

Debates GVsaúde

ISSN 2316-6657

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ■ Edição Especial ■ Outubro de 2012

Especial QualiHosp 2012

Qualidade e Segurança: Educação e Prática no Século XXI



**Congresso Internacional
de Qualidade em Serviços
e Sistemas de Saúde**



COMISSÃO CIENTÍFICA

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA
Amil Assistência Médica Internacional S/A
Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino – ABRAHUE
Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE
Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO
Associação Médica Brasileira – AMB
Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP
Associação Nacional dos Programas de Pós-graduação em Administração – ANPAD
Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da EAESP – GVsaúde
Conselho Federal de Enfermagem – COFEN
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS
Conselho Regional de Administração – CRA
Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP
Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – EPE UNIFESP
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto – FMRPUSP
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – FM UFMG
Faculdade de Medicina do ABC
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSPUSP
Federação Brasileira de Administradores Hospitalares – FBAH
FGV Projetos
Fundação Getulio Vargas - Escola de Administração de Empresas de São Paulo - FGV-EAESP
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP
Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA RS
Hospital Israelita Albert Einstein
Hospital Moinhos de Vento
Hospital Samaritano de São Paulo
Hospital Sírio-Libanês
Ministério da Saúde
Omint
Organização Nacional de Acreditação – ONA
Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR
Rede Labs D’Or
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM
União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS
Universidade Federal da Bahia – UFBA
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
Universidade Federal do Ceará – UFC
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Sumário

Editorial 5 Ana Maria Malik

Entrevistas: Palestrantes Internacionais

Pedro Luis Delgado Gherzi 12 Georges Maguerez

Nicolaas Sieds Klazinga 17 Georges Maguerez

Relatório das Oficinas de Trabalho

Avaliação de Tecnologias em Saúde 24 Lucila Pedroso da Cruz
Cláudio Tafla

Indicadores Assistenciais e Sistemas de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Saúde 32 Denise Schout

Qualidade e Segurança 37 Ana Maria Malik, Laura Maria Cesar Schiesari, Pubenza Lopes Castellanos

Modelo de Remuneração dos Prestadores de Serviços de Saúde 46 Álvaro Escrivão Junior
Carlos Eduardo P. da C. Figueiredo



Editorial – Apresentação

Ana Maria Malik
Coordenadora do GVsaúde

Editorial

Ana Maria Malik

APRESENTAÇÃO

Já se tornou praxe o novo modelo do QualiHosp, no qual se intercala o Congresso, no qual ocorre a apresentação de trabalhos, e o Seminário, evento mais curto e com trabalho mais interno, reflexivo, com vistas a formular a temática do Congresso seguinte. 2012 foi o ano do Seminário.

A presente publicação reflete o conteúdo do 12^o QualiHosp, cujo tema foi “Qualidade e Segurança: Educação e Prática no Século XXI”. A intenção era discutir as formas utilizadas para levar conhecimentos sobre Qualidade e Segurança em saúde aos profissionais da área.

Para isso, tivemos um painel internacional sobre a educação e a prática voltadas para a qualidade e a segurança, com a presença do Prof. Niek Klazinga, do Prof. Pedro Delgado e do Prof. Milton de Arruda Martins. O Prof. Klazinga, responsável pela área de qualidade em saúde da OCDE (Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico), falou sobre o trabalho da área, os dados e os indicadores coletados e a situação dos países membros dessa organização. O Prof. Delgado, do IHI (*Institute for Quality Improvement*) apresentou o programa de educação a distância sobre qualidade e segurança desenvolvido pelo Instituto (o *Open School*) e oferecido mediante inscrição a todos os interessados. O Prof. Arruda Martins, da Faculdade de Medicina da USP, envolvido profundamente com educação médica, apresentou um panorama da formação desses profissionais no país e suas perspectivas.

No período da tarde ocorreram cinco painéis simultâneos, sobre *educação para a qualidade, educação para o sistema, educação nos serviços, acesso a novas tecnologias e regulação e qualidade*. Nesses painéis, a intenção foi trazer experiências existentes no país, em diferentes estados e municípios, tanto no setor público quanto no setor privado, de maneira a apresentar aos participantes iniciativas bem-sucedidas existentes no país, que podem ser replicadas. Também foi discutida, como pode ser observado, a atuação das agências reguladoras do setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

PAINÉIS E PALESTRANTES

	PALESTRANTES	MODERADOR
Educação para a Qualidade	Florentino Cardoso – Associação Médica Brasileira (AMB), Elizabeth Teixeira – Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) e Sebastião Benício da Costa Neto – Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP)	Pubenza Lopes Castellanos – GVsaúde
Educação para o Sistema	Marco Antonio B. Matos – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES MG), Marcos R. Ymago e Pedro Felix Vital Junior – Hospital Santa Marcelina e José Lucio Machado – Universidade Cidade de São Paulo (UNICID)	Vanessa Sayuri Chaer Kishima – GVsaúde
Educação nos Serviços	Maria Madalena Januário Leite – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP), Leonice dos Santos – Hospital Sírio-Libanês e Vera Lúcia Peixoto S. Mendes – Rede INOVARh	Maria D’Innocenzo – Comissão Científica
Acesso às Novas Tecnologias	Roberto de Queiroz Padilha – Hospital Sírio-Libanês, Cristina Satoko Mizoi – Hospital Israelita Albert Einstein, Adson França – Ministério da Saúde	Lucila Pedroso da Cruz – GVsaúde
Regulação e Qualidade	Carlos Eduardo P. da C. Figueiredo – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), André Paes de Almeida – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Moises Goldbaum – Fundação para o Remédio Popular (FURP)	Márcio Vinicius Balzan – GVsaúde

O relatório ainda traz o resultado das quatro oficinas de trabalho ocorridas. Elas representam a participação de cerca de 111 profissionais, que trabalharam durante um dia, com roteiros previamente preparados, de maneira a discutir temas que fazem parte do conteúdo do QualiHosp: *Avaliação de Tecnologias em Saúde; Indicadores Assistenciais e Sistemas de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Saúde; Modelo de Remuneração dos Prestadores de Serviços de Saúde e Qualidade e Segurança*. Estas oficinas foram coordenadas por pesquisadores ligados ao GVsaúde e participantes da Comissão Executiva do evento (Lucila Pedroso da Cruz, Denise Schout, Alvaro Escrivão Jr., Laura Maria Cesar Schiesari, Pubenza Lopes Castellanos e Ana Maria Malik). Esses temas foram analisados à luz da produção acadêmica dos participantes ou das experiências dos serviços nos quais eles trabalham.

Finalmente, tivemos a oportunidade de realizar entrevistas com nossos convidados internacionais. O intuito dessa iniciativa foi saber o quanto as iniciativas de qualidade e segurança que ocorrem no Brasil são conhecidas por estudiosos do assunto. Além disso, buscamos obter a sua percepção sobre o que pode ser feito no país para melhorar a situação na qual se encontra em 2012.

Acreditamos que os leitores deste relatório terão uma ideia clara sobre o que foi discutido no evento ocorrido nos dias 3 e 4 de abril de 2012. Desta forma, tivemos a oportunidade de documentar um momento da trajetória do nosso país na busca de oferecer à população cada vez mais acesso à saúde, com qualidade e segurança.

Boa leitura! Boas ideias!

Até o próximo QualiHosp

Ana Maria Malik



ENTREVISTAS

Pedro Luis Delgado
Gherzi

Niek Klazinga

Entrevistas

Os dois convidados internacionais do QualiHosp 2012 foram entrevistados durante o evento para assim conhecermos melhor suas trajetórias e atividades, bem como a realidade de seus países.

Niek Klazinga conta um pouco da sua grande experiência na Holanda, na Europa, e agora no OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Niek atua na área da gestão, sobretudo da qualidade, há 25 anos, sendo uma importante referência. Niek aborda ainda alguns aspectos relacionados à avaliação do desempenho de serviços e sistemas de saúde, sobretudo por meio de indicadores. Pedro Delgado, por sua vez, fala do trabalho no *Institute for Healthcare Improvement* – IHI, dando uma boa visão da contribuição deste para o avanço da qualidade em saúde nos Estados Unidos e nos demais continentes. Sua experiência europeia e latino-americana permite fazer um bom balanço do que ocorre nestas diferentes realidades.

Arriscamos ainda sondá-los sobre a percepção que têm do que se passa no Brasil atualmente, bem como as perspectivas.

As entrevistas foram feitas por Georges Maguerez.

Entrevista com Pedro Delgado

Georges Maguerez

Pedro Delgado é Diretor Executivo do IHI Instituto para a Melhoria da Assistência à Saúde ou Institute for Healthcare Improvement (IHI). Ele trabalha com esforços de melhoria em larga escala do sistema de saúde na Europa e América Latina. Atualmente, seu trabalho inclui programas no Reino Unido e iniciativas emergentes na América Latina. Pedro Delgado liderou anteriormente esforços pioneiros de melhoria em larga escala na Irlanda do Norte. Trabalhou com diferentes parceiros – prestadores de serviços, políticos, representantes dos pacientes e reguladores no desenho, desenvolvimento e oferta de um programa nacional abrangente, visando oferecer saúde sustentável, segurança ao paciente e iniciativas de melhoria da qualidade. Sua formação é rica e diversa e foi feita nos Estados Unidos e Reino Unido, incluindo futebol no seu país natal, a Venezuela. O Senhor Delgado também trabalhou com saúde mental na Venezuela e no Reino Unido, sobretudo no tratamento de abuso de substâncias e prevenção num contexto ambulatorial. É formado em Psicologia e Negócios Globais, e tem mestrado em Gestão da Assistência à Saúde e Liderança.

SUA EXPERIÊNCIA

Você acha que na América Latina, na Irlanda, na Inglaterra e nos EUA a melhoria da qualidade está crescendo da mesma maneira?

Não é possível dizer que todo país segue o mesmo processo de desenvolvimento. De fato, é muito dependente da história de cada país e das soluções escolhidas para melhorar a qualidade. Depende muito do contexto. Acho que há uma progressão natural que começa inicialmente com uma aceitação comum do problema, depois as pessoas veem que existem soluções, para finalmente começarem a fazer alguma coisa. Nos EUA e na Europa há uma consciência real. Em relação à segurança, por exemplo, algumas ações isoladas foram iniciadas precocemente por algumas pessoas. Hoje, a segurança é parte integrante de todas as políticas nacionais de saúde.

Acho que na América Latina estamos, de alguma forma, um pouco atrás em termos de conscientização e de vontade de revelar os dados relacionados aos resultados. A progressão do movimento da qualidade é a mesma, mas com alguns anos de atraso. Serão necessárias mudanças, tanto na mentalidade das pessoas, quanto do sistema. Por exemplo, no Brasil, o sistema de saúde oferece cobertura universal e os pacientes estão esperando maior qualidade do sistema. O sistema vai mudando com a mudança das mentalidades.

Você acha que a melhoria da qualidade é universal ou que existem diferenças entre os países?

Os países estão seguindo, mais ou menos, a trilogia de Juran¹: planejamento da qualidade,

1 Joseph Motes Juran - Engenheiro e Consultor, famoso por seu trabalho com qualidade e gestão da qualidade

controle da qualidade e melhoria da qualidade. Na Venezuela, acho que o país migrará para a acreditação dentro de três ou quatro anos. Será um jeito de “colocar a casa em ordem”, por assim dizer. Mas acho também que o país irá rumo à melhoria da qualidade, porque a mudança terá que acontecer no trabalho cotidiano dos profissionais, para ir além das normas existentes. Assim, neste sentido, os movimentos de melhoria da qualidade são muito semelhantes entre os países, embora alguns considerem incorretamente a acreditação como melhoria. Mas é verdade que a acreditação pode resolver alguns problemas.

Mas não há um caminho obrigatório passando primeiro pela garantia da qualidade ou pela acreditação, para depois ir rumo à melhoria. Na África, onde estive regularmente nos últimos três anos, pude ver que não há um caminho único. A melhoria pode começar sem passar previamente pela garantia da qualidade. Melhoria e garantia da qualidade não são sequenciais, cada dinâmica tem seu lugar, dependendo do contexto.

Você acha que todas as nações vão progressivamente convergir para um mesmo sistema de saúde?

Acho que há grandes mudanças na maioria dos sistemas de saúde. A partir de sistemas onde o hospital ou o médico são o ponto central e os pacientes são passivos e onde também os cuidados de saúde primários são limitados, os países estão migrando para novos sistemas onde o paciente realmente se torna ator de seus cuidados, onde os profissionais são organizados em redes, com um cuidado predominantemente multidisciplinar. Esta mudança é uma questão importante para a América Latina, onde a hierarquia é muito forte, onde o médico está muitas vezes separado do resto da equipe. Todos os países estão nesta transição, mas isso vai levar tempo, variando entre países em função dos incentivos, das culturas e das mentalidades. O crescimento do poder dos pacientes é o principal motor dessas mudanças: eles querem qualidade, então querem ter acesso a informações sobre o que podem esperar do sistema de saúde, ao invés de estarem em posição inferior em relação ao profissional que os trata. O paciente está se tornando cada vez mais um real parceiro dos profissionais.

Você participou da campanha IHI intitulada “5 Milhões de Vidas”? Como você avalia os resultados obtidos?

Uma das maiores conquistas desta campanha foi o impulso que gerou. Conseguir reunir 4.000 hospitais que voluntariamente se comprometeram a melhorar a segurança é, por si só, um resultado muito importante. Não há muito a dizer além do fato de que esta campanha teve um grande impacto em termos de sensibilização para a segurança do atendimento. Mas é verdade que a maioria das críticas foi sobre os resultados anunciados, especialmente na primeira campanha de “400.000 vidas”. Conseqüentemente, a segunda campanha, a “5 milhões de vidas” não anunciou os resultados... O IHI teve o cuidado de evitar as críticas, ele explicou que a campanha poderia ter um impacto, mas que um grande número de elementos dentro do sistema poderia também influenciar os resultados. A questão que surge agora no IHI é: qual será a próxima

campanha? Queremos gerar uma dinâmica em torno de temas importantes, por que não sobre os temas do “*empowerment* dos doentes” ou “redes de cuidados”?

Há uma reflexão neste momento no IHI sobre a continuação dessas campanhas. Na América Latina, através da associação “*América Latina Consortium para a Segurança*”, temos a intenção de iniciar uma campanha, reunindo uma centena de hospitais em dez países, em torno do tema “Infeções venosas centrais nas Unidades de Cuidados Intensivos”. Este tema foi escolhido porque a solução é óbvia e foi demonstrada, poderemos assim ter resultados. O IHI e as demais organizações envolvidas esperam alcançar resultados tangíveis.

SUA ATIVIDADE ATUAL

A iniciativa “*IHI Open School*”, ou Escola Aberta do IHI é fantástica! Quais são os maiores desafios para sua difusão no mundo?

Um dos maiores obstáculos à difusão é o acesso à tecnologia: ter acesso à Internet e computadores suficientes para funcionar corretamente. A outra barreira importante é o problema da língua. Começamos muito humildemente com o espanhol e o português, o que aumenta a cobertura. Ainda nos faltam o francês e o chinês para alcançar uma cobertura quase global. Finalmente, há a questão da relevância do conteúdo. Nossa intenção não é fazer um mestrado sobre a segurança do paciente, mas fornecer as bases desse conhecimento. O objetivo não é levar as pessoas para o doutorado, mas interessá-las a fim de que possam praticar de maneira mais segura. A questão agora é o que fazer com os estudantes que frequentaram o curso, que obtiveram os certificados. O que fazer com eles, como mantê-los em nossa rede? Queremos manter este contato e o IHI está desenvolvendo projetos para responder a essa questão.

Assim, como parte das minhas atividades, eu sou o responsável por um projeto global denominado QIC (*Quality and Innovation Center*) – “Centro da Qualidade e Inovação”. O objetivo dessa iniciativa é oferecer recursos para um sistema ou para uma região geopolítica, para promover e desenvolver o conhecimento sobre a melhoria contínua da qualidade. O primeiro princípio é melhorar os hospitais para ter um impacto sobre os povos e as culturas. Nosso desafio é desenvolver a liderança em melhoria da qualidade, consolidar os conhecimentos, gerar novas ideias e achar caminhos para conseguir resultados. O segundo princípio é o aprendizado global (*global learning*) com a ambição de construir uma rede global. Estamos hoje à procura de Centros da Qualidade e da Inovação (“*Quality and Innovation Center – QIC*”) na África, na América Latina e também provavelmente dois novos centros na Europa e dois outros na Ásia. Teremos assim uma cobertura quase global.

Iniciativas do IHI e mensagens de Donald Berwick são ouvidas no mundo todo, cada vez por mais pessoas. Por que não existe uma difusão mais rápida da Melhoria de Qualidade, especialmente nos Estados Unidos?

A resposta a esta pergunta pode ser muito conservadora ou muito controversa. O IHI visa im-

plementar uma filosofia em torno do desenvolvimento de ideias e soluções, motivando as pessoas a usar soluções já identificadas e comprovadas. Essas ideias têm, por vezes, dificuldades de ingressar no presente contexto. Nos EUA existem vários mecanismos muito complexos de incentivos e de sanções pecuniárias que podem dificultar a implementação destas iniciativas. O sucesso é, por vezes, independente de seu valor intrínseco. Mas acho que, em geral, o clima é sempre otimista, com foco em resultados, e não nas deficiências.

SUA VISÃO SOBRE O BRASIL

Existe um grande número de iniciativas da qualidade no Brasil. O IHI vai integrar esse movimento. Como o IHI se diferenciará das outras iniciativas? Como estas iniciativas se posicionam em relação às demais?

Nossa filosofia é basear-se nos esforços já existentes. Não somos concorrentes e queremos nos manter neutros. Nossa ambição é ajudar as pessoas a partir de seu ponto de partida: se elas não sabem nada, nós as ajudaremos a aprender. Se elas têm amplo conhecimento, queremos ajudá-las a alcançar um nível de conhecimento superior.

Você acha que as iniciativas da qualidade no Brasil devem ser iniciadas pela diretoria (abordagem “*top-down*”) ou, inversamente, a partir da base, das atividades da ponta (abordagem “*bottom-up*”)? Qual será a abordagem usada pelo IHI no Brasil?

Queremos iniciar as duas abordagens simultaneamente: a IHI *Open School* é para todos, uma abordagem “*bottom-up*” e queremos, ao mesmo tempo, oferecer programas para a liderança. O IHI vai iniciar programas com sete níveis para diretores executivos. O currículo acompanha os diretores numa transformação de um estágio no qual eles veem a qualidade como não fazendo parte integrante da sua responsabilidade, para um estágio em que eles são totalmente responsáveis pela qualidade. Devemos atingir o “coração” das pessoas para motivá-las, mas devemos também falar das questões financeiras para demonstrar o valor da Melhoria Contínua da Qualidade. Devemos agir também para mudar a cultura muito hierarquizada na América Latina, muito focada nos médicos.

Qual é a relação entre a acreditação e a melhoria contínua da qualidade? As duas abordagens podem coexistir?

Acho que ambas as abordagens devem coexistir, porque ambas são fundamentais. A acreditação é muito importante porque as organizações devem ter um reconhecimento de que elas seguem determinados procedimentos, de que elas estão envolvidas com uma determinada qualidade. Acho que o casamento é possível e desejável. Muitas vezes, o departamento da qualidade dos serviços das instituições é responsável somente pela acreditação, e não trabalha com a melhoria contínua da qualidade. Acho que seria melhor integrar os dois programas.

SUA VISÃO SOBRE O MUNDO

Don Berwick² saiu recentemente da organização Medicare / Medicaid. Esta saída foi voluntária? Pode-se falar de um fracasso ou de um sucesso?

Sua saída não é um fracasso, é uma questão puramente política, uma consequência das batalhas que opõem os Republicanos e os Democratas e que às vezes ultrapassam qualquer lógica racional. Ele esteve no Congresso por um período inicial de 18 meses. Depois, para continuar, ele deveria receber a aprovação de ambos os partidos do Congresso. Apesar do fato de Don Berwick ter feito, durante este período, um trabalho notável, iniciando um projeto de grande amplitude, o clã dos Republicanos não aceitou a renovação do seu período.

Na Europa, você acha que a atual crise vai afetar as iniciativas da qualidade nos sistemas de saúde?

Isso vai depender de como os países vão enfrentar a crise. É uma situação difícil para o movimento da qualidade. Eu acho que haverá sempre necessidade de melhoria da qualidade, mas a situação não é fácil. Os sistemas de saúde estão em transição e devem continuar a mudar. É difícil prever como estes sistemas vão evoluir. Uma coisa é certa, as coisas vão sair do *status quo*. A situação mudará na maioria dos países e será interessante acompanhar os caminhos que serão escolhidos para desenvolver e consolidar sistemas de saúde de qualidade.

2 Donald Berwick, pediatra americano, é um grande líder na divulgação da qualidade em saúde. Envolveu-se com o gerenciamento nesta área no Plano da Demonstração Nacional – PDN (em inglês, National Demonstration Project – NDP). Ele adapta para a saúde os conceitos utilizados na indústria, mostrando como empregar o GQT (Gestão de Qualidade Total) nesta área. Tem estudado a gestão dos sistemas de cuidados de saúde, com ênfase no uso de métodos científicos e medicina baseada em evidências e pesquisas eficácia comparativa para melhorar a troca entre qualidade, segurança e custos. Berwick foi administrador dos Centros de Serviços Medicare e Medicaid, presidente e executivo do Institute for Healthcare Improvement- IHI, uma organização sem fins lucrativos para ajudar a liderar a melhoria dos cuidados de saúde em todo o mundo.

Entrevista com Niek Klazinga

Georges Maguerez

O Professor Niek Klazinga é atualmente coordenador do projeto de Indicadores da Qualidade da Assistência no OCDE em Paris (OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico ou *Organisation for Economic Cooperation and Development*). É médico e professor de Medicina Social no Academic Medical Center da Universidade de Amsterdã. Esteve envolvido em vários projetos de pesquisa em serviços de saúde e debates sobre políticas e diretrizes para a qualidade da assistência ao longo dos últimos 25 anos. É ainda professor visitante da Universidade Corvinus em Budapeste, Hungria; presidente do Conselho Científico da Organização Holandesa para a mensuração sistêmica das vivências dos pacientes; Presidente do Comitê Nacional de Especialistas em Indicadores da qualidade da assistência do Ministério da Saúde da Holanda; conselheiro da OMS Europa; conselheiro do Instituto Canadense de Informática em Saúde; membro do *Board of Trustees* da Clínica Isala (Zwolle), um dos maiores hospitais universitários da Holanda, e do Arkin (Amsterdam), um dos maiores institutos de saúde mental, também na Holanda.

SUA EXPERIÊNCIA

Você está envolvido com o movimento da qualidade em saúde na Europa desde o seu nascimento. Retrospectivamente, você acha que esse movimento foi um sucesso?

Sim, o movimento da qualidade foi um sucesso. Estou envolvido com qualidade desde 1985. No início trabalhava no Instituto Holandês para a Melhoria da Assistência à Saúde (CBO). Nessa época começaram a falar da qualidade, mas não era algo importante. Hoje, a Qualidade é cada vez mais importante para os profissionais e também para os políticos em geral.

Como você vê hoje a evolução do movimento da qualidade?

A perspectiva é diferente, dependendo do ponto de vista do ator. Para os profissionais, as evidências de pesquisa são importantes, o que gera a necessidade de desenvolver pesquisas sobre qualidade. O conhecimento científico sobre qualidade deveria ser utilizado na prática dos profissionais. Mas há uma lacuna entre o conhecimento científico e sua aplicação na realidade. Para o paciente, a qualidade tornou-se ainda mais importante. Colocar o paciente no centro dos cuidados reforça a necessidade de qualidade e de segurança. Daí a importância de medir a qualidade para informar os pacientes sobre a qualidade dos cuidados que eles estão recebendo.

Finalmente, a qualidade também se tornou um elemento importante em termos financeiros. Os elevados custos dos cuidados à saúde reforçam a importância da dimensão financeira nas políticas de saúde. Após um período de aproximadamente quinze anos em que o desafio era sobretudo controlar os custos, os tomadores de decisão devem agora administrar os sistemas de saúde baseando-se na qualidade e no desempenho.

Sim, podemos dizer que os diferentes atores se interessam pela qualidade, mas cada um tem a sua própria visão sobre o que é qualidade e sobre o que deveria ser feito. Consequentemente o resultado é adiado, mas o interesse existe. Uma definição única da qualidade poderia ser útil, claro. Na década de 90, na Holanda, trabalhamos para desenvolver uma definição da qualidade, mas chegamos à conclusão de que não existe uma definição universal, ela depende do objetivo. Por exemplo, um indicador pode ser útil para os profissionais e totalmente inadequado para os pacientes ou políticos.

Em sua opinião, quais foram as experiências que mais contribuíram para a melhoria da qualidade do atendimento na Europa?

Não podemos dizer que foi uma experiência em especial, mas sim um conjunto de pequenas coisas que fizeram a diferença. Em relação às políticas de saúde, o maior sucesso é o fato da qualidade ter se tornado parte integrante da administração dos sistemas de saúde. Isto é fundamental, porque significa que todo mundo quer ter informações sobre a qualidade: isso não existia antes.

Da mesma forma, o desenvolvimento de práticas baseadas em evidência teve um impacto concreto na qualidade. O fato de avaliar, localizar e destacar as melhores práticas ajudou a melhorar a qualidade do atendimento. Obviamente, há um tempo longo entre a disponibilização do conhecimento e sua aplicação nas práticas dos profissionais, mas esse movimento teve um impacto significativo nos sistemas de saúde.

Pessoalmente a experiência que me trouxe mais satisfação foi aquela que realizamos na Holanda no início de 2000, o “Quadro Nacional de Desempenho” (*National Performance Framework*). Trabalhamos com o Ministério da Saúde para definir um quadro de desempenho durante dois anos. Foi emocionante, porque por um lado você tem a visão científica por meio da análise da literatura científica, e por outro, um lado muito prático e interativo com os profissionais para discutir e chegar a um consenso. Hoje, esse quadro ainda existe e é utilizado; dois relatórios bianuais do Ministério usam esse quadro de desempenho.

Gostaria também de mencionar a introdução no sistema de saúde da medição sistemática da experiência do paciente. Iniciados nos EUA após o interesse de uma seguradora em torno de questões específicas, os questionários têm evoluído e agora são rotineiramente utilizados.

Essas duas últimas experiências foram iniciadas em pequena escala. Hoje, elas estão institucionalizadas. Acredito que essas experiências tiveram realmente um impacto sobre o sistema de saúde na Holanda.

SUA ATIVIDADE ATUAL

Como você explicou na sua palestra no QualiHosp 2012, o monitoramento de indicadores contribui para a melhoria da qualidade. É fácil para um país implementar um conjunto de indicadores do sistema de saúde?

Acho que é uma boa coisa quando um país busca um conjunto de indicadores que lhe permita

avaliar a qualidade do seu sistema de saúde. Na OCDE, tentamos desenvolver um conjunto de indicadores para esta finalidade. Isto está longe de ser perfeito e há ainda muitas áreas não cobertas, pois em muitas, os dados simplesmente não existem. Mas já é um começo.

Sim, é útil para um país definir a qualidade a ser oferecida pelo seu sistema de saúde. A questão é conseguir medir estatisticamente o funcionamento geral do sistema.

Você acha que só os países desenvolvidos podem pagar o preço para ter indicadores de desempenho?

O uso de indicadores é sempre apropriado, qualquer que seja o país. A disponibilidade de dados pode ser obviamente diferente na várias realidades. Para os países em desenvolvimento, é particularmente relevante seguir essa abordagem para orientar a estrutura do seu sistema de informação a fim de fornecer estatísticas nacionais. Toda secretaria de saúde necessita de indicadores de desempenho que devem ser disponibilizados para o público. Na OCDE, em 2002, os ministros da saúde reunidos no Canadá constataram que todos os países já tinham dados sobre custos, dados sobre a saúde das populações, mas não tinham dados sobre o desempenho das diversas dinâmicas existentes nos sistemas de saúde. Este foi o ponto de partida de um mandato para a OCDE desenvolver indicadores comuns para medir o desempenho dos sistemas de saúde. Um país como o Brasil, que vive um grande desenvolvimento econômico, deve antecipar as futuras mudanças do seu sistema de saúde. Ele deve ser capaz de avaliar seu sistema de saúde a fim de compará-lo com os de outros países.

Você acha que os indicadores têm uma dimensão cultural? Eles são os mesmos para todos os países?

Alguns indicadores são afetados pela cultura do país, outros não. Particularmente aqueles relacionados à experiência do paciente, pois as expectativas podem variar de acordo com a cultura. Mas para a maioria, a abordagem cultural não tem nenhum impacto. A esperança de vida em cinco anos das mulheres com câncer de mama é medida da mesma maneira, independentemente do país, por exemplo. Mas embora haja variações, mais ligadas às diferenças étnicas do que às diferenças entre os países, é possível ajustar estatisticamente os dados para um determinado grupo.

No âmbito da OCDE, publicamos indicadores idênticos para todos os países e temos a cada dia menor número de reclamações. As reações estão se tornando mais maduras. Publicamos dados sobre qualidade em saúde em 2005, 2007, 2009 e 2011. Recebemos mais pedidos de esclarecimentos do que críticas. Os países querem uma explicação de alguns resultados, na maioria das vezes dos que estão negativos. Nossa missão é fornecer dados, e não julgar. Nós só adicionamos uma explicação se o resultado mostrar uma grande variação. O exemplo dos indicadores de segurança do paciente é interessante. Tínhamos os dados de 2009, mas alguns países eram contra a publicação, porque os resultados não foram tão bons quanto o esperado. Mas em 2011, na publicação dos mesmos dados, pudemos ver que os países que tiveram um desempenho menos adequado em 2009, como o Canadá e a Suíça, melhoraram significativamente o seu sistema. Não sabemos se contribuí-

mos para essas melhorias, os benefícios são para o país. Não se pode dizer se a segurança melhorou ou se a coleta dos dados é hoje mais completa e adequada, levando à melhoria do indicador. Mas o resultado é a melhora do indicador.

Um sistema de monitorização da qualidade é frequentemente baseado na participação voluntária. Você acha que uma abordagem obrigatória levaria aos mesmos resultados?

Os países da OCDE não são obrigados a aderir ao programa, eles podem ou não fornecer os dados. Mas ao entrar no programa, é preciso cumprir os requisitos de coleta de dados para que as comparações possam ser feitas internacionalmente. Às vezes, os dados de um país não são usados porque são ruins, outras vezes, é o país que nos pede para não usar os dados que forneceu. Normalmente são os profissionais de saúde dos países que fornecem os dados para o governo. Para tanto, várias são as abordagens: por vezes, os profissionais para serem credenciados necessitam fornecer seus dados; em outros casos, são os planos de saúde que necessitam de determinados indicadores de desempenho. Às vezes, uma associação de pacientes pode pressionar as instituições a divulgarem seus dados de desempenho. Mas os próprios prestadores podem colher e transmitir seus dados espontaneamente. Tenho visto, em muitos países, associações profissionais que coletam os dados para compartilhar com outros profissionais, em encontros científicos ou em publicações. Isso faz parte do controle interno da qualidade, comparar seus dados para melhorar.

SUA VISÃO SOBRE O BRASIL

Qual seria o sistema de monitoramento do desempenho do sistema de saúde mais adequado para o Brasil? Um sistema único ou múltiplos sistemas, por exemplo, um para cada estado?

Esta é uma pergunta muito difícil de responder e seria muito arrogante da minha parte respondê-la! Mas todos os níveis do sistema de saúde deveriam se interessar por indicadores. Se você está no nível regional, no nível federal, no planejamento, em uma companhia de seguros, há uma vontade de dispor de informação de qualidade, mesma que ela seja básica. O importante é que os dados coletados possam ser comparados com outros. Que as ações sejam locais ou nacionais, é desejável que haja uma relativa homogeneidade. Nesta perspectiva, o Brasil não é muito diferente de países como Espanha, Itália ou a Dinamarca, onde o diálogo é fundamental para decidir o que deve estar no relatório nacional e o que deve constar no relatório regional. Nesta abordagem, é importante que os políticos e pesquisadores trabalhem juntos para desenvolver indicadores válidos e relevantes para a política de saúde.

O Brasil poderia contribuir para o movimento da qualidade? Que experiências poderiam interessar os países europeus?

Estou positivamente impressionado com o número de coisas que ocorrem atualmente no Brasil. Há um número crescente de estudos produzidos. O artigo publicado no jornal da *Internacional*

Society for Quality in Healthcare (ISQua) em 1999 pela equipe do Rio dá uma visão geral do sistema de saúde brasileiro. Este artigo merece ser atualizado para mostrar como o sistema evoluiu ao longo destes 13 anos. Estou realmente impressionado com o que acontece aqui no Brasil e espero que os estudos sejam publicados, ou pelo menos que haja resumos em inglês para serem acessíveis a um público mais amplo. O Brasil é um país tão grande que as experiências são, certamente, únicas. Elas podem ser importantes fontes de conhecimento e aprendizado para outros países.

SUA VISÃO SOBRE O MUNDO

A crise econômica mundial não afeta apenas os sistemas financeiros, mas também os sistemas sociais. A redução de despesas é uma obrigação. Você acha que isso afeta a qualidade do atendimento?

A única resposta para essa pergunta é medir a qualidade. Como a redução de custos afeta a qualidade do atendimento? Mostre-me as estatísticas! É certo que países como a Grécia estão preocupados com esta questão. Há uma grande discussão sobre o impacto dos cortes orçamentários sobre a qualidade do atendimento e, obviamente, a pesquisa não destaca o que a população está vivendo. Mas o principal é a qualidade ser monitorada. Crises levam os países a mudar seus sistemas: os sistemas de saúde do século 21 devem ser diferentes daqueles do século 20 e, por isso, indicadores de desempenho permanecem fundamentais. É interessante ver, na Europa, que os diferentes sistemas de saúde estão se movendo rumo a um único modelo global de governança baseado nesta simples pergunta: Que tipos de serviços devem ser oferecidos gratuitamente para a população e como controlar o desempenho dos serviços oferecidos?

E para finalizar, como manter a qualidade?

Você precisa de duas coisas: medir a qualidade e melhorá-la. Medir não é fim em si mesmo, deve envolver a melhoria. Mas o monitoramento da qualidade é um dos pilares do PDCA! (Plan, Do, Check and Act)



RELATÓRIO
DAS OFICINAS
DE TRABALHO

Oficina de Trabalho

Avaliação de Tecnologias em Saúde

Coordenação dos Trabalhos:

Lucila Pedroso da Cruz
Claudio Tafla

Hospital das Clínicas da FMUSP/PROAHS/GVsaúde
Amil

Relatoria:

Marcelo Cristiano de Azevedo Ramos

Hospital das Clínicas da FMUSP

Palestrantes:

Ricardo Kuchenbecker
Clarice Alegre Petramale
Claudio Tafla

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Ministério da Saúde – CONITEC
Amil

Participantes:

Alexandre Henrique Hermini
Aline Trindade de Azevedo
André Paes de Almeida
Antônio Carlos Onofre Lira
Camila Sardenberg
Clarice Alegre Petramale
Claudio Tafla
Davi Rumel
Elisa Aparecida Alves Reis
Fabiano Rennó Goulart
Fernando Quintella
Jorge Luís da Cunha Carvalho
José Eduardo Lopes da Silva
Lucila Pedroso da Cruz
Magda Pereira Mulazzani
Marcelo Cristiano de Azevedo Ramos
Marcello Bonfim
Maria Cristina Soares Guimarães
Nelmar Rodrigues
Patricia Vendramim
Ricardo Kuchenbecker
Vanessa Teich
Vera Lúcia Peixoto S. Mendes
Wilson Rezende

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
OMINT
Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Hospital Sírio-Libanês
Hospital Israelita Albert Einstein
Ministério da Saúde – CONITEC
Amil
Associação Saúde da Família
Hospital Israelita Albert Einstein
Hospital das Clínicas da FMUSP
FGV Projetos
Agência Nacional de Saúde Suplementar
Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
Hospital das Clínicas da FMUSP/PROAHS/GVsaúde
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Hospital Sírio Libanês
ICT/Fundação Oswaldo Cruz
Evidências/Unimed Rio Claro/FMRP
Hospital Samaritano – SP
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Medinsight
Universidade Federal da Bahia
GVsaúde

1. METODOLOGIA DA OFICINA

O período da manhã foi reservado para a realização de palestras, com convidados representantes de instituições acadêmicas, Ministério da Saúde e setor privado da saúde. Na sequência, procedeu-se à discussão do tema entre participantes e palestrantes, contando com a coordenação dos organizadores da Oficina. Cada participante foi convidado a selecionar três expressões que melhor definissem o entendimento individual em relação à avaliação de tecnologias em saúde. Finalizada esta etapa, realizou-se a síntese do debate e das principais recomendações apontadas.

2. PALESTRAS

2.1 Aspectos Conceituais da Avaliação de Tecnologias em Saúde

– Prof. Dr. Ricardo Kuchenbecker

O Prof. Dr. Ricardo Kuchenbecker iniciou apresentação citando a experiência do Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS) – rede constituída há três anos por nove universidades públicas e um hospital privado. O Instituto desenvolve revisões sistemáticas, metanálises, pareceres técnicos, estudos em Economia da Saúde, análises de impacto orçamentário, cursos de capacitação e atividades de formação acadêmica com o objetivo de fomentar e disseminar condutas e práticas baseadas em evidências.

Na sequência, o professor observou que o Brasil encontra-se em momento de construção de seu *modus operandi* em Avaliação de Tecnologias em Saúde – fenômeno que tem ocorrido simultaneamente ao próprio processo de construção do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um projeto de amplo escopo e com inúmeras variáveis de difícil aglutinação. Em relação a este escopo, citou a grande quantidade de novos lançamentos e a relação disponibilizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que extrapola os milhares de produtos.

Dentre os desafios, um dos que se mostra mais premente na visão do professor é a difícil tarefa de conjugação entre referencial teórico, metodologias e ferramentas anglo-saxônicas de avaliação de tecnologias em saúde com um processo decisório pautado pela cultura latina. Afirmou ainda que o modelo de tomada de decisão baseado em evidências sustenta-se na disponibilidade de informações confiáveis, métodos de síntese de literatura recente e tradução de pesquisas em processos de decisão. Por outro lado, o modelo tradicional-político ancora-se em fatores contextuais externos como cultura, estrutura de governança, necessidade e demanda. Neste sentido, constatou ainda certa incipiência relacionada à cultura e à estrutura de governança – aqui entendida como diferentes esferas de governo, prestadores de serviços, órgãos reguladores, representação de usuários, instituições de ensino e agentes externos.

Também acrescentou que as abordagens para organizar e institucionalizar os mecanismos de avaliação de tecnologias têm sido parciais e com diversos atores assumindo ainda uma postura mais

expectante. Neste contexto, envolver toda a governança do sistema em abordagens complementares e que contemplem as diferentes perspectivas da sociedade parece ser um desafio.

Outro aspecto importante citado está relacionado à descentralização político-administrativa e à capilaridade das ações de saúde em um território de proporções continentais. Neste caso, tem se mostrado imprescindível o envolvimento das diferentes esferas de governo no processo de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde. Além disso, a capacidade de realizar a gestão do sistema pressupõe racionalidade e maturidade. No entanto, a formação do gestor é vista como um fator limitante, na medida em que, por vezes, este que é o responsável pela operacionalização das políticas de saúde sequer concluiu o ensino fundamental.

Além disso, em relação aos países anglo-saxônicos, o Brasil ainda precisa avançar em temas relativos a financiamento, cobertura, acesso e equidade. Atualmente, estes países discutem a negativa de cobertura a determinados procedimentos de alta complexidade para faixas etárias mais elevadas e o *desinvestment*, processo representado pelo desestímulo a práticas sem adequado embasamento científico. No Brasil, tal discussão ainda parece estar um pouco distante.

Outro ponto de destaque foi a atratividade do mercado de saúde brasileiro, que atualmente é um dos maiores consumidores de medicamentos e produtos para a saúde no mundo. Esta constatação poderia justificar a forte pressão à incorporação da inovação e determinar um *by-pass* à avaliação para introdução de novos conhecimentos e tecnologias aos serviços de saúde.

O professor também lembrou do anseio da população em receber a chamada “saúde personalizada”. Neste sentido, a demanda por serviços de saúde tem se mostrado crescente, mais exigente e centrada na lógica do usuário, que cada vez mais tem acesso a informações sobre terapias na Internet.

Por estes motivos, o professor finalizou sua exposição lembrando a importância de se entenderem os processos decisórios do Sistema Único de Saúde para a incorporação de ferramentas de gestão e tecnologias em saúde. Variáveis como cultura, estrutura de governança, processo de reforma sanitária ainda em movimento, *modus operandi* centrado na lógica do pensamento latino e no uso de ferramentas anglo-saxônicas, transição demográfica e epidemiológica e extensão territorial do país certamente exercem alguma influência no cenário de avaliação de tecnologias em saúde.

2.2 Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

– Dra. Clarice Petramale

A Dra. Clarice Petramale iniciou sua apresentação caracterizando o cenário existente quando da promulgação do referencial legal para a avaliação e incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde. Descreveu o processo de democratização do país, segundo o qual a população passou a exigir transparência e informação relativa às ações de saúde.

Comentou que, neste contexto, também surgiu um processo de judicialização em saúde sem precedentes, de caráter exponencial e explosivo. Tal evento inicia-se com uma ação individual e a rápida generalização dos direitos adquiridos para toda população com características semelhantes. Este processo tem grande capacidade de promover a desorganização do sistema, na medida em

que desconsidera planejamento prévio, estratégias de alocação de recursos, priorização de ações e equidade.

A doutora descreveu, na sequência, a estruturação do sistema de ressarcimento segundo a lógica do procedimento. Comentou que, com o surgimento de novas tecnologias de elevado custo, o modelo de gerenciamento clássico precisaria sofrer alterações. Assim, o novo marco legal surgiu como uma tentativa de preencher a lacuna de regulamentação na articulação da rede no uso de tecnologias, distribuição geográfica e hierarquização.

Neste contexto, em 2 de fevereiro de 2012, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) se reuniu pela primeira vez. Trata-se de um grupo formado por treze representantes do Ministério da Saúde e de outras partes interessadas. O objetivo desta comissão é realizar análises e propor recomendações relativas à incorporação tecnológica no país. Estas análises visam à introdução de novos procedimentos à Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), à atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e à revisão e criação de protocolos clínicos.

A doutora também lembrou a capacidade que a tecnologia tem de só se assentar em ambiente fértil em tecnologia. Neste caso, citou o exemplo do tratamento oncológico, impensado fora de centros de atenção de alta complexidade, como as Unidades Básicas de Saúde. Diante disto, citou o desafio à implantação das recomendações da Comissão, dada a existência de centros com diferentes recursos no país.

Assim, provavelmente o grupo recomendará a incorporação de tecnologias condicionada a centros de alta complexidade e/ou a pesquisas que estudem desfechos em condições reais. A constituição de parcerias com hospitais e rede de ensino será fundamental nestes estudos.

Tais estudos também poderão ser utilizados em propostas de compartilhamento de riscos com a indústria farmacêutica, já que muitas vezes os produtos são lançados no mercado sem análises completas que contemplem os desfechos relevantes para doença. Isto já ocorre em países desenvolvidos em que o pagamento é proporcional ao resultado obtido em condições reais. A título de exemplo, este seria o caso de determinado medicamento que cita em bula a eficácia de 30% e, em estudos reais, o resultado mensurado foi de 15%; nesta situação, o pagamento seria proporcional ao benefício, ou seja, metade do valor inicialmente proposto.

Finalmente, a doutora lembrou o desafio em distribuir racionalmente os recursos financeiros, de modo a não comprometê-los em poucas iniciativas nem desassistir a população. Comentou ainda a necessidade de que a incorporação tecnológica dialogue com as prioridades do governo, tais como saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso e urgência e emergência.

2.3 Incorporação de Tecnologias no Setor Suplementar de Saúde

– Dr. Claudio Tafla

O Dr. Claudio Tafla iniciou sua apresentação traçando um panorama geral do setor privado da saúde no Brasil, setor que consome mais da metade dos recursos financeiros em saúde do país e cuja

cobertura alcança cerca de um quarto da população nacional. Também lembrou que as despesas com assistência médica e com planos de saúde representam o segundo maior gasto das empresas, após folha de pagamento.

Na sequência, comentou que a formação médica estimula a formulação de diversas hipóteses diagnósticas e a utilização de diversas tecnologias para confirmá-las ou descartá-las. Este processo, ainda que imprescindível para o aprendizado, de certa forma é entendido como um desperdício no setor privado, uma vez que onera a empresa.

O doutor também afirmou que a judicialização no setor privado é uma realidade e atualmente determina de 5 a 10% do custo dos planos de saúde. Complementou dizendo que, embora exista um contrato determinando a cobertura contratada, em 82% dos casos de solicitação de liminar, o beneficiário recebe parecer favorável em primeira instância.

Também lembrou que a aquisição de um plano de saúde pode determinar incremento à utilização. Por este motivo, a inflação da saúde tem sido maior que a inflação geral. Neste contexto, estuda-se a possibilidade de empoderar o usuário, delegando-lhe decisão dos gastos e negociação, como forma de reduzir despesas.

Finalmente, comentou que o setor ainda atua de forma mais reativa do que proativa em relação à avaliação de tecnologias em saúde, incorporando principalmente aquilo que é determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ou que traz retorno sobre o investimento em curto espaço de tempo. No entanto, tem surgido um movimento no sentido de avaliar internamente a incorporação de tecnologias ainda não contempladas no rol, por questões de sustentabilidade financeira. Além disso, dada a riqueza de dados disponíveis nas plataformas de informação das operadoras, começa a despontar produção científica no setor privado, em parceria com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

3. ARGUMENTOS E QUESTÕES ABORDADAS DURANTE O DEBATE

- Comentou-se que o fenômeno de judicialização tem como origens a formação do profissional que atua na assistência, o sistema de remuneração segundo a lógica do procedimento e a falta de maior transparência no processo de incorporação de tecnologias.
- Reiterou-se a necessidade de formação adequada do profissional que atua na assistência, uma vez que o juiz segue o parecer médico, ainda que equivocado.
- Para os profissionais de Direito, sugeriu-se maior estímulo à realização de cursos de saúde baseada em evidências e incentivo à formação de grupos para discussão de questões relacionadas ao setor de saúde.
- Afirmou-se que a soma dos procedimentos previstos no Sistema Único de Saúde não determina a integralidade, de modo que existe a necessidade de se pensar em mecanismos de remuneração diferenciada para prestadores com melhores resultados.
- Comentou-se da necessidade de maior transparência no processo de incorporação de tecnologias em saúde, mediante a garantia de acesso à informação para a população usuária e a tradu-

ção de pareceres técnicos em linguagem compreensível para todos. Neste contexto, lembrou-se da estratégia recente do CNPq de valorizar publicações para públicos heterogêneos.

- Citou-se que os critérios de priorização devem seguir o planejamento estratégico do Ministério da Saúde, que contempla as propostas de governo apresentadas à população durante o processo eleitoral. Além disso, foram lembrados critérios como preço, prevalência, existência de tratamento bem instituído, disponibilidade de dados para avaliação de resultados e possibilidade de responsabilização do paciente como premissas para esta priorização.
- Constatou-se a necessidade de maior participação dos diferentes atores na discussão, como forma de equilibrar os conflitos de interesse e compartilhar riscos e responsabilidades.
- Comentou-se que as discussões relativas a incorporação de tecnologias não têm acompanhado o surgimento de novas tecnologias, de modo que se faz necessário pensar em um modelo que se adeque à nossa realidade e velocidade de resposta.
- Lembrou-se do desafio de tornar a avaliação de tecnologias em saúde reconhecida pela população como ferramenta imprescindível à sustentabilidade do sistema de saúde. Comentou-se que, atualmente, o processo é pouco conhecido até mesmo entre os profissionais de saúde.
- Afirmou-se que os sistemas de informação disponíveis ainda não estão preparados para atender às necessidades da nova carga de doenças que vem surgindo com o envelhecimento populacional. Tal fato pode impactar na capacidade de se tomarem decisões adequadas e transparentes.
- Constatou-se a necessidade de se buscarem externalidades positivas no processo de introdução de novas tecnologias, como o ensino e a geração de conhecimento, além do próprio tratamento.
- Discutiu-se a necessidade de se incorporarem também tecnologias leves, de menor custo, centradas no cuidado e voltadas à segurança do paciente. Trata-se de uma oportunidade para as instituições trabalharem com novas tecnologias de barreira e estimularem a acreditação.
- Apontou-se para o desejo de remuneração por benefício clínico. Neste sentido, devem-se estimular as empresas que se submetem ao parecer da CONITEC a realizarem estudo de custos e desfechos clínicos relevantes para a doença – não apenas os desfechos parciais exigidos para o registro na ANVISA.
- Observou-se que, inúmeras vezes, o preço praticado no Brasil relativo às novas tecnologias é superior ao de países desenvolvidos, sem uma justificativa plausível.
- Constatou-se a necessidade de redução na incerteza do custo do tratamento, sobretudo em Oncologia. Sugeriu-se trabalhar com os grupos que mais se beneficiariam com a introdução de determinada tecnologia.
- Comentou-se que alguns centros fazem o uso tutelado de novas tecnologias, adquirindo quantidades limitadas de materiais e medicamentos para o período de avaliação inicial.
- Verificou-se a necessidade de se padronizar a nomenclatura de procedimentos, equipamentos e materiais para permitir a realização de estudos comparativos entre prestadores. Além disso, discutiu-se a necessidade de abolição do discurso que segregava setores público e privado, já que o sistema de saúde é único.
- Comentou-se da transição tecnológica e da importância de projeto de renovação de tecno-

logias baseado em padrões de vida útil dos ativos. Lembrou-se também da importância do *desinvestment* e da necessidade de se planejar o descarte do material ainda no momento da sua aquisição.

- Discutiu-se a importância da regulação como direcionadora e indutora do processo de incorporação de tecnologias. Reiterou-se a importância da criação de diretrizes de utilização como forma de orientar situações em que deve ou não haver cobertura, uma vez que se observa o empobrecimento de definições como necessidade e demanda.
- Comentou-se que a incorporação tecnológica deve estar condicionada a centros de excelência que permitam o acompanhamento adequado do paciente em relação à necessidade de outras tecnologias e de profissionais qualificados. Também foi lembrada a importância da medicina preventiva como forma de reduzir a necessidade de utilização de tecnologias complexas.
- Questionou-se o acompanhamento das ações judiciais. Não parece haver avaliação quanto às condições de aplicação da decisão e quanto às possibilidades de entendimento por parte do usuário. Além disso, não se tem obtido retorno nos casos em que, posteriormente, a tecnologia prescrita mostrou-se sem efetividade.
- Comentou-se do interesse da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS em formar uma rede de hospitais, nos moldes da Rede Sentinela, para a avaliação de tecnologias em saúde. Num primeiro momento participariam hospitais de ensino, analisando pesquisas e pareceres realizados externamente. Num segundo momento, estes desenhariam estudos e realizariam dossiês de pesquisa. Num terceiro momento, haveria a ampliação para outros hospitais, inclusive privados. Lembrou-se da importância de que esta rede seja robusta e se sustente em eventuais mudanças políticas.
- Citou-se também a necessidade de se instituir grupo interno nos hospitais para a gestão da incorporação tecnológica, nos moldes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- Afirmou-se a relevância de maior aproximação entre academia e prática. Neste sentido, sugeriu-se a realização de projetos-experimento e de estudos multicêntricos como formas de gerar conhecimento científico e auxiliar na inclusão de produtos e procedimentos ao Sistema Único de Saúde.
- Comentou-se da importância de definição de agenda mínima para incorporação tecnológica por parte da CONITEC. No entanto, estados e municípios poderiam oferecer tecnologias adicionais conforme necessidades regionais de saúde.
- Ressaltou-se também a necessidade de incentivo à multidisciplinaridade, contemplando equipes administrativas, assistenciais e de apoio.
- Comentou-se o modo peculiar de tomada de decisão no país, entendido como “brasilidade”. No entanto, dada a dimensão continental do país, a afirmação foi complementada com a constatação da existência de diversos “Brasis”.
- Finalmente, foi sugerido um modelo sintético para englobar os comentários do grupo em três grandes categorias fundamentais para o processo de avaliação de tecnologias em saúde: recursos, pessoas e informação.

4. RECOMENDAÇÕES

- Incentivo a melhorias na formação do profissional que atua na assistência e dos gestores públicos em relação a avaliação e utilização de tecnologias em saúde.
- Priorização da multidisciplinaridade, contemplando equipes administrativas, assistenciais e de apoio.
- Estímulo à transparência do processo mediante garantia de acesso à informação e participação de diferentes partes interessadas.
- Condicionamento da incorporação tecnológica a centros de excelência.
- Incentivo à criação de diretrizes de utilização para as novas tecnologias, em parceria com instituições acadêmicas e redes de hospitais.
- Incentivo à remuneração por benefício clínico e priorização dos grupos que mais se beneficiam de determinada tecnologia.
- Estímulo à incorporação de tecnologias leves, de menor custo e voltadas para a assistência.
- Incentivo ao planejamento da renovação tecnológica e *desinvestment*.
- Estímulo à promoção de saúde e à prevenção de doenças como formas de reduzir a necessidade de tecnologias complexas.

Oficina de Trabalho

Indicadores Assistenciais e Sistemas de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Saúde

Coordenação dos Trabalhos:

Denise Schout

GVsaúde

Relatoria:

Aline Yukimitsu

S&T Consulte Saúde

Palestrantes:

Denise Schout

GVsaúde

Raquel Medeiros Lisboa

Agência Nacional de Saúde Suplementar

Participantes:

Alexandre Vieira Ribeiro da Silva

S&T Consulte Saúde

Aline Yukimitsu

S&T Consulte Saúde

Ana Aparecida Andrade

Hospital Estadual de Diadema

Angela Melim

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Camila Sardenberg

Hospital Israelita Albert Einstein

Clara Sette Whitaker Ferreira

Hospital Menino Jesus

Cristiane Lourenço Ribeiro

Instituto Via Pública

Daniel Coudry

Associação Nacional de Hospitais Privados

Denise Schout

GVsaúde

Didier Ribas

Hospital Geral de Itapeverica da Serra

Dorisaia Carvalho de Humerez

Conselho Federal de Enfermagem

Germany Veloso

FGV-EAESP

Helena Barreto dos Santos

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Joice Claudia de Carvalho Camargo

Instituto Via Pública

Katia Y. N. Furusawa

S&T Consulte Saúde

Leonardo Justin Carâp

Qualimed

Marcia Maiumi Fukujima

Hospital Estadual de Diadema

Maria de Lourdes de Oliveira Moura

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Marília Cristina Prado Louvison

SES-SP/ Instituto de Saúde

Paulo Cesar Souza

Amil

Raquel Medeiros Lisboa

Agência Nacional de Saúde Suplementar

Sheyla Maria Lemos Lima

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio

Arouca – ENSP

1. OBJETIVO

O objetivo da oficina foi debater os sistemas de avaliação e monitoramento implantados recentemente em nosso meio tanto no âmbito da gestão do SUS quanto para avaliação de prestadores promovida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Para contextualizar e incitar a discussão houve uma apresentação feita por representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS do Programa de Monitoramento de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar. Adicionalmente, os participantes trabalharam em grupo para discussão a partir do roteiro (Anexo I). Dessa discussão, foi elaborada uma proposta de recomendações para os sistemas de avaliação e monitoramento a ser encaminhada aos principais *stakeholders* (ANS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – MS-SAS).

Atividade 1: Apresentação dos Programas de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar

Dra. Raquel Lisboa

Foram apresentados os Programas de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (RN nº 267/2011) e de Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS (RN nº 275/ 2011).

O QUALISS consiste de um sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviço na saúde suplementar, por meio de indicadores que possuem validade, comparabilidade e capacidade de discriminação dos resultados. Um dos objetivos dos indicadores selecionados é a disseminação de informações sobre a qualidade assistencial aos beneficiários, visando o aumento de sua capacidade de escolha; aos prestadores, visando o fomento de iniciativas e estratégias de melhoria de desempenho; e às operadoras de planos privados de assistência à saúde, visando uma melhor qualificação de suas redes assistenciais.

Os prestadores de serviços elegíveis ao QUALISS são aqueles informados através do Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS como integrantes da rede assistencial das operadoras. Aos outros prestadores, a participação é facultativa.

Os domínios a serem avaliados, que perpassam os indicadores selecionados e que constituem os eixos do QUALISS, com base nas dimensões da qualidade em saúde, são os seguintes: efetividade, eficiência, equidade, acesso, centralidade no paciente e segurança.

A construção do sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviços será efetuada nos seguintes estágios que determinam o ciclo de vida dos indicadores: Planejamento (Estágio 1 – E.1), Avaliação controlada (E.2), Generalização do uso (E.3) e Descontinuado (E.4).

O QUALISS refletirá a avaliação sistemática dos resultados dos indicadores individualizados por prestador e coletivamente, para obtenção de medidas de tendência central e de outros parâmetros estatísticos, e promoverá a divulgação pública dos resultados, por meio da rede mundial de computadores (Internet), contribuindo para o aumento do poder de escolha dos beneficiários de planos de saúde.

Para fazer parte do sistema de medição, foram escolhidos os indicadores mais utilizados ou já obrigatórios em outras instâncias.

Comentários:

Os participantes da oficina Indicadores Assistenciais e Sistemas de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Saúde parabenizaram a ANS pelo QUALISS, que consideram um passo importante para a profissionalização de grande parte dos prestadores de serviços de saúde.

No entanto, como a iniciativa é ainda incipiente, não é possível prever se o Programa pode subsidiar a construção de um sistema de pagamento por performance. Adicionalmente, há ainda um grande distanciamento entre o conhecimento produzido neste campo e a realidade.

A pesquisa de Monitoramento da Qualidade Assistencial realizada pela Dra. Denise Schout para a ANS mostra que muitos prestadores ainda não estão maduros na coleta de dados assistenciais e gerenciais, na disponibilização destes dados e na geração de informação.

Outro ponto levantado é que o monitoramento pode levar a ações que reduzam o número de eventos adversos e, conseqüentemente, melhorem a qualidade da assistência prestada.

É muito importante considerar na escolha dos indicadores que eles sejam válidos e comparáveis, seguindo as tendências internacionais.

Atividade 2: Grupos de trabalho para discussão

Grupos de trabalho para discussão orientada por roteiro (Anexo I) para elaborar uma proposta de recomendações para os sistemas de avaliação e monitoramento a ser encaminhada aos principais *stakeholders* (ANS, ANVISA, MS-SAS).

O grupo aponta que as dimensões apresentadas no QUALISS da ANS não são capazes de permitir uma avaliação da rede de serviços de saúde. Foi sugerida a inserção de outras duas dimensões, integralidade e continuidade, para que o sistema de avaliação fique mais completo.

Adicionalmente, foi sugerido que as dimensões sejam avaliadas por três diferentes perspectivas: estrutura, processo e resultado, conforme matriz a seguir:

Matriz para avaliação:

DIMENSÃO	ESCOPO	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO
Efetividade				
Eficiência				
Equidade				
Acesso				
Centralidade no paciente				
Segurança				
Integralidade				
Continuidade				
...				

É necessário considerar também que a escolha das dimensões e de seus respectivos indicadores deve levar em conta as informações já disponíveis e coletadas nos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde – SUS e nos serviços, o que permitirá a implantação de um Sistema de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Saúde com maior rapidez e menor disponibilização de recursos extras tanto por parte dos serviços de saúde quanto dos responsáveis pelo Sistema.

O incentivo a iniciativas como implantação de Comitês de Qualidade e Segurança do Paciente, informatização dos prestadores, organização dos processos de trabalho, desenvolvimento de cultura pela Qualidade, melhoria no fluxo de registro, coleta e armazenamento de dados, qualificação dos profissionais tanto de nível operacional quanto gerencial, integração entre os sistemas de informação, implantação de time de respostas rápidas, participação no sistema de notificação de eventos adversos, padronização de indicadores/ taxonomia, investimento em educação continuada, aumento no financiamento por entidades de fomento de pesquisas em Qualidade e Segurança do Paciente podem favorecer o aprimoramento e o sucesso de um Sistema de Avaliação e Monitoramento Nacional.

O acompanhamento e divulgação dos indicadores que compõem esse Sistema, além de empoderar alguns cidadãos no processo de escolha do prestador de serviços ou da operadora de plano de saúde e na cobrança por melhores resultados, propiciarão ferramentas para alavancar e disseminar programas para avaliação de custo-efetividade, sistemas de alerta para capacidade instalada, contingenciamento, redução de desperdícios, prevenção quaternária, melhoria da qualidade da assistência prestada, possibilidade de comparação entre os prestadores e gestão pela qualidade. Ou seja, pode ser um importante instrumento para gestores de serviços e de sistemas de saúde públicos e privados atuarem de forma objetiva e mais efetiva com definições de prioridades no planejamento e na gestão de suas organizações e na prestação de serviços de qualidade à população brasileira.

2. RECOMENDAÇÕES

É necessária uma coordenação entre MS-SAS, ANS e ANVISA a fim de otimizar esforços para a construção de um Sistema de Avaliação e Monitoramento de Sistemas de Saúde único voltado para prestadores de serviços de saúde do SUS e da Saúde Suplementar, levando em consideração todos os sistemas de informação já disponíveis, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC; Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN; Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS; Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS; Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB; Sistema de Informações de Imunização – SISPNI; Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX; Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária – Notivisa, a fim de evitar retrabalhos e o consumo de recursos desnecessariamente.

A partir de toda discussão e trabalho, segue a lista de recomendações:

- Fortalecimento do Sistema de Vigilância Sanitária para definição de critérios e qualificação a fim de propor um roteiro nacional;
- Inclusão/ exigência de Programa da Qualidade para os prestadores de serviços de saúde;
- Revisão da municipalização;
- Padronização dos indicadores;
- Aumento no financiamento por parte de agências de fomento à pesquisa para linha de Qualidade e Segurança do Paciente;
- Reconstrução do Serviço de Arquivo Médico e Estatística, que pode ser base para o sistema de vigilância sanitária;
- Investimento no processo de codificação e registro;
Utilização de prontuário eletrônico;
Incentivos para valorizar Programas de Qualidade e Segurança do Paciente.

3. ANEXOS

Anexo I: Roteiro para Debate

- Quais dimensões e respectivos indicadores devem ser monitorados com o intuito de acompanhar a evolução do(s) programas(s) de qualidade e segurança de organizações de saúde?
- Como monitorar os resultados das iniciativas de segurança e qualidade e como traduzir em medidas de economia?
- Qual a relação existente entre o sistema de informação implantado e a qualidade da assistência em uma organização de saúde?
- Qual o impacto dos sistemas de informação no desenvolvimento de um programa da qualidade e segurança?
- O que está faltando para termos um sistema de monitoramento nacional robusto para avaliação de serviços de saúde?
- Quais os principais desafios na formação de recursos humanos para implantação de sistemas de avaliação e monitoramento de serviços de saúde?
- Nas perspectivas de linhas de investigação – quais deveriam ser os projetos para aprofundar, viabilizar e validar sistemas de avaliação e monitoramento de serviços de saúde?
- Defina recomendações – passos e tarefas para viabilizar sistemas de avaliação e monitoramento de serviços de saúde.

Oficina de Trabalho

Qualidade e Segurança

Coordenação dos Trabalhos:

Ana Maria Malik	GVsaúde
Laura Maria Cesar Schiesari	GVsaúde
Pubenza Lopes Castellanos	GVsaúde

Relatoria:

Evandro Penteado Villar Félix	FGV-EAESP
-------------------------------	-----------

Participantes:

Adelia Marçal dos Santos	Associação Saúde da Família
Ana Maria Malik	GVsaúde
Ana Paula S. A. Guimarães	Hospital Sepaco
Anna Margherita Toldi Bork	UNICAMP
Ariane Ferreira da Silva	Hospital Samaritano de São Paulo
Bárbara do Nascimento Caldas	FGV Projetos
Carla Souza Behr	Hospital Israelita Albert Einstein
Carmen Sílvia Gabriel	Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto
Claudia Andrea Ceribeli Coutinho	Hospital Regional de Cotia
Cleide Regina Rodrigues Carlos	Instituto da Criança – HC-FMUSP
Daisy Maria Rizatto Tronchin	Escola de Enfermagem da USP
Daniela Akemi	Hospital São Camilo
Elenara Oliveira Ribas	Hospital Mãe de Deus
Ethel Maris Schroder Torelly	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Evandro Penteado Villar Felix	FGV-EAESP
Fabiane Cardia Salman	Serviços Médicos de Anestesia
Francis Mironescu Tomazini	Faculdade de Medicina da USP
Georges Yves Rene Maguerrez	GVsaúde
Gesonita Salantier Romão	
Helizangela Oliveira	FGV Projetos
Jocelene Batista Pereira	Hospital Geral do Grajaú
Laura Maria Cesar Schiesari	GVsaúde
Luciana Bernucci Barros	Hospital Sírio-Libanês
Luciana Botelho	
Marcos Tucherman	Hospital Israelita Albert Einstein
Margareth Crisóstomo Portela	Fundação Oswaldo Cruz
Maria Angela da Paz	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Maria Carolina de Toledo Sivieri Moreno	Organização Nacional de Acreditação
Maria D'Innocenzo	Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP
Marta Maria Melleiro	Escola de Enfermagem da USP
Melissa Prade Hemesath	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Mirtes Salantris Romão	Autarquia Hospitalar Municipal
Najara Maria Procopio Andrade	Hospital Geral de Itapeverica da Serra
Nancy Val y Val Peres da Mota	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
Olímpio J. Nogueira V. Bittar	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Paola Bruno de Araujo Andreoli	Hospital Israelita Albert Einstein
Polyanna Costa Lucinda	Instituto do Coração – HC-FMUSP

Priscila Rosseto de Toledo	(Hospital São Luiz - Rede D'or
Pubenza Lopes Castellanos	(GVsaúde
Renata Tirza Borges	(Hospital Vila Alpina
Roselaine M. C. de Oliveira	(Hospital Israelita Albert Einstein
Sandra Cristine da Silva	(Hospital Sírio-Libanês
Sandra Denise de Oliveira Clinco	(FGV-EAESP
Sara Diniz Rubinsztejn Azevedo	(Instituto da Criança HC-FMUSP
Solange Amora Aliandro	(Instituto Pasteur/CRA
Tatiana Goloubkova	(FGV-EAESP
Vera Lucia Borrasca	(Hospital Sírio-Libanês
Walter Vieira Mendes Júnior	(Fundação Oswaldo Cruz

1. QUALIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE

O tema qualidade e segurança em saúde tem sido foco do QualiHosp desde suas primeiras edições. Assim, a oficina que se realiza regularmente a respeito já é tradicional e costuma trazer aprofundamentos sobre questões discutidas há duas décadas.

O GVsaúde tem uma linha de investigação voltada para o assunto há muitos anos, como mostra o seu sítio eletrônico (<http://gvsaude.fgv.br/pt-br/pesquisas-e-publicacoes/teses>). Assim, diversos trabalhos têm sido publicados a respeito, desde a discussão de programas de qualidade aplicados a saúde, ISO, acreditação, segurança, satisfação de usuários e cursos pré-Congresso.

Para a Oficina de Trabalho do QualiHosp 2012, reconheceu-se que grande foi o caminho percorrido. Partiu-se dessa premissa para o avanço das discussões.

2. A APRESENTAÇÃO DA OFICINA

Não há dúvida que, nos últimos anos, houve avanços na qualidade e segurança na prestação de serviços de saúde no Brasil. Entretanto, ainda poucos serviços ou sistemas são considerados como exemplos na implantação de ferramentas da qualidade e na prevenção de eventos relacionados à assistência à saúde. Poucos são os que se dispõem a ações voluntárias de avaliações, nacionais ou internacionais, pelas acreditadoras presentes em nosso país.

Apesar do grande aumento da oferta de serviços, tanto públicos quanto privados, à população, o desafio que agora se impõe é garantir que estes sejam praticados de maneira segura e com qualidade. Encarar o problema do subfinanciamento do setor de saúde, com necessidade de otimização da utilização dos recursos, formação adequada dos profissionais de saúde e profissionalização da gestão, com planejamento e estratégias baseadas nas necessidades e demandas da população, é o pano de fundo necessário para se atingir estes objetivos.

Muitos fatores podem estar relacionados à baixa implantação dos programas de qualidade nas instituições de saúde. Desvendá-los é apenas o início para que esta prática se torne corriqueira e natural.

Os agentes responsáveis pelas políticas de saúde em nosso país devem ter papel mais assertivo com relação aos aspectos mínimos de qualidade e segurança assistenciais que devem ser dispensados à sociedade. A obrigatoriedade de padrões mínimos de atendimento, associados a avaliações criteriosas dos serviços e ao oferecimento de condições para que estes padrões sejam adotados, como recursos financeiros e humanos, se impõe, e torna-se um desafio para todos os gestores destes serviços, públicos ou privados. A adoção de políticas públicas claras com relação a estes assuntos ainda é incipiente.

A discussão de temas relevantes e a adoção de práticas de qualidade e segurança por nossas instituições são obrigatórias, e devem nortear os caminhos a serem seguidos por todos que buscam uma prestação de saúde mais efetiva e segura.

3. QUESTÕES DISCUTIDAS NA OFICINA

1) Quais os motivos pelos quais hoje apenas um grupo restrito de organizações é acreditado?

A acreditação de organizações de saúde, tal como ela se encontra estabelecida atualmente, isto é, é voluntária, deixa a critério das próprias instituições e dos seus gestores a decisão de se submeterem ou não a este processo.

Essa decisão está na dependência de vários fatores, entre os quais:

1. A maturidade da organização em se submeter a avaliações externas, expondo seus problemas e dificuldades, com receio sobre a exposição de suas falhas.
2. A ausência de evidências de uma relação custo-benefício positiva, pela falta de resultados financeiros evidentes, com grande dificuldade para a sua quantificação.
3. A falta de resultados assistenciais claros no curto ou médio prazos, não sendo possível responder sobre que vantagens obtiveram efetivamente as instituições que se submeteram a acreditação ou certificação, e quais as desvantagens para quem não se submeteu.
4. Por não verem necessidade de se submeter a estas avaliações, uma vez que consideram que já desenvolvem uma assistência de qualidade e segura, dentro dos mais altos padrões existentes.
5. Os altos custos para sua implantação, protagonizando uma barreira econômica, principalmente, para as instituições de pequeno porte.
6. Falta de política das organizações acreditadoras para atrair mais instituições, com custos menores, disponibilizando acesso a materiais e manuais dos processos de avaliação sem custos ou com custos menores.

No Brasil, o modelo da acreditação como um processo de melhoria contínua da qualidade vem há mais de 20 anos tentando se solidificar no ambiente, principalmente, hospitalar. Porém, atualmente, apenas um grupo restrito de hospitais e organizações são acreditadas. Na sua maioria, situam-se nas capitais das Regiões Sul e Sudeste do Brasil. A necessidade da expansão destas prá-

ticas para as demais regiões do país e para o interior de todas as regiões é fundamental, inclusive para que não haja afluxo de pacientes para os grandes centros, em busca de “ilhas de excelência”.

A grande diversidade de realidades existentes, num país de dimensões continentais como o Brasil, dificulta a adoção ampla de programas de qualidade. Muitas vezes, eles se tornam práticas inacessíveis, pois em muitos locais existe desde a dificuldade de acesso a informações sobre o processo de acreditação, falta de acesso a Internet ou conexões de má qualidade, recursos financeiros escassos e inexistência de boas escolas para capacitação de profissionais. As metodologias de qualidade viriam depois dessas características básicas

Desta maneira, o planejamento, a organização e a implantação de modelos assistenciais locais, regionais ou mais abrangentes, de acordo com as necessidades e demandas de cada localidade, são anteriores a iniciativas como, por exemplo, de acreditação. A visão sistêmica da saúde e de seus padrões mínimos são os primeiros passos para atingir qualidade e segurança assistenciais.

2) Quais as resistências hoje existentes para a disseminação das iniciativas da qualidade em geral?

A formação dos profissionais de saúde, nos dias de hoje, ainda está aquém das necessidades e exigências mínimas quando pensamos em conceitos e práticas de cultura de qualidade e segurança. Não há, de forma evidente, nas nossas universidades, uma preocupação clara com estes temas. No entanto, as universidades e os hospitais universitários e de ensino teriam papel fundamental na formação de profissionais com estas qualificações, além da formação de gestores capacitados a lidar com estes assuntos.

Além disso, há dentro das organizações de saúde resistências à mudança do *status quo*, por receio de mais trabalho ou atribuições, mais responsabilidades, burocratização da atividade assistencial com protocolos, a documentação exigida, exposição das deficiências e falhas, entre outros. Há uma grande dificuldade para a implantação de um trabalho multidisciplinar e integrado.

Estas resistências não são apenas dos colaboradores do nível operacional. Gestores de nível intermediário e de alto escalão também são sujeitos a elas, por desconhecimento dos processos, falta de visão sistêmica da assistência e da própria organização, e despreparo destes gestores para as funções que lhe são atribuídas. Com muita frequência, esses gestores são oriundos diretamente da área assistencial, sem a capacitação adequada.

Em relação à acreditação, por exemplo, não conseguem visualizar que é um meio para se alcançar as metas traçadas de qualidade e segurança (resultado) e não o fim específico de se conseguir um selo de qualidade. Os custos são vistos por estes gestores como um empecilho à adoção de práticas de qualidade e, muitas vezes, não se dão conta dos custos advindos da não adoção das mesmas.

3) Qual o posicionamento da qualidade hoje na saúde e nas organizações?

Há a necessidade de desmistificar o conceito e as práticas de qualidade nas organizações de saúde. A visão de boa parte dos gestores, de que a adoção destas práticas se traduz num aumento de custos, na necessidade de implantação de metodologias complicadas, com terminologias não

habituais ainda nos serviços de saúde, cria muitas vezes barreiras tais, que alguns gestores sequer tentam transpô-las.

Qualidade e segurança devem ser entendidas como algo inerente e essencial para qualquer instituição prestadora de serviços de saúde. A percepção, pelos profissionais de saúde, do que seja qualidade e segurança, da necessidade de uma comunicação efetiva dos processos e não somente dos resultados obtidos, da identificação e notificação dos incidentes e eventos ocorridos para correção dos processos e prevenção de novos eventos, deve ser amplamente debatida e aprimorada. É necessário compreender que a responsabilidade é de todos, e que todos devem comprometer-se com o objetivo comum de atingir qualidade e segurança em sua organização. O papel de cada um dos colaboradores deve ser claro, com disseminação das informações de maneira efetiva, levando a uma integração vertical e horizontal dentro das instituições.

A cultura do medo e da punição existente em muitas organizações deve dar lugar à transparência nas relações de trabalho e no entendimento das falhas de processos. Eventos e quase falhas identificados (*near miss*) deveriam ser amplamente discutidos para se evitar a subnotificação dos mesmos, proporcionando a possibilidade de corrigi-los, evitá-los ou minimizar suas consequências. A violação de normas e padrões deve ser analisada, trabalhando-se com ferramentas proativas para identificá-la, disseminando uma cultura de prevenção e o compartilhamento da responsabilidade por um cuidado seguro e de qualidade por todos os colaboradores. Deve-se estimular o trabalho em equipe, a comunicação efetiva, o trabalho multidisciplinar e integrado entre todos os colaboradores e entre as equipes.

É fundamental que o paciente seja informado sobre todo o processo assistencial a que é submetido. Dessa forma, ele pode se tornar mais crítico e também corresponsável pela qualidade e segurança dos procedimentos e tratamentos a que é submetido (embora reconhecendo a assimetria de informações). O paciente deve ser estimulado a ter sua percepção quanto ao que é qualidade em saúde. Seus critérios podem valorizar questões de hotelaria e outras consideradas “supérfluas”, pois sua visão dos serviços é diferente da dos técnicos.

4) Como está hoje a disseminação da segurança do paciente no nosso país?

5) Quem hoje gerencia os eventos adversos e quais as dificuldades para que isto seja feito?

6) Quais as dificuldades enfrentadas para normatização dos processos assistenciais?

Há uma grande heterogeneidade entre as diversas regiões do país, e entre os grandes centros e o interior de cada região. A situação atual na assistência à saúde traz a todos grande preocupação. A todo o momento somos bombardeados pela mídia com exemplos de má prática e descaso com a saúde pública. Instituições prestadoras de assistência à saúde sem as mínimas condições de funcionamento permanecem abertas pela falta de opções para as localidades onde estão situadas, sendo, muitas vezes, as únicas disponíveis para o atendimento da população.

Fica evidente que o binômio qualidade-segurança é ainda uma realidade distante para a gran-

de maioria das organizações de saúde do país, com dados exíguos e não confiáveis, onde a cultura organizacional de segurança e qualidade está longe de ser adotada. Ainda não é uma estratégia nacional de saúde pública.

Em boa parte das instituições do país, as iniciativas adotadas estão focadas exclusivamente em processos de enfermagem, e não de uma forma sistêmica em toda a instituição. Tem-se a ideia equivocada de que qualidade nos serviços de saúde está relacionada apenas à assistência, enquanto deveria relacionar-se também às áreas administrativas e de apoio, ou seja, a toda a organização.

Poucos profissionais, quando pensamos no Brasil como um todo, têm um conhecimento adequado sobre o que sejam estratégias de qualidade e segurança, e como aplicá-las. Vários profissionais são alçados a posições nas quais passam a assumir responsabilidades sobre este tema, além de suas outras múltiplas funções dentro das instituições, sem ter capacitação ou formação adequadas.

Várias iniciativas, metodologias e boas práticas estão disponíveis através da *Internet*, por exemplo. A disseminação e implantação destas práticas adaptadas à realidade do meio onde estão inseridas, podem e devem ser incentivadas. Entretanto, cabe aos gestores públicos e privados dar condições para que sejam implantadas e mantidas ao longo do tempo, a partir de sua percepção de necessidade e oportunidade.

A utilização de diretrizes e protocolos, seguindo a medicina baseada em evidência, por exemplo, deve ser real. Não basta as diretrizes e os protocolos estarem descritos em documentos guardados em gavetas ou em arquivos digitais. Apenas serão implantados de fato após terem sido discutidos por todos aqueles que fazem parte do processo, de maneira interdisciplinar, pactuada e periodicamente revistos.

A resposta a dúvidas sobre como fazer, implantar, monitorar, e como, a partir disto, melhorar de forma contínua, é um desafio para todas as instituições de saúde, principalmente, para aquelas que estão iniciando este processo. A utilização da tecnologia da informação (TI) é importante no gerenciamento destes processos, mas como ferramenta deve sempre estar alinhada à capacitação dos profissionais para ser utilizada de maneira adequada e efetiva.

Desta maneira, raras são as instituições onde os processos assistenciais e de apoio estão mapeados, com a existência e análise efetiva de indicadores assistenciais, e criação de mecanismos que sirvam de barreira para a ocorrência de erros e consequente redução no número de eventos adversos aos pacientes. Entretanto, observam-se avanços, mesmo que ainda discretos. Há alguns anos não se falava em qualidade, mas em garantir acesso aos serviços para a população. Mais recentemente, o tema segurança vem ganhando corpo como foco principal da qualidade no cuidado à saúde, sendo visto não só como necessário, mas imprescindível.

Os desafios são muitos: mudança para uma cultura organizacional proativa de segurança, e não apenas reativa e punitiva; envolvimento do paciente no seu cuidado, com responsabilidades e deveres, além de visão crítica sobre o cuidado que lhe é dispensado; valorização dos profissionais da saúde, estimulando trabalho em equipe, com atividade multiprofissional integrada, envolvendo-os e comprometendo-os com estes objetivos. Também se preconiza no currículo das escolas formadoras desses profissionais a inclusão de disciplinas relacionadas a estas questões.

7) Qual o impacto dos produtos e tecnologias seguras no custo da operação?

Não há uma clara relação entre aquisição de tecnologias inovadoras e qualidade e segurança assistencial. A aquisição de novas tecnologias nos serviços de saúde nem sempre é baseada nas reais necessidades e demandas dos clientes, como um processo planejado, baseado exclusivamente nos resultados assistenciais que podem proporcionar. Algumas novas tecnologias podem proporcionar melhor atendimento ou melhores resultados para os pacientes, mas em muitos serviços sua incorporação está relacionada a uma estratégia de *marketing* ou de disputa de mercado, com instituições concorrentes.

Os custos destas tecnologias não estão relacionados apenas ao preço dos equipamentos, mas a toda uma estrutura que, por vezes, necessita ser adequada. Ou seja, devem ser incorporados ao preço do equipamento valores relacionados à capacitação de profissionais para seu manuseio, manutenção periódica, etc. Isto posto, o aumento progressivo dos custos na saúde se deve também a estas novas tecnologias, como por exemplo novos medicamentos e equipamentos de última geração.

Quem custeia isto, no final, sempre é a sociedade, seja através dos impostos, através do pagamento aos planos de operadoras e seguradoras de saúde ou diretamente aos prestadores de serviços. Porém, não há na sociedade uma discussão adequada da necessidade da implantação destas novas tecnologias, apesar de alguns esforços governamentais nesse sentido. A implantação ocorre, muitas vezes, sob influência dos fornecedores e até dos próprios usuários, que na maioria das vezes não têm conhecimento suficiente para analisar a real necessidade de determinado exame ou tratamento. A influência dos meios de comunicação e das organizações tampouco pode ser desprezada.

8) Quem define os limites para a qualidade e a segurança?

9) Sustentabilidade das iniciativas da qualidade e da segurança.

Os padrões para a qualidade e segurança devem ser definidos nos seus limites mínimos para qualquer serviço de saúde. A partir destes limites, cada degrau acima é um avanço e ganho potencial para toda a sociedade. Fatores externos às instituições podem e devem balizar os padrões mínimos a serem seguidos, como por exemplo: critérios dos próprios pacientes e usuários, dos conselhos de classes profissionais, dos órgãos reguladores como a Anvisa e o Ministério da Saúde, entre outros.

Outros fatores, internos às instituições, como o amadurecimento do processo de gestão da organização e dos próprios gestores, as estratégias adotadas pelas mesmas têm sua importância. Por exemplo, identificar a acreditação como fator importante para atingir a qualidade desejada e a visibilidade de mercado que possa se relacionar a esta estratégia influencia a tomada de decisão nas organizações. Entretanto, os gestores não podem se eximir das suas responsabilidades e abrir mão das tomadas de decisão de maneira a seguir os padrões das acreditadoras, sem fazer previamente uma análise crítica dos mesmos.

Os pacientes devem ser mais partícipes do processo de cuidado a sua saúde, melhor informados e mais conscientes sobre os seus direitos, cobrando dos profissionais e serviços de saúde atitudes na

direção da qualidade e segurança. Deve-se ter em mente que a escolha das instituições por parte dos usuários de serviços de saúde, apesar das restrições impostas pelas operadoras e seguradoras de saúde, e por vezes por falta de opções no setor público, é baseada, principalmente, nos resultados assistenciais, na qualidade percebida e em questões econômicas. A perda da confiança num serviço de saúde, como, por exemplo, uma instituição hospitalar, pode colocar em risco a sustentabilidade financeira e até a própria continuidade da organização.

É fundamental na alta direção das organizações a visão da qualidade como uma questão estratégica, ou seja, como um investimento e não simplesmente como mais um item de custeio, objetivando um resultado não apenas financeiro, que nem sempre é evidente ou certo, mas principalmente assistencial. A partir daí serão criadas as condições para transformar a qualidade e a segurança numa questão de cultura organizacional para os colaboradores, que efetivamente sustentarão todas as iniciativas.

Os profissionais de saúde deveriam ser os protagonistas na mudança dos paradigmas para uma assistência à saúde com qualidade e segurança. Porém, infelizmente, cada vez menos eles assumem esse papel, estando sob a influência e ordenamentos dos próprios serviços em que atuam, das operadoras e seguradoras de saúde, da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, e por vezes até das demandas dos próprios pacientes. A tomada de consciência dos profissionais de saúde sobre o seu papel e sobre a necessidade imperiosa da aplicação das práticas de qualidade e segurança é essencial para o sucesso destas iniciativas.

10) O que muda de fato no dia seguinte de uma avaliação externa?

11) O que muda de fato com o uso de um sistema de gestão de eventos adversos?

12) Que novidades estão sendo introduzidas na gestão da qualidade e segurança?

Um sistema de gestão de eventos adversos deve levar a um melhor conhecimento dos processos assistenciais da organização e dos seus resultados. Ele tem o papel de fortalecer as discussões coletivas (em equipe) e a divisão de responsabilidades, evitando uma cultura punitiva e direcionando os esforços para um aumento contínuo da segurança dos processos e, conseqüentemente, redução dos riscos. Esse sistema deve trabalhar conjuntamente com outros setores do hospital, como o Serviço de Controle de Infecção e a equipe de enfermagem, favorecendo a adoção e disseminação de uma cultura organizacional de segurança, evitando-se o “*salve-se quem puder*”, quando da ocorrência de alguma falha ou evento adverso.

A divulgação da análise dos eventos adversos e das falhas para toda a instituição, de maneira transparente e sem conotação punitiva, estimula e favorece a notificação de eventos e, conseqüentemente, maior confiança dos profissionais no compromisso da organização para com a qualidade e segurança e nos seus gestores. Essa transparência tem o papel de estimular a tolerância zero ao risco, mesmo tendo em mente que o erro zero é impossível, evitando-se as violações de procedimentos, fazendo com que o profissional entenda a importância da segurança para o paciente, para a

instituição e para si próprio. Deve entender o valor do cuidado, a percepção do risco e o porquê das ações, levando a maior comprometimento e participação do mesmo neste processo.

13) O que há de novo?

Há a necessidade de se aumentar o conhecimento e a transmissão da informação sobre qualidade e segurança na assistência à saúde, com capacitação dos profissionais, utilizando todos os meios disponíveis, como, por exemplo, o ensino a distância, compartilhando experiências e potencializando esforços e com sensibilização em conteúdos nos cursos de graduação. Disseminar os conceitos e práticas para todas as regiões e interior do país é uma tarefa que deve ser empreendida de maneira eficaz, pois 20 anos depois dos primeiros esforços de acreditação eles ainda não são conhecidos nacionalmente.

14) Sugestões para as próximas oficinas

Necessidade da participação de profissionais de outras áreas como do direito, em decorrência da judicialização da saúde, da administração, da engenharia e da arquitetura, entre outros.

Discussões sobre as questões de qualidade e segurança na atenção primária à saúde e na atenção domiciliar, além de nos sistemas de saúde (não apenas nos serviços).

Abertura para temas como custos da qualidade e da segurança nas instituições e avaliação dos riscos propriamente ditos e não somente dos eventos e erros. Apesar de sempre sugeridos e mencionados, ainda são muito poucos os dados disponíveis.

Realização em outros lugares (oficina itinerante), com o intuito de disseminar estes conceitos e discussões para outras regiões do país, e utilização de telemedicina para atingir um número maior de participantes.

Abrir a possibilidade de se fazer questionamentos pelo *site* para que sejam discutidos nas próximas oficinas.

Oficina de Trabalho

Modelos de Remuneração dos Prestadores de Serviços de Saúde

Coordenação dos Trabalhos:

Álvaro Escrivão Junior	GVsaúde
Carlos Eduardo P. da C. Figueiredo	Agência Nacional de Saúde Suplementar

Relatoria:

Renato Madrid Baldassare	FGV-EAESP
--------------------------	-----------

Palestrantes:

Adriano Leite Soares	FGV-EAESP
Ana Cláudia Diniz Takahashi	FGV-EAESP
Carlos Eduardo P. da C. Figueiredo	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Marizélia Leão Moreira	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Ricardo de Oliveira Bessa	FGV-EAESP
Sérgio Lopez Bento	Planisa

Participantes:

Adriano Leite Soares	FGV-EAESP
Aldo Cabral Rossi	União Nacional das Inst. de Autogestão em Saúde
Álvaro Escrivão Junior	FGV-EAESP
Ana Cláudia Diniz Takahashi	FGV-EAESP
Ary Costa Ribeiro	Associação Nacional de Hospitais Privados
Carlos Eduardo Figueiredo	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Carolina Lopes Zanatta	FGV-EAESP
Franklin Padrão Júnior	Federação Nacional de Saúde Suplementar
Karla Regina Dias Oliveira	Unimed Brasil
Marizélia Leão Moreira	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Milena Vicintin Barbosa	Revista Saúde S/A
Neusa Kyoko Soetani	Operadora Vale do Paraíba
Patricia Medina	FGV-EAESP
Paulo Lourenço Mendes	Janssen
Renato Madrid Baldassare	FGV-EAESP
Ricardo de Oliveira Bessa	FGV-EAESP
Sandro Leal	Federação Nacional de Saúde Suplementar
Sergio Lopez Bento	Planisa
Valéria Terra	Metrus
Wagner A. do Nascimento	Omint

1. INTRODUÇÃO

A Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV-EAESP) tem se dedicado ao estudo dos modelos de remuneração por serviços de saúde. Entre 2011 e início de 2012 foram produzidas duas dissertações e uma tese acerca do assunto. Diversos fatores do atual cenário do setor saúde justificam o interesse pelo tema, sendo os principais: o crescente custo do sistema de saúde; o predomínio do *fee for service* como modelo de remuneração (TAKAHASHI, 2011) e seu potencial para aumentar a realização de procedimentos desnecessários (BESSA, 2011); a insatisfação da comunidade médica em razão da baixa remuneração pelo serviço prestado; e a restrição de acesso à assistência à saúde que decorre deste contexto.

Este relatório apresenta e analisa os principais pontos da atual prática de remuneração por serviços de saúde e descreve o conteúdo da discussão da Oficina de Trabalho “Modelo de Remuneração dos Prestadores de Serviços de Saúde”, realizada em 4 de abril de 2012, durante o QualiHosp 2012, promovido pelo Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde (GVsaúde) em São Paulo na sede da FGV-EAESP.

Como já descrito na literatura, o modelo de pagamento *fee for service* sofre críticas, em especial por estimular a sobreoferta de procedimentos mais rentáveis (SEIXAS, 1994). Além disso, este modelo demanda uma estrutura administrativa grande e custosa para executar e gerenciar a cobrança item-a-item. Entretanto, em pesquisa recente, Takahashi (2011) encontrou que este modelo é entendido pelos gestores de hospitais da rede privada como justo e seguro ao hospital à medida que permite a cobrança de todo recurso e insumo utilizado.

Para priorizar o resultado da assistência médica prestada, isto é, seu real impacto na melhoria da saúde da população atendida, em detrimento da atual preocupação com a quantidade de serviço oferecido, faz-se necessário caminhar para mudanças na lógica de funcionamento do Sistema de Saúde, e isto passa, necessariamente, por mudança no modelo de remuneração de todos os *players*.

Para promover a discussão deste tema, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) criou um Grupo de Trabalho sobre Remuneração dos Hospitais constituído por representantes de hospitais privados e de operadoras de planos de saúde, além de um consultor especializado em Pagamento por Performance (P4P). As diretrizes propostas pelo Grupo de Trabalho serão apresentadas neste trabalho.

Para participar da Oficina de Trabalho “Modelo de Remuneração dos Prestadores de Serviços de Saúde” do QualiHosp 2012, foram convidados profissionais de relevante atuação no mercado de operadoras e prestadores, sendo alguns destes integrantes do Grupo de Trabalho da ANS; além de lideranças da Agência Nacional de Saúde Suplementar; e de profissionais com produção acadêmica sobre o tema.

2. RESULTADO E DISCUSSÃO

Inicialmente, foram apresentados trabalhos desenvolvidos sobre o tema de Remuneração por Serviços de Saúde. As duas dissertações apresentadas foram “Análise do modelo de remuneração hospitalar no mercado de saúde suplementar paulistano”, de Ana Cláudia Diniz Takahashi, e “Aná-

lise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro”, de Ricardo de Oliveira Bessa. O terceiro trabalho apresentado foi a tese “Pressupostos e proposta de modelo para remuneração do trabalho do médico cirurgião nas operadoras de plano de saúde”, de Adriano Leite Soares. Estes estudos foram produzidos recentemente, sob orientação do Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior, e se encontram disponíveis na página eletrônica do GVsaúde em <gvsaude.fgv.br>. Esta contextualização foi importante, pois forneceu subsídios para a discussão que seguiu. Os principais pontos apresentados foram:

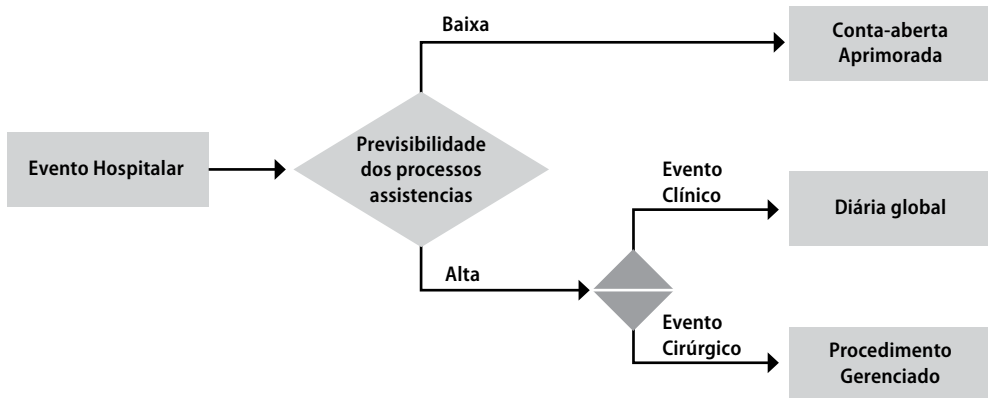
- A relação entre os hospitais e as operadoras é conflituosa e foi agravada após a criação da ANS em 1999, pois os hospitais são pressionados a reduzir custos e as operadoras têm necessidade de realizar auditoria rigorosa sobre os gastos.
- Características específicas do setor saúde interferem na sistemática da remuneração. São elas: Assimetria de informações; Terceiro pagador; Risco moral; Seleção adversa; e Seleção de risco.
- *Fee for service* é o modelo mais praticado no mercado privado, variando de 78,5% a 96% do faturamento dos hospitais (TAKAHASHI, 2011) e praticado por 95% das Operadoras de Planos de Saúde. O modelo mais frequentemente adotado como alternativa é o de Procedimentos Gerenciados (“pacotes”). Este modelo apresenta como principais problemas a falta de participação dos médicos na formatação dos protocolos e consequente falta de adesão; e a dificuldade de negociar as intercorrências com as operadoras. Por outro lado, o prestador tende a gerenciar melhor a assistência, pois passa a compartilhar o risco com a operadora.
- Os gestores dos hospitais entendem o modelo *fee for service* como burocrático, porém justo e seguro para os hospitais; e não veem alternativas capazes de substituí-lo.
- A classe médica é favorável à manutenção do *fee for service*;
- Além do *fee for service* e do pagamento por pacotes, as outras modalidades de remuneração são pagamento por capitação (“*capitation*”); pagamento por desempenho (“*pay-for-performance*” ou “P4P”); e assalariamento. No sistema de capitação, o valor pago ao prestador é fixo, de acordo com o número de beneficiários. Neste modelo, espera-se que haja a menor disponibilização de serviços possíveis. Já no P4P, as principais vantagens são alinhamento de interesses da operadora e do prestador, incentivo à qualidade e não à quantidade de serviços e o uso eficiente dos recursos com foco no resultado da atenção prestada. Por fim, o assalariamento prevê uma remuneração fixa mensal que independe da produção de serviços. Ao mesmo tempo que possibilita maior interesse no cuidado preventivo, arruína gradativamente a produtividade e compromete o nível de entrega dos serviços.
- Um mecanismo de remuneração adequado deve prever pagamento ao tratamento independentemente da escolha terapêutica; deve compartilhar risco entre pagador e prestador; deve ser simples de calcular, representando baixo custo ao sistema; deve considerar a gravidade; e deve diferenciar o eletivo da urgência.

Após a exposição dos trabalhos foi apresentada a proposta de Grupo de Trabalho da ANS sobre Remuneração dos Hospitais. Neste momento, buscou-se sintetizar as mudanças propostas, e

caracterizá-las quanto a riscos e vantagens de sua utilização. As contribuições foram:

- A sistemática proposta para a Saúde Suplementar pauta-se na previsibilidade do evento, e está ilustrada na figura abaixo.

Figura 1. Sistemática proposta para remuneração da Saúde Suplementar



Fonte: ANS

- Neste modelo, os eventos de baixa previsibilidade utilizarão a Conta-aberta Aprimorada. O objetivo desta forma de cobrança é reduzir a quantidade de taxas (de serviços, uso de equipamentos e uso de espaços), incluindo os itens comuns à maioria dos tratamentos, dentro dos valores da diária, do uso da sala cirúrgica, do uso das salas usadas para exames e atendimentos de pronto atendimento. Os insumos e os exames continuam sendo cobrados separadamente.
- O uso da Conta-aberta Aprimorada simplifica o processo de faturamento à medida que reduz a quantidade de itens da conta hospitalar. Como consequência, tem-se menor tempo para o fechamento da conta e menores custos com processo de faturamento e com auditorias.
- A Conta-aberta Aprimorada tem como base a Tabela Compacta, criada inicialmente por um trabalho da Associação Brasileira de Medicina de Grupo de São Paulo (ABRAMGE-SP) em 1992 que buscou padronizar e codificar os procedimentos e serviços hospitalares. Além da padronização das nomenclaturas utilizadas, a Tabela Compacta detalha o que está compreendido nas diárias, nas taxas e também explicita o que não está incluído nestas cobranças.
- A adoção da Conta-aberta Aprimorada exigirá dos hospitais maior preocupação com o conhecimento real de seus custos para não haver perda de receita no momento do cálculo dos valores das novas diárias e das novas taxas de salas. Este método também demandará ajustes nos sistemas de faturamento dos hospitais para os itens que deixarão de ser cobrados individualmente. Já para as operadoras, a Conta-aberta Aprimorada traz um pequeno risco de aumento de custo se não estiver apta a simular e avaliar, corretamente, os valores propostos pelo hospital para as novas diárias e das novas taxas de salas.

- A Conta-aberta Aprimorada prevê também a migração de preços de insumos para as diárias. A série histórica da receita dos hospitais, segundo natureza da receita mostra crescente aumento da participação dos insumos hospitalares na receita global dos hospitais, chegando a 54% em 2010 (Tabela 1).

Tabela 1. Evolução da distribuição da receita dos hospitais por natureza.

NATUREZA DA RECEITA	2006	2007	2008	2009	2010
Diárias e Taxas	31,7%	33,1%	30,3%	29,4%	27,4%
Insumos Hospitalares ⁽¹⁾	44,8%	46,3%	48,6%	50,9%	54,0%
SADT	12,0%	11,1%	12,6%	11,6%	11,3%
Outras de Serviços	3,0%	2,9%	2,5%	3,2%	3,0%
Outras de Operacionais	8,5%	6,6%	6,0%	4,8%	4,3%

(1) Insumos Hospitalares incluem: materiais hospitalares, medicamentos e gases medicinais

Fonte: Observatório ANAHP, 2011.

- O aumento da participação dos insumos ocorre como uma medida compensatória frente à diminuição da participação das diárias e taxas. A incorporação destes insumos nas diárias buscará remunerar adequadamente aquilo que representa a atividade-fim dos hospitais, isto é, a assistência. Esta incorporação também exigirá dos hospitais a apuração real dos custos de suas diárias.
- No modelo representado na Figura 1, os eventos de alta previsibilidade utilizarão o Procedimento Gerenciado e, quando se tratar de um evento clínico, o mecanismo utilizado será a Diária Global. A ANS define como Procedimento Gerenciado “o conjunto de ações médicas, de enfermagem e administrativas necessárias e suficientes para a realização integral de procedimentos cirúrgicos, contemplando todos os recursos humanos, instalações físicas, equipamentos, instrumentos e materiais de insumo, inerentes ao processo assistencial”. O início da remuneração por Procedimentos Gerenciados será feito com 20 procedimentos selecionados (Tabela 2). Estes procedimentos foram selecionados a partir da análise de informações das operadoras e representam alto impacto em termos de frequência e custo, além de terem maior possibilidade de previsão do processo assistencial.
- A remuneração da internação por estes Procedimentos Gerenciados inclui os dias de internação necessários; tipo de acomodação; a utilização da sala cirúrgica; instrumentais permanentes; equipamentos cirúrgicos, de monitorização e de anestesia utilizados; materiais de consumo e medicamentos utilizados de rotina na sala cirúrgica e nas unidades de internação (inerentes ao processo); serviços de enfermagem na sala cirúrgica e nas unidades de internação; serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SADT) para controles dentro da rotina do procedimento; e gases medicinais. Por outro lado, não estão incluídos nos Procedimentos Gerenciados os recursos utilizados nos procedimentos pré-operatórios (diárias, insumos, SADT's); eventual reoperação; infusão de sangue e hemoderivados; manejo de intercorrências intra ou pós-operatórias;

Tabela 2. Procedimentos selecionados para início da remuneração por Procedimento Gerenciado.

PROCEDIMENTOS	
Septoplastia (qualquer técnica sem vídeo) turbinectomia ou turbinoplastia;	Colecistectomia com colangiografia;
Histerectomia total (qualquer via);	Gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia;
Parto (via vaginal);	Refluxo gastroesofágico – tratamento cirúrgico (hérnia de hiato) por videolaparoscopia;
Cesariana (feto único ou múltiplo);	Tireoidectomia total;
Gastroplastia para obesidade mórbida aberta;	Turbinectomia ou turbinoplastia – unilateral;
Varizes - tratamento cirúrgico de dois membros;	Facetomia com lente intra-ocular com facoemulsificação;
Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior;	Angioplastia coronariana com stent;
Adeno-amigdalectomia;	Ressecção endoscópica da próstata;
Histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral (qualquer via);	Revascularização do miocárdio;
Varicocele unilateral - correção cirúrgica;	Troca valvar;
Herniorrafia incisional;	Ureterolitotripsia transureteroscópica;
Colecistectomia com e sem colangiografia por videolaparoscopia;	Videoartroscopia de joelho para menisco;
Colecistectomia sem colangiografia;	Herniorrafia inguinal – unilateral.
Adenoidectomia;	

Fonte: ANS.

remoções; incorporação tecnológica não prevista no protocolo técnico; e medicamentos de uso contínuo pelo paciente.

- A ANS analisará a necessidade de divulgar referências técnicas para que os hospitais menores possam elaborar a composição dos Procedimentos Gerenciados. Entretanto, para que haja maior adesão da equipe médica é importante que o corpo clínico da instituição participe da elaboração de seus próprios protocolos.
- É necessário que prestadores e operadoras tenham pactuado previamente as situações em que a cobrança passará do sistema de Procedimento Gerenciado para Conta-aberta Aprimorada. Estes casos são aqueles em que houver ocorrência de eventos não previstos pelos protocolos técnicos.
- Para implantação da nova sistemática de remuneração proposta, a ANS realizará um projeto-piloto com alguns hospitais e operadoras. A participação destas instituições estará condicionada ao atendimento de pré-requisitos específicos para prestadores e operadoras. Poderão participar do projeto-piloto, hospitais dispostos a envolver as equipes médicas que atuam nos procedimentos escolhidos, para a discussão das evidências médicas, consensos e formatação dos gabaritos técnicos para tais procedimentos; e para implantação de um modelo de avaliação de desempenho. O Diretor Clínico do hospital, ou outro executivo médico em posição de direção, deverá estar envolvido e servir de interlocutor com as equipes médicas. Já as operadoras, para participarem do projeto inicial, deverão dispor de uma área de relacionamento com rede credenciada, com capacidade de interação e análise técnica de acordo com os propósitos do novo

modelo; ter implantado o padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS), com demonstrativo eletrônico de pagamento; estar, preferencialmente, na mesma região geográfica do hospital escolhido para o projeto; ter condições para evoluir de uma auditoria de conta hospitalar para uma auditoria de qualidade.

- A ANS sugeriu a participação de algumas entidades no projeto-piloto, em especial hospitais próprios juntamente com as respectivas operadoras.
- O projeto-piloto de implantação será feito em três etapas, sendo a primeira a implantação da Tabela Compacta com duração estimada de três meses. Nesta fase, deverá ocorrer apuração do custo real das diárias e negociação dos novos valores com a operadora. A segunda etapa será a implantação dos Procedimentos Gerenciados e do Modelo de Avaliação de Desempenho com duração de nove meses. Esta etapa envolverá a escolha dos procedimentos cirúrgicos que serão trabalhados; análise de evidências médicas e consensos para estes procedimentos; elaboração dos protocolos técnicos que serão adotados; custeio e precificação de cada procedimento; negociação entre hospitais e operadoras; implantação de metodologia e ferramentas para a avaliação de desempenho dos hospitais e equipes envolvidas; e análise dos resultados. Ao final das etapas I e II, que poderão ser iniciadas simultaneamente, será elaborado um manual que servirá de roteiro para outros hospitais e operadoras. Por fim, a terceira etapa será de monitoramento da implantação por período de seis meses.
- A ANS optou por desenvolver e implantar a Diária Global, indicada na Figura 1 para eventos clínicos de alta previsibilidade, após consolidação da prática da Conta-aberta aprimorada e dos Procedimentos Gerenciados. Por esta razão, a Diária Global não foi discutida neste relatório.

Após apresentação da Sistemática proposta para remuneração da Saúde Suplementar, abriu-se espaço para um debate entre os participantes. Os comentários mostraram um consenso quanto aos benefícios das medidas propostas pela ANS, entendendo que a mudança na forma de remuneração contribuirá para uma gestão centrada no paciente. As principais preocupações dos participantes foram as dificuldades que enfrentarão os hospitais pequenos, que constituem a maioria no Brasil, em implantar sistemas de informação para aperfeiçoar o conhecimento do processo assistencial. Foi apontada também a necessidade de incluir temas ligados à gestão na formação do médico para que este profissional se familiarize desde cedo com noções de recursos finitos e de qualidade considerando desfechos clínicos. A importância da capacitação para a gestão na formação médica já foi pontuada pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação quando instituiu em 2001, por meio de sua Câmara de Educação Superior, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, definindo como competências gerais do médico atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; e educação permanente.

A implantação dos modelos de remuneração discutidos no presente trabalho guarda relação direta com o aprimoramento do padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS). A ANS define o padrão TISS como todas as “informações de eventos e itens de atenção à saúde prestados em beneficiários de planos privados de assistência à saúde”. A troca de informações iniciou

com informações diversificadas, em que cada operadora definia a forma de receber e coletar dados, e passa hoje pela finalização do trabalho de unificação destas informações. A etapa subsequente a ser realizada pela ANS será a troca de informações padronizada. A padronização busca a interação entre os sistemas dos prestadores, das operadoras e da ANS, contribuindo para reduzir o custo de troca de informações. Este trabalho é conduzido pelo Comitê de Padronização de Informação da Saúde Suplementar (COPISS), que é composto por representantes da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), de operadoras, prestadores, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e por representantes de entidades convidadas.

A primeira etapa do aprimoramento do padrão TISS foi a construção de uma proposta a partir da Consulta Pública nº 43 (CP 43), que ficou disponível por 60 dias entre junho e agosto de 2001. A CP 43 tratou de 108 mil termos, divididos em terminologias (Diárias, taxas e gases medicinais; Materiais e OPME; Medicamentos; Procedimentos e eventos em saúde; e Demais Terminologias). Das 16,4 mil contribuições recebidas, cerca de nove mil e setecentas se referiram a OPME e serão analisadas futuramente. As demais 6,7 mil contribuições foram analisadas por dez grupos de trabalho criados para validação e posterior submissão para aprovação da Diretoria Colegiada da ANS e publicação. Os próximos passos do processo de aprimoramento do padrão TISS serão finalizar análise das contribuições e elaborar o Relatório da Consulta Pública; divulgar o Relatório da Consulta Pública e atualizar o Padrão TISS; divulgar e implantar o novo Padrão TISS; monitorar a implantação do Padrão TISS com a criação de Grupo de Trabalho específico; e desenvolver e implantar o Sistema Padrão TISS, consolidando a metodologia de análise conjunta com o COPISS e seus grupos de trabalho.

Por fim, foram apresentadas as estratégias de remuneração praticadas no setor Saúde dos Estados Unidos, em especial na região da Califórnia. O mercado americano mostra-se mais desenvolvido em termos de suporte de informações disponíveis, o que permite melhor gestão e ajustes finos de compartilhamento de risco. O modelo de remuneração que tem sido praticado é o pagamento por episódio (traduzido do termo *Bundle*), associado com pagamento por performance. Neste modelo, o pagamento de um montante previamente pactuado é feito integralmente no início do tratamento. Este pagamento antecipado se refere a todos os procedimentos necessários para a reabilitação do paciente desde a ocorrência do episódio. Desta forma, o prestador assume o risco financeiro de custos excedentes, mas, por outro lado, pode auferir os resultados de tratamentos mais eficientes. Esta estratégia de pagamento exige a adoção de indicadores para monitorar a qualidade da assistência prestada a fim de evitar o subtratamento e a seleção de risco. A implantação do pagamento por episódios está sendo feito de forma experimental com doze episódios com algumas operadoras e hospitais.

3. CONCLUSÃO

- A partir das apresentações e dos debates realizados durante a Oficina de Trabalho, concluímos que:
- As formas de remuneração praticadas no Brasil são *fee for service*, pacotes, *capitation*, paga-

mento por desempenho, e assalariamento, com marcada predominância da primeira.

- Há consenso quanto à necessidade de mudança do modelo de remuneração predominante, mas não quanto ao modelo ideal, indicando que provavelmente existam diversas formas de remuneração, cada qual, ou de forma mesclada, mais adequada ao tipo de serviço.
- As iniciativas da ANS, voltadas ao desenvolvimento e implantação dos Procedimentos Gerenciados e da Conta-aberta Aprimorada, bem como o aprimoramento do padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar, desenvolvidas com a participação dos *players* do setor saúde, vão ao encontro do descrito na literatura e são semelhantes às aquelas praticadas no mercado americano, como foi apresentado no presente trabalho.
- A ANS desempenha um papel importante de monitoramento das mudanças propostas, sendo fundamental para assegurar o equilíbrio econômico-financeiro do sistema e, ao mesmo tempo, a qualidade da assistência médica prestada.
- A remuneração por Procedimentos Gerenciados, como alternativa ao *fee for service*, é um importante avanço que contribuirá para uma gestão centrada no paciente.
- A formação do profissional médico carece de preparo para a gestão, e este conhecimento é importante para lidar com os recursos e restrições da atuação profissional.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANAHP. Publicações. *Observatório ANAHP*. Ed. 3, 2011. Disponível em: <http://www.anahp.com.br/files/OBSERVAT%C3%93RIO%20FINAL.PDF>. Acesso em: 24 jun. 2012.

BESSA, R. O. *Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro*. Dissertação de Mestrado da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011.

BRASIL. *Resolução CNE/CES N° 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

SEIXAS, P.H. *Incentivos financeiros: uma revisão e alguns elementos para reflexão*. OPAS, 1994.

SOARES, A. L. *Pressupostos e proposta de modelo para a remuneração do trabalho do médico cirurgião nas operadoras de plano de saúde*. Tese de Doutorado da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

TAKAHASHI, A. C. D. *Análise do Modelo de Remuneração Hospitalar no Mercado de Saúde Suplementar Paulistano*. Dissertação de Mestrado da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011.



Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP

COMISSÃO EXECUTIVA

Álvaro Escrivão Junior
Ana Maria Malik
Denise Schout
Laura Maria Cesar Schiesari
Lucila Pedroso da Cruz
Pubenza Lopes Castellanos

SECRETARIA EXECUTIVA

Cinthia Ferreira Costa
Isabella Fumeiro
Leila Dall'Acqua

Debates GVsaúde



Debates GVsaúde – Edição Especial – outubro de 2012 – é uma publicação interna do GVsaúde da FGV-EAESP
Endereço: Avenida Nove de Julho, 2029 – 11º. Andar – CEP: 01313-902 – São Paulo-SP
Telefone: (11) 3799-7717 • e-mail: gvsaude@fgv.br • endereço eletrônico: www.fgv.br/gvsaude

Coordenação geral do projeto da revista: Cinthia Ferreira Costa
Arte e diagramação: CrisTassi Design – e-mail: contato@crisstassi.com.br
Revisão de textos: Maria Luiza Simões.

A revista reproduz as apresentações dos palestrantes nacionais e internacionais do QualiHosp 2012, realizado na FGV-EAESP, nos dias 03 e 04 de abril de 2012.
Os textos assinados são de responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, a opinião da revista.
É proibida a reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação, sem a autorização expressa do editor.
Distribuição em circuito interno.

Patrocínio Platina:



**HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS**

Patrocínio Ouro:



Patrocínio Prata:



Patrocínio Bronze:



REVISTA **saúdeS/A**



Apoio:



Apoio Institucional:



CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS
DE REABILITAÇÃO, HOSPITAIS E
SISTEMAS FARMACÊUTICOS - CMO



PROQUALIS



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde



Ministério da Saúde
#FORJZ
Fundação Oswaldo Cruz



Organização Nacional de Assistência



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária



SINDHCDSP
Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Laboratórios
e Diagnósticos do Estado de São Paulo



Ministério da
Saúde



PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



HC
FVZ USP

SECRETARIA
DA SAÚDE



GOVERNO DE
SÃO PAULO