación de las carteras de clientes pasó a ser más importante que el número de asegurados.

La creación de nuevas líneas de negocios, como las franquicias, acuerdos operacionales y fusiones, se convirtieron en prácticas más frecuentes. Eso demandó más inversiones en tecnología, aumento y calificación de los controles y de los costes. Los equipos de ventas tuvieron que acarrearse con los perjuicios; se implantaron y pasaron a ser cada vez más frecuentes nuevas estrategias de marketing y el tele-marketing.

El Consejo de Salud Suplementaria (CONSU) pasó a deliberar, a través de su cuerpo consultivo, una serie de normas que trataban de clarificar cada vez más la actuación de las operadoras de seguros de salud en el País. A través de sus resoluciones, los procedimientos técnicos eran mejor delineados, evitando que los consumidores tuviesen algún tipo de perjuicio por falta de comprensión de las peculiaridades más comunes que constituían la esencia del sector después de promulgada la Ley 9.656/98.

Esas resoluciones fueron modelando gradualmente el mercado y cumpliendo con el importante papel de ampliar los debates que se abrieron durante la elaboración de la Ley 9.656/98.

Muchas otras resoluciones se fueron produciendo con el tiempo. Desde luego, en la medida en la que el Sistema Único de Salud se afianzara y en el sector suplementario se generaran nuevas perspectivas, otras peculiaridades surgirían y obligarían a los órganos responsables a elaborar nuevas estrategias para solucionar o aminorar situaciones adversas no deseadas.

No se puede dejar de tomar en consideración que la reglamentación del sector fue efectiva cuando un nuevo paradigma de asistencia sanitaria estaba siendo implantado. A pesar de haber transcurrido ya diez años desde su creación, muchos eran todavía los defectos legales, incongruencias administrativas y dificultades de adecuación al modelo hasta entonces practicado en Brasil. La cultura del sector salud era muy diferente de la que se estaba implantando. El servicio médico centralizado y el hospital como único centro, en el que la salud era considerada una mercancía, eran contrarios a la asistencia integral y a la nueva filosofía de superponer el valor del individuo al valor del capital.

La resolución nº 9, que regulaba el reembolso a las arcas públicas por los servicios realizados por las operadoras, caracterizaba las prácticas que se

producían en el sector en esa época. En la medida en que el nuevo sistema no estaba del todo consolidado las prácticas ilícitas eran ejercidas con mucha frecuencia. La estructura de las actividades de auditoría era, y es hasta hoy, insuficiente para un territorio continental como el nuestro. Con eso, los agujeros en las arcas públicas alcanzaban valores gigantescos.

Otra Ley importante fue la 9.961/00 que estableció que quedase bajo responsabilidad de la ANS (Agencia Nacional de Salud) la reglamentación del sector y la responsabilidad de dirigir la asistencia sanitaria. Con la misma, se introducirían nuevas iniciativas para reglamentar el sector.

La Agencia Nacional de Salud, actualmente, es el órgano responsable de las actividades de normalización, control, defensa del consumidor y fiscalización del sector y tiene como objetivo promover un equilibrio en las relaciones entre los sectores públicos y privados para construir un mercado sólido, equilibrado y socialmente justo.

Según a ANS, el sector sanitario suplementario reúne, en Brasil, actualmente, más de 2.000 empresas operadoras de planes de salud. Son millares de médicos, dentistas y otros profesionales, hospitales, laboratorios y clínicas que prestan algún tipo de servicio para la población. Esa red prestadora de servicios sanitarios atiende a más de 37 millones de consumidores, o sea, aproximadamente el 25% de la población y la tendencia es que ese número aumente debido a la baja calidad del servicio público.

## *D. LA GESTIÓN DE LOS HOSPITALES*

A través de una muestra realizada en el Estado de Rio Grande del Sur, uno de los Estados más organizados en Brasil, que abarcó más de 50 hospitales, conseguimos aprovechar los datos de sólo 11 instituciones hospitalarias, varios representantes del sistema público, filantrópico y privado de la salud, de los que la muestra presentó la mayor variación posible para la hipótesis estudiada de modo que se hiciera posible estudiar cómo está la gestión de la Salud bajo la óptica de los hospitales.

Como resultado del estudio, podemos deducir que los hospitales en su mayoría luchan por la supervivencia. Las federaciones, asociaciones, los directores y administradores de hospitales están sometidos a Consejos de laicos instalados en los municipios, conservando los hospitales brasileños aspectos de caridad, beneficencia y asistencialismo, y siendo pocos los hospitales con gestión profesional.

La investigación realizada demuestra la dinámica y los factores característicos del mercado sanitario de Brasil. Demuestra que las estrategias adoptadas por las instituciones deben coincidir con un mercado muchas veces distorsionado y lleno de paradojas éticas, financieras y políticas.

La primera parte del análisis sobre los hospitales refleja la relación entre las instituciones y los ambientes en los que están inmersos. En la segunda, se observa con más énfasis las actitudes que pretenden superar esas dificultades y la consecuente supervivencia en el mercado, dado que los análisis se hicieron individualmente.

Cuando el **primer hospital** fue cuestionado sobre los parámetros que guiaban la toma de decisiones estratégicas, el entrevistado afirma que “como el Hospital pertenece a una asociación numerosa, las decisiones siempre se hacen en beneficio de la comunidad, cuidando de no operar en rojo”

A su vez, las pretensiones en cuanto a perspectivas del pasado, en relación con las del futuro, son notablemente más puntuales y ambiciosas. Mientras que en el pasado los objetivos de la institución eran mantener el negocio funcionando, hoy se busca ser referencia en la micro-región poniendo el foco en una especialidad. Se observa, sin embargo, una carencia en términos de métodos para la toma de decisiones con base científica.

Cuando fue consultado sobre el proceso de planificación estratégica en sí, no fue posible recoger informaciones que propiciasen un análisis adecuado de las respuestas, lo que evidencia una falta de planificación estratégica estructurada dentro de la institución.

Se pone de manifiesto su inserción en un contexto micro-regional y la propuesta de ser referencia en el sector se mantiene como un foco del negocio con asistencias realizadas por el SUS. Por lo expuesto, se vio que los perjuicios acumulados en los servicios prestados al Sistema Único de Salud, eran significativos. Sin embargo, la institución insiste en mantener su foco de acción en la prestación de servicios a las entidades públicas locales.

En la primera institución estudiada, queda clara la influencia ejercida por los médicos en las decisiones administrativas. A través de “sugerencias”, los médicos acaban ejerciendo una fuerte presión cuando son sometidos a situaciones que perjudican, principalmente, sus finanzas.

Según lo relatado, la mayor dificultad encontrada fue, justamente, respecto al plan estratégico principal de la institución que consistía en ser referencia en su micro-región. Los médicos “en proceso de micro-regionalización intentaron dificultar la implementación, pues la situación podría perjudicar sus finanzas”.

La **segunda institución** analizada demuestra disponer de una planificación estratégica más elaborada. Pasando por un proceso de reestructuración, la institución busca, en un espacio de tiempo de un año, viabilizar “el regreso al SUS de forma organizada y sólo en algunas especialidades, así como realizar un estudio epidemiológico de la región para definir nuevos servicios, buscando la auto-sostenibilidad a través de la realización de los créditos pendientes”.

Las actividades específicas de la segunda institución (ambulatorias, servicios de emergencia, internamiento en unidades cerradas, servicios auxiliares de diagnóstico, servicios administrativos) se muestran alineadas bajo un objetivo común. Se observa que la institución prioriza sus metas de corto plazo, buscando una mejora general de los servicios con perspectiva de expansión.

Esta se posiciona basándose en los criterios de “lucro, participación en el mercado, crecimiento del mercado, retorno de la inversión, habilidades disponibles, necesidades de la comunidad, teniendo en cuenta la complejidad de algunas decisiones”.

Básicamente, los indicadores a considerar para la toma de decisiones son los relacionados con la productividad, recursos humanos y económico/financieros. Las dificultades se relacionan con los recursos financieros y los aspectos políticos.

El foco de prestación de servicio de la segunda institución es la asistencia a problemas de salud. Por eso, la institución se preocupa con cuestiones relacionadas con la atención, dado que no hay previsión de cambios de ese foco estratégico desde la administración.

El proceso de planificación estratégica se muestra estructurado desde hace aproximadamente cinco años. Su plan se presenta en documentos formales que contienen todas las actividades y metas de forma que queden claros los procesos por los que un plan debe pasar, así como la metodología para la verificación de los resultados.

Se presentan como acciones para la realización de micro-estrategias, “estudios para la definición de servicios que sean viables en términos de atención, la negociación con prestadores de servicios y profesionales. Además de esto, queremos obtener informaciones de los órganos públicos relativos a la región y buscamos un equilibrio presupuestarios y negociación con los deudores”.

Aún dentro de las micro-estrategias, se plantean cuestiones como la calificación e inversión en diagnóstico por imagen, la construcción de un centro clínico y la reducción de glosas de convenios para menos de 4% de la facturación, la cual no ha sido alcanzada, pero que está en proceso de mejora.



La posición de la segunda institución es puntual y objetiva, siendo sus objetivos invertir en el ambulatorio, intensificando ese tipo de atención e instalando el hospital-día y la atención domiciliaria. Además de esto, inversiones en salas de emergencia, en las unidades cerradas y en la calificación de los funcionarios, complementan sus pretensiones.

Los cambios organizacionales presentados por la institución en los últimos dos años no fueron significativos, siendo la prioridad del momento la revisión de procesos de trabajo y de los sistemas de información. La institución considera sus recursos humanos como el gran diferencial competitivo, siendo la innovación y aprendizaje las principales características de la organización.

La relación de la institución con los métodos está enfocada en las actividades técnicas. “Los médicos no son parte de la Dirección. Pueden ocupar cargos de Director Técnico y Clínico, los que forman parte del organigrama”. Sus intereses están representados en la figura del Director Técnico y sus dificultades se concentran en la cuestión financiera.

Observamos en la **tercera institución** que las metas para la planificación estratégica no se muestran estructuradas. Su diferenciación, según la percepción del encargado de las respuestas, viene por la “atención individualizada que sólo se consigue desarrollar en hospitales pequeños ya que conocemos a cada uno de nuestros pacientes así como a sus familiares”.

Las estrategias específicas de cada actividad no fueron informadas, con el argumento de que el hospital estaba en proceso de readaptación física y por eso se estaban trazando nuevas metas y líneas de atención. Justamente por ese motivo, se cree que la institución debería contar con una perspectiva estratégica bien estructurada y delimitada.

Los servicios de fisioterapia, radiología y la capacitación profesional son el foco de las ampliaciones en los servicios, si bien apuntan a una reducción de las metas trazadas en los últimos dos años, aunque no se informó cuáles eran estas. No hay intención de excluir ningún tipo de servicio prestado en ese momento en la institución.

Los médicos están, en general, envueltos en la gestión de la institución, ya que uno de ellos es dueño de la institución estudiada. Por el momento no existe una asociación con otros médicos para actividades de negocios en la institución.

La perspectiva financiera es tratada de manera muy superficial sin una planificación estratégica definida, siendo la informatización y contratación de recursos humanos los principales objetivos a corto plazo. El marketing no tiene presupuesto propio y las actividades se enfocan hacia la divulgación en la radio local. La institución no posee un departamento de recursos humanos y las metas son dictadas por el dueño de la institución.

La **cuarta institución** se identifica, para diferenciarse de otras de la región, por ser una congregación y poseer total autonomía para tomar decisiones, buscando la actualización tecnológica y gerencial para mantener su posición.

La institución asegura poseer una planificación estratégica para cuatro años. Tiene como meta la auto-suficiencia económica, la elaboración de un plan maestro y la capacitación de recursos para nuevas inversiones. Mientras tanto, la institución pretende “implantar un nuevo sistema informático de gestión de la información del hospital unido a la implantación del sistema de costos, definición de equipos técnicos, elaboración de proyectos, y relaciones con autoridades políticas y la participación con la comunidad local para la búsqueda de recursos y nuevas inversiones.

Los planes para los próximos dos años son: la construcción de un nuevo puesto de respuesta rápida, un laboratorio de análisis clínicos y centro quirúrgico y obstétrico, así como reformar la cocina, lavandería y equipar los cuartos con nuevos equipamientos y servicios. La actualización tecnológica está siendo estudiada por los administradores con vistas a montar un sistema de seguimiento diario de la facturación total de la institución.

Los cambios de perspectiva de mercado son claros en la medida en que los dirigentes de la institución reconocen que “hace cinco años teníamos el objetivo de ser el único hospital de la micro región (había cuatro hospitales en cuatro municipios). Hoy precisamos reconstruir nuestro hospital para mantenernos en el mercado de aquí a cinco años, realizándole una reforma, readecuación física y

nuevos equipamientos para todos los servicios con el objetivo de estar actualizados tecnológicamente”.

En busca de mercado, la institución pretende agregar valor a los servicios de modo que conquiste una posición de liderazgo en la micro-región. Según el relato de las prefecturas a través del SUS, se está convirtiendo en un agente con poder de negociación, en la medida que están aumentando sus servicios. La institución pretende superar ese nuevo contexto con la “ampliación del área de actuación y ofreciendo servicios diferenciados y especializados”.

Sus principales indicadores a efectos del control son las atenciones realizadas en cantidad de clientes y exámenes, la facturación y el resultado líquido, la productividad del capital y la rentabilidad de la inversión. A su vez, las dificultades para implantar la estrategia están relacionadas con recursos financieros, dependencias de las prefecturas y formación de un consorcio de los 42 municipios de la región, dado que todos los hospitales de la región están teniendo las mismas dificultades de implementación de sus estrategias.

De este modo, se percibe una coalición desde hace algún tiempo de modo que la entidad tiene una organización interna ya sedimentada para hacer efectivos los procesos operacionales exigibles para la implementación del mismo. Según lo relatado, “a través del grupo de planificación estratégica formado por el director, coordinadores de sectores, y representantes del personal médico, el método de trabajo es el proceso participativo con exposición teórica del proceso y trabajo práctico de discusión en pequeños grupos, posteriormente con la presentación y definición en el gran grupo”.

Por otro lado, el tema de los médicos, en particular se destaca como factor positivo y negativo. Positivo, en el sentido de que conocen una parte de la atención sanitaria particular que debe ser tomada en consideración en el momento de la implantación de la estrategia. Negativo porque, en muchos casos, no son funcionarios del hospital y eso crea un problema de vínculo y desmotivación con planes demasiado largos y que no ponen su objetivo en su retorno financiero.

Entre las principales prioridades establecidas en los dos últimos años (implantación de una farmacia de manipulación, de una farmacia externa, implantación de un centro de traumatología y construcción de una UTI – Unidad de

Tratamiento Intensivo) ninguna se llevó a cabo. A pesar de las tentativas frustradas, se proyecta expandir el centro quirúrgico y ambulatorio con consultas especializadas.

Los médicos están involucrados en la administración de los hospitales a través de la representación del personal médico, socios de la mantenedora, dado que los mismos participan, como se ha dicho, en las reuniones de gestión. El problema de los intereses personales está marcadamente mencionado en las respuestas.

La gestión financiera está siendo verificada a través de actividades de auditoría permanente, contratación de técnicos contables y con la informatización de los sistemas de costos. La previsión de qué recursos estarán disponibles no se comenzó a realizar hasta hace poco tiempo y la ubicación de recursos tampoco tenía una definición establecida; en cuanto a los indicadores utilizados, pueden mencionarse los siguientes: El margen de contribución y el crecimiento. No hay servicio de marketing en el hospital.

En la **quinta institución**, a su vez, se observa una gestión más especializada con formación específica de los gestores en el sector salud. De este modo, el plan estratégico para hacer frente al contexto del sistema de salud nacional y de la realidad local, se presenta de forma más estructurada que en los primeros casos estudiados.

La institución tiene un perfil muy presente en la realidad nacional. Constituida jurídicamente con una entidad filantrópica, tiene su origen en actividades de congregación religiosa. Debido a eso, la gestión es todavía muy “doméstica” según las palabras del gestor entrevistado. La macro estrategia de la organización se presenta con dos enfoques principales: la auto-sostenibilidad y la implantación de un consorcio intermunicipal.

De todas las actividades de la institución se pretende alterar el ambulatorio y las urgencias. El acceso libre a los servicios de emergencia, tanto para planes de salud como para la comunidad, son las formas predominantes de la atención prestada en ese momento. Atendiendo a toda la micro-región, la sala de urgencias presenta un costo mensual de 80 mil reales/mes, en tanto que los pagos provenientes de esas atenciones no cubren los costos operacionales.

Las perspectivas presentadas a corto y medio plazo son la implantación de una UTI y una unidad de cardiología siempre que haya financiación de los municipios para ello. Actualmente, las referencias son dirigidas hacia la capital del Estado, Porto Alegre/RS. La institución no demuestra interés en alterar la línea de negocio para enfrentarse a la competencia.

El proceso de planificación estratégica se lleva a cabo al final del año que es cuando se discute si el plan de acción fue puesto en práctica o no. Se percibe una característica muy peculiar. Cuando se le preguntó sobre la existencia de un plan estratégico corporativo, el gestor responde que “no tengo conocimiento del plan estratégico corporativo. La elaboración se restringe a la congregación de las hermanas”.

Consultado sobre cuáles son las fuerzas operacionales de la institución, el gestor respondió que “están ubicadas en la fuerza de la fe. Por tratarse de un hospital religioso, los temas siempre se relacionan con las fuerzas de la fe”.

Se apuntan como puntos débiles la falta de compromiso de los médicos y el hecho de que el hospital sea religioso, lo que genera un gran rechazo por parte de una parte de la comunidad. La proximidad de Porto Alegre también perjudica a la institución en la medida en que, hasta por cuestiones de status, las personas prefieren ser tratadas en la capital.

Así como las otras instituciones estudiadas hasta aquí, la quinta institución no tiene departamento de marketing, estando su vínculo con la comunidad basado en aspectos religiosos. Los recursos humanos cambiaron mucho según las respuestas.

De carácter público y considerada importante referencia en la región en que actúa, la **sexta institución** presenta como meta central la ampliación del sector de laboratorios, del sector quemados y de la enfermería.

Los criterios para la toma de decisiones están basados en las demandas que provienen del municipio y la auto-sostenibilidad. Las cuestiones financieras son consideradas como un diferencial en la elaboración de una estrategia para un hospital de la red pública, mientras que los fondos obtenidos en los últimos años aumentaron.

Se observa como los gestores de la institución no consideran tener competidores para su actuación. La institución presenta un costo mensual de 350 mil reales por mes, empleando cerca de 300 profesionales. Se utilizan indicadores de permanencia, tasa de infección en el hospital y satisfacción de los usuarios para la toma de decisiones. En la comunidad en general y en las empresas, se identifican las principales oportunidades para la implementación de los negocios.

Las áreas que precisaban ser trabajadas, según la percepción del entrevistado, están relacionadas con los médicos y la enfermería. En ese momento, la institución no presenta una planificación corporativa estructurada, pero afirma que tiene una planificación a corto, medio y largo plazo. Eso evidencia la falta de claridad en cuanto a lo que debe ser una planificación estratégica corporativa.

Los médicos están involucrados en la gestión a través del personal médico. El gestor no indica que haya dificultades para la implantación de actividades. La argumentación dada para justificar que no se hayan producido cambios en la institución en el último año, ha sido que hace solo ocho meses que el gestor asumió el cargo.

La gestión financiera, foco de los principales comentarios en la entrevista, está siendo tratada poniendo el énfasis en la informatización de la caja, cuentas a cobrar, cuentas a pagar y cancelación de deudas. No hay planificación de marketing y las actividades de recursos humanos se enfocan en el absentismo, los beneficios y la mejora del ambiente de trabajo.

La **séptima institución**, de pequeño porte, presenta como diferencial frente a la competencia, una estructura considerada como adecuada para los visitantes de la región. La misma se destina a la atención de ancianos que necesitan cuidados. Sus metas para los próximos años están relacionadas con reformas de la capilla, vestuarios, auditorios, lavandería y almacén.

De manera sucinta y poco estructurada, se presentan las consideraciones sobre las metas estratégicas de la institución. Cuando se le preguntó sobre cuáles son las acciones para los próximos años el gestor responsable afirma que “se tratarán de mantener las áreas que están hoy en funcionamiento con contratación de personas especializadas y con ampliación de los servicios de internamiento y servicios de ambulancia”.

Los cambios presentados con respecto al pasado hacen referencia a cuestiones macro asistenciales y organizacionales. Según lo relatado, “ahora los problemas se encararan de forma muy diferente con relación a años anteriores. Los avances se cifran en términos de garantías y libertades individuales, hay mucho diálogo, incluyendo también a los servidores públicos que colaboran para que las cosas fluyan con más facilidad”.

En concordancia con la tendencia brasileña de envejecimiento de la población, la institución presenta planes de implantación de servicios de geriatría. La institución presenta un cuerpo médico pequeño. Por los números presentados, la institución acumula pérdidas mensuales de, en promedio, 10 mil reales.

La organización del plan estratégico prioriza el control de gastos y el aumento de rentas e ingresos. Para ello, se pretende implantar campañas internas para la prevención de gastos, modernización de la empresa y definición de actividades básicas de cada funcionario. La relación con los proveedores, que generalmente están con crédito a cobrar, y la mejora de la calidad de productos o servicios prestados, son focos de acción por el momento.

La gestión financiera se orienta hacia un control minucioso de los procedimientos buscando alcanzar el punto de equilibrio. La estandarización de las actividades también se ve como una prioridad en este sentido. A su vez, las campañas de marketing se vuelcan en la conquista de clientes con la mejora continua de los procesos internos, satisfaciendo clientes internos y externos.

La **octava institución** se encuentra en la región serrana del estado y está marcada, principalmente, por la colonización italiana y alemana. Esa región presenta uno de los mejores indicadores de longevidad del país, hecho que se refleja en los indicadores generales de salud de la ciudad y de la micro-región. Se observa, sin embargo, que esas características no influyen directamente en la organización de la estrategia de la institución.

Como se vio en las instituciones anteriores, las principales metas están relacionadas con la construcción o reforma de sectores de los hospitales. También tiene por meta para los próximos tres años, la inversión en tecnología, la ampliación de servicios específicos y el interés por llegar a ser referencia en la región.

Los servicios de sala de urgencias, diagnóstico, internamiento y cuidados ambulatorios están entre los que se someterán a cambios con vistas a una adecuación al mercado y a potenciales socios, como la secretaría de la salud. No se pretende desactivar ningún área que esté funcionando actualmente. El retorno de la inversión y la búsqueda por la satisfacción de las necesidades de la comunidad, son los principales desafíos para la concreción de la misma.

Los cambios presentados en la institución se relacionan con una fuerte tendencia a la profesionalización de la gestión, transformando el hospital en una empresa y no en una unidad filantrópica. El principal impacto es la estabilidad financiera, adoptando una estrategia de aproximación a los competidores estratégicos para la superación de una posible competencia. Se observa claramente que los métodos utilizados, sin embargo, para el control de costos de la institución están poco desarrollados.

La institución tiene una planificación estratégica desde hace cinco años. Como la institución está constituida por otras ocho congregaciones, los planes vienen impuestos (Top-down), de modo que cada una de las instituciones efectúa sus consideraciones. Agregado a esto, las fortalezas y debilidades de la institución son evaluadas por el patrocinador, dirección del hospital y gerencia.

Con relación a los médicos, se afirma que los mismos se manifiestan a través de la dirección técnica y de la dirección clínica, ya que se comprometen poco en la gestión del hospital. Ese factor se apunta como una dificultad por parte de la administración. Están siendo revistas las actividades de joint-venture.

La **novena institución** presentó como responsable de las respuestas al director clínico del hospital. Ese profesional tiene como función garantizar condiciones adecuadas para el trabajo de los profesionales técnicos.

Según relató, “el diferencial de la institución ante su competencia ha sido la progresiva inserción de nuevas actividades y de modificaciones en la estructura lo que posibilitó un importante crecimiento de diversas áreas asistenciales”. Los servicios se ampliaron principalmente en funciones de alta complejidad que están remuneradas por el estado y que presentan mayores probabilidades de un rendimiento positivo.



Las tres principales metas para el próximo año son: el mantenimiento de las mejoras, continuar con el proceso de inserción de la institución en el Sistema Único de Salud, así como convertirse en referencia en la micro-región. Para ambos, es explícito que los médicos pretenden aportar técnicamente, mantener un diálogo enriquecedor y participar en la puesta en marcha de nuevos servicios.

Los servicios prestados a la población tienden a sufrir un proceso de expansión dándoles prioridad a los servicios de tocología, de cirugía, UTI's, diagnóstico por imagen, con introducción de resonancia magnética. De esa forma, se pretende absorber una supuesta demanda no contemplada en su totalidad y optimizar el trabajo de los 200 profesionales que prestan sus servicios en la institución.

Cuando se les pregunta sobre las posibles dificultades encontradas para la implementación de las actividades se expone la "incapacidad de articulación institucional, la ausencia de interés en ciertos sectores médico-asistenciales y la reducida capacidad de inversión".

Los métodos para el análisis de la competencia están basados en una tentativa de visión sistémica del mercado. Por lo tanto, se consideró que "habrá una disminución del número de competidores y un aumento en la calidad de los mismos, aumento de éstos a nivel de clínicas especializadas, mayor disputa por el reconocimiento público (SUS), y mayor disputa por los recursos públicos".

Nuevamente, no hay una sección de marketing en la institución. Algunas actividades aisladas se realizan en ese sentido. Según el relato, "el marketing en la institución está básicamente relacionado al micro-marketing, aquél de contacto, que se establece en las diversas relaciones dentro de la institución, del contacto directo del colaborador con un paciente o familiar".

La **décima institución** presenta unos resultados muy diferentes por pertenecer a una operadora de plan de salud. Además, la misma se considera especial por el hecho de tener un organigrama horizontal con poca jerarquía administrativa y también por el hecho de que los médicos que atienden CTI's (Centros de Tratamientos Intensivos) y PAA (Puesto de Servicio Ambulatorio) son empleados del hospital.

La meta de la institución es integrar al cuerpo médico, administrativo y asistencial en una filosofía pro-activa. La visión corporativa no reconoce la singularidad del hospital, de forma que existe una cultura esencialmente financiera. Se indica que “las crisis son resueltas con métodos utilizados en las empresas, solo hay ojos para la reducción de costos”. El hospital es administrado y coordinado en sus áreas por médicos y enfermeros.

Cuanto se le pregunta si existe un plan estratégico del hospital para el próximo año y cuáles son las tres principales metas el gestor contesta “que el deseo es la creación de servicios especializados (médico emprendedor/gerente), fidelización del cuerpo clínico y aumento de la productividad”.

Expandir los negocios pasó a ser una prioridad para la institución. El estudio e implantación de un proyecto para la creación de un área que atienda necesidades de media complejidad, que proporcionen internamiento, pero que no pueden ser realizadas a nivel domiciliario. Acciones para disminuir el tiempo de permanencia en la institución debido al aumento de la demanda en el CTI adulto y ampliación de convenio en el CTI Neo-Pediátrico, también están en la lista de prioridades buscadas.

La toma de decisiones se basa en indicadores de productividad, participación de mercado, crecimiento de mercado, resultado de la inversión, habilidades disponibles, necesidades de la comunidad, buscando utilizar a la institución, creatividad y analizando inclinaciones y escenarios. La percepción que tienen de lo que los diferencia en el mercado es que “hay conciencia de la necesidad de tratar el hospital de forma tal que se torne saludable financieramente para que pueda curar a sus pacientes sin debilitarse como institución”.

Su relación con el mercado y con la competencia tiene una característica común en el mercado brasileño. Según lo expuesto, “en 2005 pasamos a sufrir una fuerte competencia con la Unimed que abrió su hospital. El hecho generó pérdida de clientes en todos los hospitales de la ciudad. Como consecuencia hubo oferta de servicio para otros planes de salud con mayor riesgo. La competencia se realiza sin ética y hay una tentativa de que se desintegre nuestra institución por parte de la mayoría de los competidores. Se difunden rumores, tratando de impactar negativamente en nuestra imagen”.

La institución fue la única que presentó un diagrama para la elaboración de una planificación estratégica, ya que los planes son transmitidos desde las unidades para la superintendencia. Conforme lo relatado, la planificación “es establecida por el grupo de modo consensuado. A partir de allí, cada uno de los participantes recibe sus tareas y hay libertad para crear individualmente su estrategia. De un modo general, las estrategias se discuten en el grupo”.

Los médicos están participando activamente de la gestión de la institución tanto a nivel estratégico como a nivel operacional. Actualmente, los médicos ocupan los siguientes cargos: el gerente de la división, jefe del SCIH (Servicio Clínico e Internación Hospitalaria), el coordinador del PAA (Puesto de Servicio Ambulatorio), CTI (Centro de Tratamiento Intensivo) Adulto, CTI Neo-Pediátrico, coordinador de Facturación, Director Técnico, Director Clínico.

El área de marketing de la décima institución existe desde hace siete años. Su estructuración se puso en marcha después de un estudio realizado acerca del futuro de la entidad, tratando por encima de todo, de "mostrarse" en la comunidad, de difundir los servicios que el hospital proporcionaba a sus usuarios, con el objetivo último de aumentar los ingresos de las unidades de servicio.

La **decimoprimer**a institución, por su parte, presenta características organizacionales bien diferenciadas de las hasta ahora estudiadas. Considerada de gran tamaño, atiende municipios del estado entero, siendo referencia nacional y mundial en algunos procedimientos.

Según relato del gestor consultado, lo que la hace diferenciada es que “atendemos un 60% de clientes procedentes del sistema SUS, y un 40% de convenios privados, lo que le produce algunas dificultades para la auto-sustentación, porque no obtiene recursos externos. El hospital trata de actuar ante las amenazas que recibe del mercado, transformándolas en oportunidades y garantizando la excelencia en sus servicios”.

La expansión o retención de servicios siempre es un dilema que envuelve problemas políticos, de demanda de la sociedad y también éticos en la medida en que se opta por no suministrar determinados servicios en detrimento de otros cuyos criterios pueden ser cuestionables. Ése es un *trade-off* de los gestores del

sector de salud que está ligado directamente a la cuestión de la oferta y de la limitación en la capacidad de prestación de servicios

Sus prioridades estratégicas se centran en la asistencia y recuperación (tratamiento de enfermedades y recuperación de la salud), educación y prevención, informaciones y orientaciones, mantenimiento de la salud, asistencia médica preventiva, garantizar la auto sostenibilidad (hacer viable económicamente las acciones de educación en salud), y aumentar el resultado económico-financiero.

Las principales fuerzas de la organización son: el cuerpo clínico, el cuerpo funcional, la multidisciplinariedad y el sistema de gestión. Por otra parte, las principales debilidades puestas de manifiesto son el servicio de hostelería y la falta de tecnología. Existe en la organización del cuerpo médico “una dirección médica, un director general, que también es médico, y una mesa compuesta de hermanos que participan de la toma de decisiones que también está compuesta básicamente por médicos”.

Así como en las otras instituciones, el cuerpo médico es siempre motivo de preocupación en el momento de hacer efectiva una estrategia. Según lo relatado, “las dificultades, están relacionadas básicamente con el conservadurismo y con los intereses personales”. El cuerpo médico presenta una participación constante en las actividades de nivel corporativo.

El cumplimiento del margen de contribución y el subsidio de las actividades prestadas al SUS por los planes privados son considerados puntos importantes para ser tratados, garantizando una mejor sustentabilidad de la institución. Además, indicadores como el grado de retorno y el grado de endeudamiento son tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones. Las preguntas acerca de la estrategia de marketing y sobre los recursos humanos no fueron contestadas.

## *E. LOS ESCENARIOS ACTUALES DE LA SALUD*

El sector de salud suplementaria en Brasil está altamente fragmentado, ya que está formado por 1,7 mil operadoras de planes médico-hospitalarios y millares de prestadores de servicio, entre hospitales, laboratorios, médicos y otros profesionales de la salud. Según la ANS, en septiembre de 2008, apenas 182 operadoras de planes médico-hospitalarios tenían más de 50 mil beneficiarios y apenas 95 tenían más de 100 mil. Además, las 10 mayores operadoras médico-hospitalarias juntas sumaban apenas el 28,1% del total. Debido a la creciente necesidad de recursos financieros y tecnológicos para competir en el sector de la salud suplementaria, es posible que se produzca un proceso de consolidación, por medio de fusiones y adquisiciones de compañías de menor porte y por la extinción de compañías menos competitivas, creando oportunidades de crecimiento y expansión.

La crisis alcanza principalmente a las empresas de medicina de grupo. Un estudio hecho en junio de 2001 por la FGV – SP para a ABRAMGE, con base en los balances del año 2000 de 40 empresas, muestra unos resultados preocupantes. Por cada real (R\$) de deudas y obligaciones, las empresas tienen apenas 0,64 reales de bienes y de cuentas a cobrar. El estudio muestra que el endeudamiento de las empresas de medicina de grupo supera en tres veces su patrimonio neto.” (4).

El sector asegurador, por ejemplo, muestra una caída en los ingresos recaudados o, las mismas pérdidas, en el año 2000: “La Sur América Aetna, la mayor en el mercado en volumen de beneficios (1,4 mil millones)... contabilizó una pérdida de 12 millones de reales en el primer semestre. La BrasilSaúde también tuvo un resultado negativo de 7,3 millones de reales. En comparación, la Bradesco Saúde tuvo un beneficio de apenas 439,2 mil reales, considerado irrelevante por el presidente” (5) ...Empresas de medicina de grupos presumiblemente de pequeño y medio porte, se disolvieron en el año 2001. Hospitales fructíferos de medio porte

---

<sup>4</sup> Folha de São Paulo, de 27/08/01, p. B9.

<sup>5</sup> Cristina Calmon: “Seguradoras desistem de pessoa física” - Valor Econômico, 15/10/01, pg. C3.

se cerraron en Rio de Janeiro, en el año 2002. Algunas instituciones tradicionales de carácter filantrópico pasan por serias dificultades financieras.

En 2007, la población de Brasil era de 189,8 millones de habitantes y el PBI 2,4 billones de reales y una parte substancial de la población y del PBI están concentradas en el sudeste del País (6). Los ingresos de las Operadoras de Planes Médico-Hospitalarios en Brasil alcanzaron 40,5 mil millones de reales en 2007, presentando una tasa media de crecimiento anual del 15,5% entre 2003 y 2007. En el mismo período, el número de Beneficiarios creció una media anual del 7,7% (7).

En septiembre de 2008, el 27,0% de la población brasileña disponía de Planes Médico-Hospitalarios. El resto de la población era atendida por el Servicio Público de Salud. Sin embargo, la capacidad de asistencia del Servicio Público de Salud en Brasil se encontraba sobrecargada y creemos que hay una percepción generalizada de que los servicios ofrecidos por la red pública de salud son de mala calidad. Tal percepción deriva, entre otros factores, de dificultades para fijar consultas, exámenes y procedimientos médicos, y hacer que el acceso a Servicios de Salud Suplementaria sea una aspiración de una parte importante del pueblo brasileño.

Entre 2003 y 2007, el número de Beneficiarios de Planes Médico-Hospitalarios creció el 7,7%, frente a un crecimiento de la población del 1,2%. Teniendo en cuenta este crecimiento, creemos que, dentro de un contexto de aumento de los ingresos disponibles y de la población activa, el mercado de Salud Suplementaria debe absorber una parte significativa de aquellos que actualmente acuden al Servicio Público de Salud.

El índice de cobertura de planes médico-hospitalarios varía sustancialmente entre las regiones de Brasil. Por ejemplo, el Estado de São Paulo presenta un índice de cobertura de planes médico-hospitalarios del 40,7% de la población total, mientras el Estado de Piauí presenta un índice de cobertura de solamente el 5,0%. Así, la región Sudeste concentra el 66,3% del total de beneficiarios de planes médico-hospitalarios, la región Sur el 12,5% y la región

---

<sup>6</sup> Fuente: IBGE, Diretoria de Investigações, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Investigação Nacional por Amostra de Domicílios 2006-2007.

<sup>7</sup> Fuente: ANS (Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Dez de 2008).

Nordeste el 13,1%. Los Estados de São Paulo y Rio de Janeiro y el Distrito Federal presentan algunos de los mayores índices de cobertura de planes médico-hospitalarios del país.

La mayor concentración de beneficiarios en las regiones Sudeste y Sur del país está relacionada con el tamaño de su población activa y con su riqueza (8).

Los principales factores competitivos del sector son: (I) calidad y confiabilidad de los servicios prestados; (II) calificación, distribución y accesibilidad de la Red Certificada; (III) buena relación costo-beneficio; (IV) tecnología de soporte la operación; y (V) equipos y estructuras de soporte y atención al beneficiario (9).

La Medicina de Grupo es la modalidad que tiene la mayor participación en el sector de Salud Suplementaria con relación al número de beneficiarios. Más de 500 empresas de Medicina de Grupo absorben un 30,1% del total de beneficiarios, mientras que las cooperativas médicas alcanzan un 26,9%. Entre estas cooperativas, se destacan las Unimeds, un conjunto de 325 cooperativas médicas que comparten un mismo nombre, pero son administradas de forma independiente (10).

El crecimiento de las operadoras de salud entre septiembre de 2007 y septiembre de 2008, en número de beneficiarios, tuvo el siguiente resultado (11):

Golden Cross – (+) 187.612;

Intermédica – (+) 152.137;

Medial – (+) 73.809;

Dixamico – (\_2) – (+) 26.935;

Sur América – (+) 22.373;

Samcil – (-) 1.521;

Bradesco Seguro – (-) 127.406;

Amil – (\_2) – (-) 163.272

---

8 Fuente: IBGE, Diretoria de Investigações, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Investigação Nacional por Amostra de Domicílios 2006-2007 - ANS (Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Dez de 2008).

9 Fuente: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, ANS, dezembro 2008.

10 Fuente: Relatório ANS e demonstrações financeiras publicadas.

11 Fuente: Relatório ANS / Relação de Operadoras e número de beneficiários.

## *F. PRINCIPALES CONCLUSIONES ENCONTRADAS*

El estudio permitió percibir que el gobierno brasileño promete asistencia básica a su pueblo; sin embargo, remunera mejor los procedimientos de alta complejidad, que por ser más caros, están siendo ofrecidos por el sistema público, haciendo que la asistencia básica, que es más barata, sea realizada por las empresas privadas.

La inversión de papeles debido a una disfunción estratégica de las autoridades, corrupción, intereses partidarios y personales, hace que los procedimientos médicos más caros sean pagados con dineros públicos y las personas que pueden comprar planes privados, pagan mucho para tener atendidas sólo sus necesidades básicas de salud.

La experiencia de trabajar en el sector sanitario desde 1983, consolidada por la investigación efectuada en los hospitales, pone de manifiesto que la gestión marca la frontera entre el éxito y el fracaso. Los hospitales que consiguieron invertir en sistemas de información adecuados, administración profesional y control de gastos presentan buenos resultados.

Lo que más llama la atención es comprobar que las acciones de los hospitales se dirigen exactamente en dirección contraria a lo que podemos observar como tendencias.

Especialmente, todos buscan la alta complejidad, el aumento de las instalaciones, grandes inversiones en equipos sin que haya evidencia epidemiológica que lo justifique, contando con la financiación del gobierno.

Los gestores de las entidades sanitarias continúan con el sombrero extendido al Estado, pidiendo recursos para inversiones y financiación de operaciones. El Estado distribuye cotas a los representantes del pueblo, Diputados Federales y Senadores. Éstos a su vez se relacionan con los Estados Federativos y Municipios, que reciben los valores. Las inversiones llegan a las prefecturas y necesitan de la aprobación de los Comités de Salud, formado por novatos. Después



de toda esta burocracia, es necesario realizar la Licitación Pública, que compra los materiales más caros y equipamientos de baja calidad. Por otro lado, hospitales públicos, administrados por políticos “súper”, les pagan a sus protegidos y reciben complementos para el pago de médicos. Los estacionamientos exclusivos de los médicos son verdaderas exposiciones de vehículos de lujo, mientras que los mendigos duermen en las marquesinas de los mismos hospitales.

Al concluir este trabajo, después de más de una década juntando evidencias, realizando investigación de campo, entrevistando gestores, asistiendo a seminarios, congresos y recibiendo orientación de los tutores, percibimos los incontables cambios a lo largo del tiempo en la forma de financiación y gestión de las empresas sanitarias, lo que nos permite llamar la atención sobre algunas acciones que podrán ayudar al desarrollo de los hospitales y en la mejora de la atención a la población brasileña, a saber:

1. Invertir en la medicina familiar preventiva;
2. Trabajar con acuerdos participativos entre médicos y hospitales, efectuando inversiones en conjunto;
3. Uso de evidencias y protocolos con el fin de proteger a los profesionales de la salud y las instituciones de la negligencia médico-hospitalaria, posibilitando el análisis de costos;
4. Propiciar soluciones técnicas médicas y administrativas a través de grupos multidisciplinarios;
5. Pasar a trabajar con educación, prevención, asistencia y rehabilitación de manera conjunta y simultánea.

Finalmente, a los 52 años pensé que podría aportar más a mi país en la gestión de la salud. Sin embargo, en los últimos años dos médicos, un representante del Consejo Regional de Medicina y otro Secretario de Salud de Porto Alegre fueron asesinados por pensar diferente que el *status quo*. Creo que este estudio permitirá a los Profesores Doctores de la Universidad de León e invitados, a los Directores y Administradores del área de la salud en Brasil y en especial a los Profesores Doctores D. Juan Ventura Victoria y D. José Miguel Fernández Fernández, obtener

una visión global de la situación del sistema de financiación de la Salud en Brasil y la oportunidad de conocer un pensamiento alternativo al de la realidad encontrada, única forma de llegar a un resultado diferente al alcanzado durante casi un siglo.

No creemos tener la solución, pero si creemos que pensar con una nueva conciencia, e influir a través de acciones de coraje, puede ser nuestra mayor contribución para que las instituciones sanitarias puedan cumplir con su vocación ética de extender la vida humana con dignidad.