

filosófica de integralidade da atenção para um segmento movido pelo interesse financeiro, repousa na utilização do SUS por usuários de planos de saúde. Os “contra-contra-argumentos” baseiam-se na defesa da universalidade da assistência à saúde pela constituição e o indício de dupla contribuição ou financiamento pela classe média, efetivamente a contratante direta ou indireta dos planos privados.

### **A incorporação do médico na solução dos problemas**

Desde os primórdios dos sistemas de saúde no Brasil, privado e/ou público, a lógica determinante do modelo de atenção e financiamento tem sido a lógica médico-científica. Embora muito se fale de uma nova e preponderante lógica tecnocrática dos financiadores destes sistemas, entendo que esta realidade ainda está distante de prevalecer na nossa realidade.

Constato cada vez mais, aguçando os autores do artigo, um grande determinante: “não há como reverter ou estabilizar o sufocante crescimento de custos assistenciais sem trazer a comunidade médica, pela suas representações, para um nível mínimo de conscientização e educação em saúde coletiva e em administração em saúde”.

Necessário salientar os dois principais elementos desta obrigatória conscientização, que entendo ser relacionados: o fenômeno de medicalização com o uso imoderado de serviços e a desregrada incorporação de tecnologias na área de saúde, ambos abordados competentemente no artigo.

Questiono apenas se basta “regrar” a incorporação tecnológica, como a excelente iniciativa da Comissão de Incorporação de Tecnologias instituída pela Portaria nº 3323, sem que ocorra a efetiva contraparte catalisadora do conceito através de entidades de representação médica.

Quanto à falência citada como internacional do modelo *fee-for-service*, identifico que este é ainda mais latente no mercado privado de planos de saúde com a defesa da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Este modelo de referência de remuneração propõe valores pífios a um único, porém principal, procedimento de remuneração médica, a consulta, valorizando e preocupando-se em demasia com mais de 3.000 procedimentos invasivos cirúrgicos e de diagnose. Além de estimular o desperdício e o intervencionismo, o modelo de remuneração obriga a pesados e irracionais investimentos em tecnologia, mais volta-

dos ao aspecto mercadológico do que à eficiência e resolutividade dos serviços hospitalares. Isto sem falar na “burocratização” do processo de faturamento e de contra-auditoria que encarece e tira o foco do processo de gestão do negócio hospital.

Reforço com diferente redação, por fim, a citada necessidade de sinergia dos diversos atores ou *stakeholders* do sistema assistencial, que aqui referendo como adequado destaque principal do documento, reafirmando que o sistema assistencial, seja público ou privado, de quem se espera o poder da cura, deve, através de todos os seus diferentes *players*, ambicionar muito menos o poder para efetivamente alcançar a cura.

## **Os hospitais e a nova realidade**

Hospitals and the new reality

**Renilson Rehem**<sup>3</sup>

O artigo “Tendências na assistência hospitalar” nos apresenta de maneira competente e clara um tema da maior relevância e absolutamente atual. No sentido de contribuir com o debate, apresentam-se alguns comentários sobre dois aspectos: o modelo de financiamento da assistência hospitalar e as relações do hospital com o sistema de saúde.

### **Os hospitais e a nova realidade do financiamento da assistência**

No passado, até porque os custos eram muitos baixos, o financiamento da assistência hospitalar no Brasil se dava de maneira bastante simplificada. O paciente pagava diretamente pelos serviços recebidos ou era atendido gratuitamente em uma instituição pública ou filantrópica.

No século XX, de modo mais acentuado a partir da década de 70, a medicina experimentou um espetacular desenvolvimento científico e tecnológico que provocou uma elevação dos custos, impondo profundas alterações no sistema

<sup>3</sup> Secretário Adjunto da Saúde do Estado de São Paulo  
renilson.rehem@gmail.com

de financiamento, levando ao aumento da presença do Estado e ao surgimento de empresas e instituições responsáveis pelo mesmo. O custo atual torna impossível que a assistência médico-hospitalar possa ser assumida diretamente pelo indivíduo ou por instituições filantrópicas. O modo de produção da sociedade atual dificulta a ação de instituições filantrópicas, por impossibilita o trabalho voluntário e doações significativas, particularmente em um país pobre como o Brasil. A denominação adequada, nos dias de hoje, para as organizações anteriormente denominadas de filantrópicas, seria **instituição privada sem fins lucrativos**.

Essas instituições hospitalares, como qualquer outra, apresentam custos bastante elevados e necessitam de uma receita equivalente para fazer frente aos mesmos. Nessas instituições se, por um lado, não deve haver lucro, o *superávit* é indispensável para realizar os investimentos necessários para a manutenção, reforma e ampliação das instalações físicas, substituição de materiais permanentes e equipamentos, bem como para a aquisição de novos equipamentos e implantação de novos serviços. Não investir significa aumentar despesas com manutenção e reduzir as possibilidades de prestar uma assistência adequada e de gerar receita, no futuro.

No passado recente, obter esse resultado era fácil em virtude dos baixos custos da assistência, dos valores de remuneração do INAMPS serem razoáveis e com demanda assegurada. Na verdade, havia uma demanda garantida já que não havia competitividade entre os hospitais e, em função dos valores de remuneração serem fixos, independente da qualidade, não havia necessidade de maiores investimentos.

Na relação com o pequeno mercado privado existente, o hospital estabelecia o seu preço, na maioria das vezes baseado na sua necessidade de receita, ao invés de ter por referência seus custos. Considerando a baixa densidade tecnológica prevalente à época, os valores dos serviços desses hospitais, mesmo que elevados, eram, em termos absolutos, pouco significativos.

Na atualidade, a situação é muito diferente: os valores pagos pelo SUS são insuficientes para cobrir os custos diretos da maioria dos procedimentos. O pequeno mercado privado com financiamento direto pelo usuário desapareceu e foi substituído pelas empresas operadoras de planos ou seguros de saúde que estão cada vez mais rigorosas nas negociações dos preços dos serviços contratados. Hoje, para que se obtenha *superávit* ou, pelo menos, uma situação de equi-

líbrio entre receita e despesa, é necessário uma administração competente e rigorosa, tanto no que se refere às despesas quanto às receitas.

O grande impulsionador dos custos da assistência hospitalar não é, como uma análise superficial levaria a concluir, a ganância nem de médicos nem de hospitais. Sem dúvida a evolução da medicina responde pela maior parte desse crescimento nos custos da assistência à saúde. Esta evolução exerce uma forte atração, particularmente sobre a equipe médica, no sentido de possuir sempre os mais novos avanços tecnológicos. Não é mais possível deixar os custos crescerem livremente e buscar o equilíbrio das contas com a elevação da receita. A receita só pode ser elevada por um aumento na produtividade e não pela elevação dos preços dos procedimentos que hoje são quase que inteiramente definidos externamente pelos compradores de serviços. É necessário trabalhar os dois lados da equação: e levar a receita, dentro do possível, e controlar os custos, buscar reduzi-los o máximo possível. Mas, a redução dos custos não pode comprometer a qualidade. Ao contrário, a meta deve ser: reduzir custos elevando a qualidade dos serviços. Infelizmente, em nosso meio, se tornou uma verdade a afirmativa de que “qualidade custa caro” e daí se chega a uma conclusão inteiramente equivocada, que seria “o que custa caro tem qualidade”. O que é adequado, racional e inteligente é gastar o necessário para se assegurar uma assistência de boa qualidade. Nem mais nem menos.

Uma das ferramentas básicas para a qualidade está na padronização de insumos e procedimentos. A padronização diminui a variabilidade desnecessária nos resultados e permite uma programação de atividades e de recursos mais adequada.

Quanto à padronização de procedimentos, a adoção de protocolos clínicos é um importante instrumento. Um subproduto da implantação das técnicas de qualidade na organização é a melhoria da eficiência, uma vez que a variabilidade leva a repetições desnecessárias e a desperdícios. Com uma programação mais adequada, outro subproduto é o controle de custos. Adotando este conceito de qualidade, a padronização dos insumos e procedimentos e o controle de custos são elementos da própria qualidade e não podem ser entendidos como impedimentos para que a mesma seja alcançada.

Infelizmente, a lógica de financiamento da assistência à saúde, praticada pelas empresas de seguro ou planos de saúde, contém elementos de estímulo ao desperdício e aos altos custos na

medida em que dá liberdade para o prestador de serviço gastar o que entenda necessário (com maior ou menor rigor) e quando recebe a conta a considera excessiva e cria mecanismos e justificativas para não a pagar.

Assim, o que se propõe como meta prioritária para os hospitais é a implementação de um projeto de qualidade que tenha como componente significativo o controle de custos. Um projeto como este não se concretiza se for assumido apenas pela direção do hospital. O complexo processo de produção hospitalar não permite o seu integral controle por parte da direção. Assim, é necessário que todos que trabalham no hospital tenham este entendimento e o ponham em prática no dia-a-dia. Isto significa compromisso e solidariedade com a instituição.

Embora seja fundamental a participação de todos, existem, no hospital, dois grupos cujo comprometimento é vital: a equipe de enfermagem e o corpo clínico. Pois, se o médico é o principal agente produtivo do hospital por gerar receitas e despesas, a enfermagem se constitui no principal agente de execução dessas despesas. A relação da direção do hospital com o serviço de enfermagem é, tradicionalmente, de parceria e se deve buscar reforçar ainda mais estes laços, com esse serviço respondendo funcionalmente ao principal executivo da organização. Com o corpo clínico, torna-se necessário estabelecer uma relação mais próxima e de maior profundidade que contribua para a constituição de uma verdadeira parceria entre o hospital e os médicos.

### **As relações do hospital com o sistema local de saúde (SILOS)**

De início, vale abordar um aspecto do sistema local para depois chegar à questão específica da relação do hospital com o mesmo. Este aspecto que se constitui em uma das principais características de um sistema local de saúde é a auto-suficiência. Esta auto-suficiência não deve ser entendida de modo absoluto, ou seja, não se pode pretender que um sistema local de saúde disponha de recursos suficientes para a solução de todos os casos. Mas esta auto-suficiência deve ser bastante para a solução dos casos mais frequentes. É claro que essa medida - "os casos mais frequentes" - é muito subjetiva e, portanto, se deve utilizar o bom senso para o estabelecimento deste limite.

Por outro lado, vale referir que o nível de auto-suficiência de um SILOS pode sofrer influência do grau de desenvolvimento tecnológico

local no que se refere particularmente aos meios diagnósticos. Quanto maior for a disponibilidade tecnológica, maior será a pressão no sentido da elevação deste nível de auto-suficiência. Da mesma maneira, a densidade demográfica, o tamanho da população e o seu nível de organização também influem no nível de auto-suficiência de um sistema local de saúde.

Na perspectiva de um nível razoável de auto-suficiência de um SILOS, cumpre papel fundamental a presença de um hospital. Quando se diz "presença" não significa necessariamente no território de abrangência do sistema local nem a exclusividade ao atendimento aos pacientes do mesmo. Essa "presença" quer dizer a disponibilidade materializada através de um eficiente sistema de referência. Assim, a simples presença geográfica de um hospital em um determinado SILOS não assegura a sua participação na assistência à população local, principalmente nas realidades em que convivem o setor público e o setor privado, especialmente aquele com finalidade de lucro.

A contribuição da unidade hospitalar para um razoável nível de auto-suficiência de um SILOS pode ser analisada sob dois aspectos:

1 - Assistência ambulatorial - dispondo ou não o hospital de uma unidade ambulatorial, pode o mesmo prestar relevantes serviços assistenciais a pacientes ambulatoriais principalmente no que se refere a procedimentos de diagnose aí disponíveis e que não o são ao nível das unidades ambulatoriais do SILOS.

A presença de determinados recursos mais sofisticados no hospital e não nas unidades ambulatoriais decorre de algumas razões:

a) **A demanda** - sendo recursos mais complexos devem ter indicações restritas. Conseqüentemente, a demanda deve ser pequena, o que contra-indica sua alocação em pequenas unidades.

b) **O custo** - o acelerado desenvolvimento tecnológico ocorrido nas últimas décadas trouxe como subproduto uma correspondente elevação dos custos desses novos equipamentos. Assim, torna-se inviável se propor a alocação desses equipamentos em todas as unidades.

c) Diante das duas razões anteriormente apresentadas, se poderia questionar: Tudo bem que não se coloquem esses equipamentos em todas as unidades, mas por que escolher o hospital? A resposta é simples: o perfil dos quadros mórbitos atendidos por meio da internação e por duas razões. Primeiro, porque os pacientes internados requerem, com maior frequência, o uso desses equipamentos; segundo, porque é obviamente

muito mais complexa a remoção desses pacientes. É claro que a localização geográfica passa a ter importância quando se fala de longas distâncias, principalmente quando há dificuldades de transporte.

2 - A outra contribuição do hospital em um sistema local refere-se à assistência hospitalar propriamente dita - todos têm claro que determinados tipos de assistência só podem ser prestados a nível hospitalar. Talvez o exemplo mais forte sejam as cirurgias de médio e grande porte. Por outro lado, existem determinadas situações que na maioria dos casos podem ser assistidas fora do hospital, mas que em uma certa proporção têm que ser realizadas no hospital. Um exemplo disso poderia ser o parto. Quando normal, o parto pode ser assistido na própria residência da parturiente, ou em casas de parto, mas quando ocorrem complicações tem que ser realizado em um hospital, pois pode se transformar em um parto cirúrgico ou requerer outros recursos só disponíveis numa unidade hospitalar, como a terapia intensiva. Por exemplo, por melhor que seja a assistência pré-natal, um parto onde não se prevê complicações elas podem ocorrer, é preferível, que o mesmo se dê em uma Unidade Hospitalar.

Assim, colocado como o hospital pode participar de um sistema local de saúde, passa-se a discutir um pouco a operacionalização dessa participação. Como já referido anteriormente, mais importante do que a presença física do hospital em um SILOS é a existência de um eficiente sistema de referência. Para tanto, um importante aspecto é a organização da oferta dos serviços prestados pelo hospital no sentido de viabilizar o acesso dos usuários.

Nesse tema, tem havido uma discussão equivocada, muitas vezes se colocando o hospital como “inimigo” da atenção primária. Na verdade, a questão central é a quem cabe o comando da assistência ao paciente. Hoje, com raríssimas exceções, cabe ao hospital. E aí é que está o problema. O comando deve caber à atenção primária, que ao se constituir na verdadeira porta de entrada do sistema definiria o perfil assistencial necessário, bem como a demanda. Desse modo, o hospital cumpriria um papel de apoio à rede básica, garantindo a continuidade da assistência.

## Os autores respondem

The authors reply

### Tendências na assistência hospitalar

Os comentários dos debatedores nos permitiram refletir ainda mais sobre o tema Tendências da Assistência Médico-Hospitalar, pois cada um deles é especialista em sua área de atuação, enquanto que nós somos generalistas na gestão desse tipo de serviço, atuando em serviços públicos e privados, lidando com operadoras e financiadores privados e com o SUS e, a rigor, reconhecendo a falta que fazem indicadores epidemiológicos e de qualidade. Assim, a leitura dos textos de Portela, Rehm e Figueiredo, apesar da diferença nas suas inserções profissionais e, portanto, das suas leituras do futuro da realidade da assistência médico-hospitalar, nos levou a formular uma resposta que aborda de maneira integrada os seus comentários, para os quais preferimos olhar de forma integrada e não isoladamente. Desde já agradecemos a eles pela oportunidade de retomarmos nossas idéias iniciais e de matizá-las com novas percepções, sobre pontos que não tínhamos enfatizado o suficiente no texto original.

Um dos assuntos para cuja discussão fomos provocados a responder questiona a possibilidade de aumento no mercado de planos de saúde privados. Sua retomada depende de crescimento econômico, tendo em vista o presente interesse das operadoras em trabalhar basicamente com pessoas jurídicas e considerando que os custos da assistência obrigam a existência de um terceiro pagador. Pode ocorrer que as empresas, no fundo as reais financiadoras da assistência, optem por retirar o intermediário, no caso as operadoras, mas esta opção não se coloca no momento. No modelo norte-americano, na verdade, as HMOs, consideradas equivalentes às medicinas de grupo, mais do que operadoras, são um modelo de gestão e prestação de serviços, freqüentemente remunerados por empresas ou por pessoas físicas. Grandes empresas como a Kaiser Permanente trabalham com muita competência o risco, mas fica claro que naquele país muitas empresas de menor dimensão não têm a prática de contratar operadoras.

Cabe pensar, quando se discute financiamento, quais são os atores considerados no cenário, por exemplo, qual o papel dos hospitais filantrópicos, que recebem recursos tanto do SUS