

Aparte todas essas questões e tantas outras levantadas no artigo, tem me mobilizado, em especial, acreditar no potencial da gestão da clínica como caminho para a melhoria contínua dos processos e dos resultados pertinentes à atenção à saúde. Tomando a governança clínica (*clinical governance*) como referência teórica, princípios apontam:<sup>3,4</sup> (1) seu pertencimento à gestão organizacional, requerendo condução pela organização e não somente iniciativas implementadas por unidades profissionais ou indivíduos da organização; (2) a necessidade de desenvolvimento de uma abordagem integrada para a qualidade nas organizações de saúde, invocando estratégias gerenciais de melhoria da qualidade e profissionais de avaliação da qualidade e auditoria; e (3) o foco no processo da assistência à saúde, o que inclui a decisão clínica, considerando a adequação, efetividade e eficiência de alternativas tecnológicas frente aos problemas de saúde e populações visados, com forte subsídio da medicina baseada em evidência.

E, neste contexto, um grande desafio é como pactuar no sistema de saúde, como um todo, e nos microssistemas, que dele fazem parte, a produção de saúde e a produção de bons serviços de saúde; melhor ainda, como pactuar a melhoria contínua de processos de atenção à saúde, incluindo práticas eficazes, efetivas e eficientes, segundo o conhecimento científico vigente e, consequentemente, a melhoria de resultados. Os níveis e formas de pactuação podem ser diversos, sublinhando-se a importância de que o processo de melhoria de qualidade esteja contemplado nos contratos entre gestores e prestadores de serviços. Entretanto, mais que nunca, me parece que o ponto central é se preocupar menos com a maquiagem e investir na mudança de atitude dos diversos atores envolvidos. Incluir a assistência como dimensão central das organizações de saúde é um ponto de partida importante. Mas também é fundamental que lideranças promovam redes de convencimento e compartilhamento de objetivos organizacionais, envolvendo todo o conjunto de unidades e de profissionais da organização, sob o entendimento de que todos têm de se fazer co-responsáveis pelo processo de assistência e resultados observados e de que a melhoria contínua de qualidade não se dá por estratégias isoladas.

Não bastará intencionar, sendo fundamental medir de onde se parte e cada ponto atingido no percurso... Não bastará ter medidas de produção do cuidado, sendo fundamental que a elas se adicionem medidas do produto do cuidado...

Enfim, não bastará conhecer, sendo fundamental fazer a gestão do conhecimento, como subsídio do que inovar, do que preservar e, até, do que não fazer.

## Referências

1. Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
2. Portela MC, Lima SML, Barbosa PR, *et al*. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:811-818.
3. Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual Health Care* 1999; 8:184-190.
4. Donaldson LJ, Gray JA. Clinical governance: a quality duty for health organizations. *Qual Health Care* 1998; 7:S37-S44.

## Serviços hospitalares e mercado privado de planos de saúde: desafios e relacionamento

Hospital services and health plan private market: challenges and relationship

**Luiz Fernando Figueiredo**<sup>2</sup>

Os estudiosos em saúde coletiva passaram a enxergar e abordar o segmento suplementar de planos de saúde privados mais propriamente nos últimos dez anos, coincidentemente à criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Acredito que dois dos principais resultados já mensuráveis da criação da agência, ainda uma pré-púbere, foram o de estabelecimento de estratégias iniciais para o acúmulo de informações do setor e o estímulo aos pensadores em saúde coletiva em conhecer este mercado, até então virtualmente ignorado pela academia e pelo governo. Era notável nos primórdios da ANS a carência de informações e de profissionais conhecedores do mercado privado de planos e seguros de saúde.

<sup>2</sup> Diretor Técnico e de Produtos em Saúde – Tempo Participações (Gama Saúde, Gama Odonto, Connectmed CRC e USS Serviços). [figueiredo@crc.com.br](mailto:figueiredo@crc.com.br)

Mesmo não sendo um dos focos principais do artigo, o texto de Ana e Gonzalo reforça esta evolução do saber que agora começa a ser construído sobre o segmento de operadoras privadas de saúde, caracterizando-o como um dos *stakeholders* do sistema assistencial brasileiro o qual **deve ser integrado de maneira sinérgica para o alcance dos desafios e do que necessita ser feito dentro do contexto da assistência hospitalar no país** (grifo nosso).

Nesta linha, como elemento gestor do mercado privado de planos de saúde, procurarei agregar ao artigo trazendo à discussão apenas algumas questões que considero mais relevantes. Dentro do prisma principal de desafios do setor hospitalar e do que necessita ser feito, procurarei aqui reforçar e acrescentar argumentos aos pontos que considero mais importantes sob o enfoque de operadoras de planos de saúde, curiosamente o primeiro e o último citados no parágrafo final do resumo do artigo, quais sejam, (i) a necessidade de se olhar em longo prazo e (ii) a incorporação do médico na solução dos problemas.

#### **A necessidade de se olhar em longo prazo**

O mercado privado de saúde complementar contempla atualmente um pouco menos que um quarto da população brasileira, sendo o segundo maior mercado privado em volume populacional do mundo, superado apenas pelo norte-americano (e, muito provavelmente em poucos anos, pelo chinês). O volume financeiro movimentado no setor privado brasileiro de planos de saúde é hoje praticamente equivalente ao volume despendido pelo setor público.

Embora com crescimento estagnado há cerca de dez anos, o setor continua representativo e não resta mais qualquer dúvida sobre sua perenidade na realidade nacional. A questão que fica é quanto à retomada do crescimento deste mercado, discutindo-se se este voltará minimamente vegetativo, de equivalência à evolução do produto interno bruto ou ainda se sofrerá algum estímulo mediante desregulações e incentivos.

Quando o artigo aborda desafios ao setor hospitalar brasileiro, refere como primeiro passo obrigatório a identificação de imperiosas novas alternativas para o seu financiamento. Acredito que os autores saberão melhor comprovar a importância dos convênios médicos como receita complementar à do Sistema Único de Saúde (SUS) para parcela significativa da rede hospitalar nacional. Em muitas situações, o “convênio médico” acaba viabilizando a continuidade do atendi-

to ao SUS, permitindo a interpretação da fonte pública marginalmente cobrindo os custos variáveis do atendimento, sendo o investimento e os custos fixos notadamente financiados pelos parceiros privados. O texto tangencia esta discussão ao se referir à dupla porta de entrada dos hospitais universitários.

A partir da premissa acima, o principal estímulo ao debate que gostaria de questionar e trazer à rediscussão pelos autores é quanto à interpretação dos efeitos de uma retomada vigorosa do crescimento do mercado de planos de saúde, tanto para o SUS quanto especificamente para o segmento hospitalar privado.

Os defensores desta retomada, entre os quais me incluo, argumentam que o crescimento do setor privado de planos reduz, na mesma proporção deste crescimento, a necessária cobertura populacional do SUS, aumentando o financiamento *per capita* do modelo público. O efeito positivo ao setor hospitalar é inegável por representar remuneração mais compatível aos serviços prestados, conforme a lógica anteriormente descrita.

Os críticos aos planos de saúde privados, como bem refere o artigo, repousam seu principal argumento na renúncia fiscal permitida ao modelo privado. Entendo e defendo, sem mesmo entrar no mérito desta inegável renúncia semelhante a tantas outras de tantos outros setores da economia, que este efeito deletério ao caixa governamental não tem qualquer relação direta com o “sub-financiamento” do SUS.

Nesta linha, o principal entrave da nova legislação de planos de saúde ao crescimento do mercado repousa na obrigatoriedade integralidade da atenção e cobertura, permitindo que a subsegmentação de novos planos se dê apenas entre ambulatorial e hospitalar. Esta nova realidade, além de encarecer os modelos assistenciais ofertados, é o determinante preponderante da estagnação e até involução do mercado privado de planos, além de culminar especialmente deletério ao segmento hospitalar mais regional ou periférico que procurava receita alternativa fixa com oferta de planos “caseiros” de saúde. Estes serviços, muitos filantrópicos, se viram de uma hora para outra obrigados a “contratar” e referenciar congêneres com maior complexidade para oferecer uma atenção complementar por força de lei e por vezes impagável a seus usuários contratantes de planos, inviabilizando em muitos casos, a meu ver, também esta possível receita alternativa.

O contra-argumento para uma liberalização desta subsegmentação, além de uma exigência

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