www.gvsaude.org

Debates GVsaúde

Revista de Gestão da FGV-EAESP - Primeiro Semestre de 2007 - Número 3

Cadeia de Valor da Saúde

Álvaro Escrivão Junior
Ana Maria Malik
Antônio Carlos Forte
Antônio Jorge G. Kropf
Claude Machline
Fernando S. Meirelles
Gonzalo Vecina Neto
Jorge Raimundo Filho
José Marcelo Amatuzzi de Oliveira
Luiz Plínio Moraes de Toledo
Saide Jorge Calil

FGV

Ponto de Vista

Ana Maria Malik

A publicação *Debates GVSaúde* chegou ao seu terceiro número. Já foram discutidos diferentes modelos de gestão pública na Saúde, as tendências na gestão da assistência médico-hospitalar e agora passamos a estudar a chamada *cadeia de valor da Saúde*.

De fato, conforme é a proposta do evento, podemos dizer que conseguimos oferecer aos assistentes do *Debates* e leitores da *Revista* a visão do mesmo tema sob diferentes ângulos de análise. O aumento no número de participantes nos eventos é prova do interesse crescente pelas discussões apresentadas.

A questão da cadeia de valor na Saúde se mostrou polêmica desde seu primeiro tema, a *gestão de suprimentos*. Já é conhecido o fato de esta área, mesmo que importante, não ser reconhecida como estratégica no âmbito dos serviços de Saúde. Para mostrar aspectos relevantes e esquecidos da atividade convidamos como moderador o professor *Claude Machline*, que há muitos anos estuda o assunto, entre outros setores no âmbito dos serviços de Saúde. A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo é uma das primeiras e maiores filantrópicas do País. Passou por uma forte crise de viabilidade econômico-financeira e recebeu consultorias especializadas, que demonstraram a relevância de se gerir com mais profissionalismo a atividade. Esta experiência foi apresentada por *Antonio Forte*, Superintendente da Santa Casa de São Paulo há tempos, disposto a implantar as mudanças por mais complexas que estas sejam. A *AMIL* é uma operadora de Saúde plural, porque além de um plano de Saúde também apresenta serviços próprios, como hospitais, centros médicos, laboratórios, de abrangência nacional. Seu diretor, *Antonio Kropf*, mostrou a cadeia de valor da empresa como um todo, inclusive na área de suprimentos, que a empresa consegue otimizar por meio da verticalização.

O tópico seguinte faz referência a um dos insumos mais valorizados na área da assistência médica, o *medicamento*. Tivemos como convidado o então coordenador da assistência farmacêutica do Ministério da Saúde, *Manoel Santos*, para apresentar a política pública setorial. Seu debatedor foi *Jorge Raimundo*, Presidente do Conselho da *Interfarma* e com longa trajetória na indústria farmacêutica. Para garantir a polêmica, o mediador do debate foi *Gonzalo Vecina Neto*, ex-presidente da *ANVISA* e uma das figuras mais conhecidas da área de gestão em Saúde.

Na terceira mesa do semestre, foi discutida a *relação entre operadoras e prestadores*. Um dos convidados foi *Luiz Plínio de Moraes Toledo*, da Associação Paulista de Hospitais, Federação Brasileira de Hospitais e da Organização Nacional de Acreditação, que discutiu o papel dos hospitais, sua qualidade e seus indicadores. O outro debatedor foi o Diretor da *Sul América Saúde*, *João Alceu de Amoroso Lima*, cujo texto – assim como o de Manoel Santos – não pôde fazer parte desta publicação. O moderador da mesa foi o professor *Álvaro Escrivão* Junior, do *GVsaúde* e Coordenador dos cursos de auditoria do *GVpec*.

Finalmente, para fechar a cadeia de valor na Saúde foi abordado um assunto sempre mencionado porém menos estudado do que necessário, a *incorporação de tecnologia*. O moderador da mesa foi o professor *Fernando Meirelles*, diretor da EAESP e pioneiro na pesquisa do mercado de Informática. Os dois debatedores foram o professor *Saide Jorge Calil*, pesquisador sobre o tema na UNICAMP e *José Marcelo A. de Oliveira*, do *Fleury SA*, um dos serviços que mais procura se atualizar em tecnologia em nosso meio.

Além da qualidade, uma das características que mais diferenciam a publicação *Debates GVsaúde* das demais disponíveis no mercado é o fato de ela reproduzir as falas dos apresentadores nos debates propriamente ditos. Naturalmente, elas são adaptadas à linguagem escrita, mas não têm – e nem se propõem a isso – caráter acadêmico. Portanto, constituem um material vivo, que representa com fidelidade as discussões em voga no momento em que é produzido. Para garantir que elas de fato mostrem a opinião do autor, só são publicadas após o *de acordo* de cada um deles. Com isto, acreditamos conseguir capturar temas e conteúdos relevantes, para oferecer àqueles que nos procuram, nos eventos, nas publicações e no nosso web*site* – *www.gvsaude.org* –, aquilo que imaginamos que eles vêm buscar: conhecimento, atualidade e qualidade.

Boa leitura!

médica, mestre em Administração pela FGV - EAESP e doutora em Medicina pela FM-USP; professora da FGV - EAESP, coordenadora do GVsaúde, diretora do PROAHSA - FGV.

Cadeia de Valor na Saúde
Compras na Área da Saúde

Claude Machline

Vamos jogar um pouco mais de lenha na fogueira antes de passar aos debates sobre cadeia de suprimentos na área hospitalar, na área de Saúde em geral. Serão algumas palavras, para reforçar o que os conferencistas mencionaram e vamos consagrar o maior tempo possível aos debates propriamente ditos.

Convém enfatizar a relevância das compras na área da Saúde, expor algumas tendências do mercado e das operadoras, efetuar recomendações e concluir.

Apresento-me rapidamente. Sou um dos professores mais antigos da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getulio Vargas. Sou um dos fundadores do GVsaúde e do PROAHSA, criado em 1972, por convênio da FGV com o Hospital das Clínicas da USP. Uma parte desses últimos anos foi por mim consagrada à área hospitalar, trabalhando em diversas instituições de Saúde e estudando os problemas dos hospitais na gestão de compras, dos estoques e do patrimônio.

No estudo das cadeias de suprimentos, os pontos chaves são: a descrição completa da cadeia; a natureza do relacionamento entre os elos; e o valor acrescentado aos produtos ao longo da cadeia, que definirá ganhos e perdas dos participantes e seu relativo poder. O grau de cooperação entre os atores, o compartilhamento das informações relativas à demanda e aos estoques, a formação de parcerias e alianças estratégicas, têm sido tópicos pesquisados. Ouvimos, dos conferencistas anteriores, que está se chegando a construir alianças na cadeia da Saúde, seja entre os vários elos, seja dentro dos elos. O laço que une os componentes das cadeias automobilística e supermercadista é mais forte do que na cadeia da Saúde.

Pode-se ter uma idéia da complexidade desta cadeia examinando a **Figura 1**, que mostra o fluxo dos materiais em um hospital típico de grande porte, desde o fornecedor até o cliente final.

Corroborando a posição dos nossos conferencistas, a torta de custos de um hospital, mostrada na **Figura 2**,

químico industrial, com mestrado pela *Michigan State University* e doutorado pela *Stanford University*; professor emérito da FGV - EAESP.

revela que os itens de consumo representam tipicamente 25% dos custos totais. O pessoal, incluindo os encargos, responde por 50% dos custos. Ouvimos que, na Santa Casa de São Paulo, esse item chega a 65% dos custos totais e 23% é a fatia dos materiais de consumo. Serviços de terceiros constitui uma rubrica em crescimento, por força dos avanços da terceirização, e já alcança 20%. Os outros custos, perfazendo 5%, são: energia elétrica, água, gás, depreciação do equipamento, despesas financeiras e alguns impostos e taxas. Dentro dos materiais de consumo, os medicamentos amontam a menos da metade dos 25%, ou seja, a cerca de 10%. Os materiais médico-hospitalares, incluindo próteses, chegam também a 10%. Os restantes 5% são alimentos, roupas, material de limpeza, reagentes, impressos, papel, peças de reposição e material administrativo e de informática. Ao todo, gerenciam-se cerca de 2500 a 5000 itens diversos, conforme o tamanho do hospital.

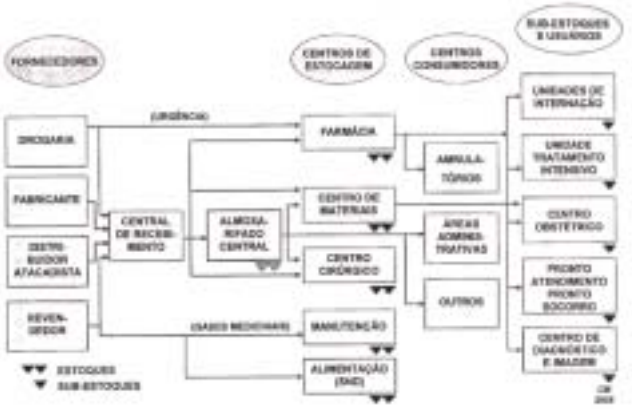

Figura 1 – Fluxo Físico de Materiais em um Hospital

Considerando-se que indústrias automobilísticas e hipermercados trabalham com dezenas de milhares de itens, parece mais fácil gerir um sistema de compras e estoques num hospital do que em muitos outros ramos. Mas os medicamentos e materiais médico-hospitalares possuem uma série de peculiaridades que outros insumos não têm: um prazo de validade exíguo, em média de dois anos; a exigência de rastreabilidade, o que obriga a controlar cada lote separadamente e a geri-lo da forma: "primeiro que entra – primeiro que sai"; a necessidade de conversão de unidades, por exemplo, comprimidos, em cartelas, caixas, engradados, paletes; e a obrigação de ter todos os produtos homologados pela ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

Essas especificidades tornam complexa a gestão dos materiais nos hospitais, que, por sua vez, são das organizações mais complexas criadas pelo ser humano.

Nos hospitais privados, a torta de lucros, ao contrário da torta de custos, põe em relevo a predominância dos materiais cobrados dos pacientes.

A **Figura 3** indica que os materiais de consumo contribuem para a metade dos lucros. A diferença existente entre o custo e o preço de venda do medicamento e do material hospitalar proporciona a maior fonte de lucros do hospital. As taxas de sala cirúrgica e de UTI, bem como as diárias, representam um quarto dos lucros; e as aplicações financeiras, outro quarto. Muitos gestores hospitalares constatam que o hospital moderno se transformou num varejo de venda de materiais, num conjunto de "lojinhas", às quais, aliás, um dos nossos conferencistas se referiu.

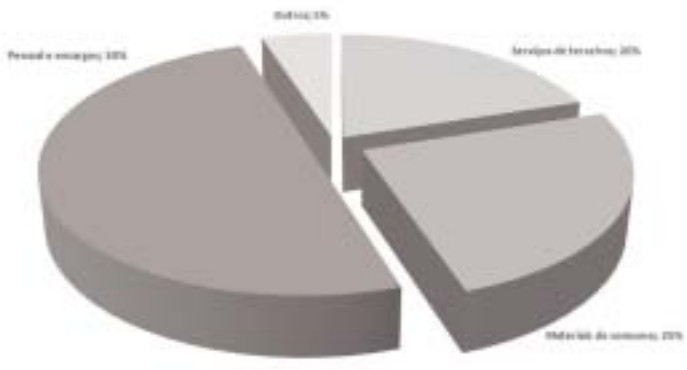
Figura 2 – Pie Chart de custos (hospital privado ou público)

O lucro não se obtém mais na venda, mas, principalmente, na compra dos insumos, na aquisição eficiente. O preço de venda ostenta um teto, fixado pelo mercado, o plano de Saúde ou o governo. Ao contrário, o preço de compra não registra um máximo. A negociação com o fornecedor assume a maior importância. Essa situação não é específica da cadeia de suprimentos da Saúde. Todas as cadeias sofrem do mesmo problema: a concorrência acirrada não permite alcançar o preço sonhado; ou algum órgão público vigia e regulamenta o preço. O espaço para o lucro, bloqueado na direção da venda, abre-se do lado da compra.

Uma lista das principais técnicas recomendadas para efetuar compras eficazes é mostrada a seguir:

Hospitais públicos

Centralização de compras (União, Estados, Prefeituras)

Licitações com registro de preço

Licitações com modalidade de pregão eletrônico ou presencial

Terceirização das operações logísticas (por exemplo, farmácia popular)

Hospitais privados

Melhores negociações de preço e condições de pagamento (compra "técnica")

Redução de prazo de entrega do fornecedor

Aumento da freqüência de entregas (JIT-JUST IN TIME)

Centralização de compras nas redes hospitalares (economia de escala, poder de barganha)

Compras conjuntas (grupos de hospitais)

Terceirização das operações logísticas e, mesmo, das próprias compras

Compras antecipadas (antes do aumento anunciado de preço), compras de oportunidade

Redução de desperdícios de materiais

Muitos hospitais adotam uma ou mais dessas técnicas. Licitações baseadas na modalidade de pregão eletrônico têm sido muito usadas por alguns governos estaduais, reduzindo até 30% os custos dos itens adquiridos. A centralização de compras aufere economia de escala na negociação e conseqüente redução potencial de custo. Concorrências com registro de preços foram outra modalidade utilizada durante anos para reprimir os aumentos. Se a União, os Estados e os Municípios centralizassem suas compras, poderiam auferir consideráveis descontos de quantidade. Mas cada unidade resiste à centralização e quer preservar sua autonomia nas compras.

Somente os itens mais significativos economicamente (chamados itens A) devem ser comprados centralmente, os demais (itens B e C) podem ser comprados localmente.

A terceirização das operações logísticas chegou à área pública. Como exemplo, cite-se a Farmácia Popular, programa recém-criado, que consiste em entregar às farmácias particulares a gestão

dos medicamentos fornecidos quase gratuitamente à população. Os poderes públicos enfrentam dificuldade para gerir as extensas cadeias de medicamentos que se estendem aos postos de Saúde dos mais remotos municípios, uma tarefa que as farmácias privadas, a exemplo do que ocorre em países europeus, podem executar com eficiência.

A compra técnica consiste em conhecer a fundo todos os elementos de

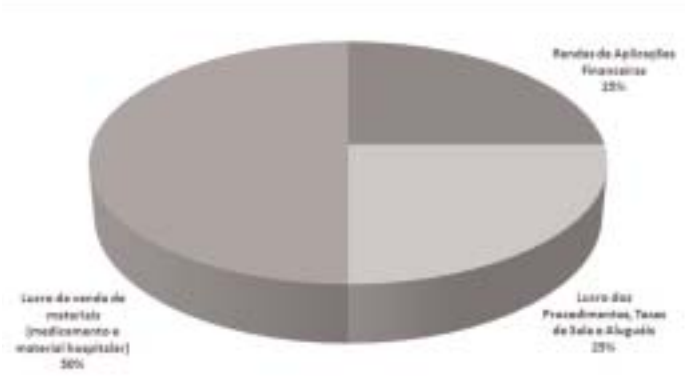

Figura 3 – Pie Chart dos lucros (hospital privado)

custo dos materiais a ser adquiridos, medicamentos, suprimentos hospitalares, ou gases medicinais. O comprador técnico sabe que o oxigênio liquefeito, por exemplo, vendido até R$ 5,00 por metro cúbico, custa apenas R$ 0,20 para ser produzido, oferecendo, pois, vasta margem para negociação, sendo que alguns hospitais pagam por ele menos de R$ 1,00. O custo variável dos insumos médicos não passa freqüentemente de 20% do preço de venda, sendo a rigor este o piso pelo qual é possível negociá-los.

Convém elencar uma vasta gama de técnicas de suporte destinadas a melhorar os resultados na gestão dos materiais usados na Saúde.

Técnicas de suporte para melhoria de resultados

Simplificação do *mix* de insumos. Padronização. Especificações técnicas.

Uso de tecnologia de informação. *Web*. Softwares sofisticados. Código de barras.

Análise de valor.

Desenvolvimento de novos fornecedores.

Estabelecimento de parcerias com fornecedores.

Esforços colaborativos para resultados (ECR - *Efficient Consumer Response*) ao longo da cadeia de suprimentos.

Compras conjuntas de insumos comuns vêm sendo praticadas sob a égide da Associação Nacional de Hospitais Privados e outros grupos que congregam estabelecimentos de Saúde. Para essas compras serem bem sucedidas, é indispensável elaborar especificações técnicas minuciosas dos materiais e simplificar sua variedade. É necessário obter o consenso dos diversos hospitais que se agregam nas compras conjuntas quanto aos medicamentos e outros insumos aos quais se deve dar preferência na padronização.

Comentemos algumas recomendações listadas a seguir:

A Diretoria do hospital deve estabelecer diretrizes .

Centralizar as compras dos itens A e B, descentralizar as compras dos itens C.

Utilizar métodos quantitativos de previsão da demanda, gestão de estoque e tomada de decisão.

Administrar por meio de indicadores (como giro do estoque, nível do serviço).

Treinar de verdade o pessoal operacional.

Efetuar inventários freqüentes.

Ativar as Comissões de Compra, de Farmácia e de Padronização.

Utilizar sistemas ABC de Gestão de Estoques.

Convidar usuário à "mesa" de negociação de compra.

Usar sistema de alçadas nas compras.

É responsabilidade intransferível da Diretoria do hospital estabelecer uma diretriz para seus níveis de estoque. Por exemplo, um estoque mínimo de 15 dias e máximo de 45 dias para os insumos básicos. Ou definir claramente a missão do hospital em relação ao nível de serviço desejado: "Não pode faltar remédio na farmácia do nosso hospital, assim como não pode faltar pão na padaria".

O hospital tem que estabelecer indicadores de gestão, como nível de serviço, giro do estoque, prazo de entrega dos fornecimentos, confiabilidade do sistema de estoque. Administrar é usar indicadores.

Tempos virão em que nossos hospitais descobrirão os ganhos a ser obtidos com o treinamento intensivo do pessoal operacional, de transporte e suporte, hoje esquecido.

É importante efetuar freqüentes inventários físicos, por causa dos furtos, erros, quebras e perdas, que as contagens ajudam a reprimir.

Convém nomear e ativar comissões de compra, de farmácia, de padronização, de custos. As comissões são essenciais. É necessário incentivá-las e facilitar seu trabalho.

Uma melhoria na técnica de negociação consiste em convidar o usuário – médico, enfermeira, farmacêutico, nutricionista - a participar da compra sentado à mesa de negociação com o fornecedor. Ao invés de o comprador negociar sozinho, ele recebe o suporte do usuário.

Um sistema de alçadas deve ser implantado nas compras, a fim de não se gastar tempo, papel e assinaturas na aquisição de itens de pouca relevância. O tempo ainda é o insumo mais valioso do administrador.

Os progressos administrativos realizados pelas instituições de Saúde nesses dez últimos anos têm sido expressivos. Tudo indica que esses avanços vão continuar.

Uma cadeia de valor é mais que uma cadeia de suprimentos. Agrega também os valores trazidos por bens não materiais, a saber, no caso da cadeia aqui focalizada, a habilidade do cirurgião, a perícia do clínico, a dedicação da equipe de Saúde. Alguns dados quantitativos, cuja apresentação encerrará esta palestra, provam que é de magnitude impar o valor adicionado pela mão invisível da atenção à Saúde.

A área de Saúde perfaz milagres no Brasil. Gastam-se cerca de R$ 150 bilhões por ano em Saúde no país, ou seja, cerca de R$ 800 *per capita*, isto é, uns US$ 365 *per capita* anual.

Os países desenvolvidos gastam de US$ 3 000 a US$ 5 000 *per capita* por ano em Saúde. E nossos índices de mortalidade infantil (33 em mil) e longevidade (expectativa de vida de 70,3 anos), embora ruins em relação aos dos países mais desenvolvidos, não estão piores na mesma proporção que a diferença de gastos faria supor.

Ainda que as despesas de Saúde do país dobrassem, ou mesmo triplicassem (usando o conceito de paridade de poder aquisitivo entre países), esse argumento permaneceria válido.

Parabéns, pessoal da Saúde. Uns poucos, com muito pouco, fazem muito por muitos. Agregam imenso valor a essa mais valiosa de todas as cadeias de valor: a da Saúde e da vida.

A experiência da Santa Casa de São Paulo na gestão estratégica de suprimentos

Antônio Carlos Forte

Com a intenção de criar os elementos necessários ao debate e promover a troca de idéias, apresento, a seguir, uma introdução à temática a ser abordada.

Sou médico intensivista e exerço até hoje essa função no Hospital Paulistano. Sou também Superintendente na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Desde minha formatura – faz muito tempo isso – comecei a militar na área da Administração Hospitalar, primeiro na área pública, tanto na Prefeitura, como no Estado e no Ministério. Trabalhei nos três órgãos de gestão e na iniciativa privada; formei-me médico na Santa Casa, fui chefe da UTI, depois diretor técnico e *estou* Superintendente há catorze anos.

A Santa Casa envolve a gente com uma quantidade grande de problemas e – por que não? – de soluções também. Mas é uma atividade tão contagiante, que acabamos não conseguindo fazer muitas outras coisas. Antes de mais nada, apresentarei a Santa Casa em traços gerais, para que se possa, posteriormente, entender onde entra a sua cadeia de suprimentos.

A Santa Casa é um complexo hospitalar formado por dez unidades de assistência à Saúde: o Hospital Central, que é o tradicionalmente conhecido como *a* Santa Casa; o Hospital Santa Isabel, que atende exclusivamente a convênios e particulares; o Hospital São Luiz Gonzaga, referência na Zona Norte; no Jaçanã, em frente ao hospital São Luiz Gonzaga, está o Hospital Dom Pedro II, de convalescente e geriatria; o Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, um complexo psiquiátrico que atende todos os níveis da especialidade, com ambulatório, pronto-atendimento, pronto-socorro e unidade de internação; uma Casa de Cuidados, um projeto pioneiro da Santa Casa, muito interessante, que atende aos moradores de rua quando eles saem do hospital. Eles deveriam ter, como as outras pessoas que saem do hospital, uma casa e uma família para que recebessem cuidados; mas ele recebe alta e não tem quem dê remédio, aplique medicamento, faça o curativo etc. Essa Casa de Cuidados — e por isso tem essa denominação – faz o que a família faria em casa com esse paciente convalescente; aproveita também esse período de internação, de no máximo três meses e tenta fazer uma reintegração social, buscando documentos e as suas relações familiares.

O Pronto-atendimento Maria Dirce é um pronto-socorro em Guarulhos, muito grande; não pertence à Santa Casa, mas à prefeitura de Guarulhos e é gerenciado pela Santa Casa.

O Hospital Geral de Guarulhos é uma Organização Social, uma criação do Governo do Estado de São Paulo, na gestão passada, de Mário Covas. Fomos pioneiros a aderir a esse modelo e sou um entusiasta dessa forma de organização.

O prédio e o equipamento são do Estado e ele entrega a administração a uma entidade privada caracterizada como Organização Social. Aqui, todos os funcionários pertencem a Santa Casa e o Hospital trabalha sob regime orçamentário. A Santa Casa faz um orçamento, discute com o Governo, com a Secretaria de Saúde e administra esse hospital, com responsabilidade de prestação de contas para o Governo do Estado, para o Tribunal de Contas, com metas financeiras, físicas e de qualidade para serem atendidas. Esse hospital foi certificado pela ONA, Organização Nacional de Acreditação, há pouco tempo. Quase todos os hospitais das Organizações Sociais estão sendo certificados. E nós temos muito orgulho do tipo de administração que é feito aqui. É um hospital, que é modelo, numa região que é muito carente em assistência da Saúde. A Organização Social têm uma contabilidade completamente separada da Santa Casa, mas todo o seu sistema financeiro é gerenciado na matriz, na Santa Casa. Por isso a questão de suprimentos tem particularidades interessantes.

O Ambulatório de Especialidades Geraldo Borroul também é uma Organização Social; um grande ambulatório no antigo Ambulatório do INAMPS, na rua Martins Fontes, que foi desativado. O Estado reformou uma parte, nós reformamos a outra, e hoje ele funciona como Ambulatório de Especialidade. Ele coloca à disposição da rede 70% de suas consultas, isto é, as consultas são marcadas na rede básica da Prefeitura e do Estado. O paciente, lá na Vila Joaniza por exemplo, marca uma consulta de endócrino pediatria no nosso Ambulatório, através do posto de saúde, nunca diretamente. É uma tentativa de regionalização e de hierarquização do sistema de Saúde, que tem tudo para funcionar bem. O grande problema ainda é a desorganização do sistema público como um todo. Não há uma organização perfeita de marcação de consultas; os pacientes não conseguem entrar nele, apesar de haver disponibilidade de consultas. Também funciona do mesmo jeito, como Organização Social, com uma contabilidade à parte.

A Santa Casa é uma instituição privada, filantrópica. Não é ligada a igreja, como as pessoas pensam, é absolutamente laica e é totalmente privada.

médico, com atuação em Medicina Intensiva; superintendente na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

As pessoas confundem, com freqüência, a Santa Casa com uma instituição estatal, o que não é correto. É um dos maiores prestadores de serviço ao SUS no país, é a maior Santa Casa do mundo, considerada, pelo porte, a segunda instituição de Saúde do Brasil. Classificada no SIASUS como hospital de ensino. A primeira, naturalmente, é o Complexo do Hospital das Clínicas.

A produção da Santa Casa, só para a poder dimensionar do universo aqui considerado: 81 000 atendimentos ambulatoriais, 86 000 de emergência, 3 100 cirurgias e 5 000 internações mensais. Isso tudo em 1 830 leitos.

Quanto às despesas operacionais, 65% são com pessoal, 23% com material de consumo, 9% com outras despesas e 3% com utilidades, como água, luz, gás etc.

O foco do nosso debate está direcionado para esses 23%, que se aproximam de dez milhões de reais por mês. Este está assim distribuído: 30% com medicamentos, 24% com material hospitalar, material de enfermagem de uma forma geral e 26% com órteses e próteses. Assim, se somarmos órteses e próteses com material hospitalar chegamos a 50%, que é o maior consumo de todo o complexo, o maior gasto, com a exceção da folha de pagamento, naturalmente. Seis por cento são de ativo fixo e gases, e 10 % são gastos com combustíveis.

Para compreender a gestão de suprimentos, é útil observar o organograma da Santa Casa. Como toda a instituição filantrópica, ela tem uma administração superior que não é remunerada. Trata-se da Mesa Administrativa e a Provedoria. Para quem não está habituado com os termos, a Mesa Administrativa funciona mais ou menos como o Conselho de Administração de uma grande empresa e o Provedor atua como o presidente da empresa. Todos esses trabalham *ad honore*; segue-se um Corpo Profissional, que começa com a Superintendência.

Esse complexo possui as diretorias corporativas e trabalha com unidades estratégicas de serviços. Cada hospital da rede é uma unidade estratégica de serviço e, nos grandes hospitais, os departamentos são unidades estratégicas de serviço.

A Diretoria de Suprimentos é uma daquelas Diretorias Corporativas. Então a diretoria de suprimentos da Santa Casa funciona como um sistema de compras e de suprimentos; toda a diretoria de suprimentos é subordinada diretamente a Superintendência e compra e distribui para toda a rede.

O organograma da diretoria de suprimentos é mais ou menos assim: apresenta as comissões de qualificação, que fazem a qualificação dos materiais, o primeiro passo da cadeia de suprimentos, que auxiliada pelas demais comissões que temos em funcionamento na Santa Casa, tais como as comissões de medicamentos, de material médico hospitalar, de infecção hospitalar – que praticamente controla todas as outras – a comissão de nutrição, de laboratório, de gerenciamento de resíduos, segurança no trabalho e de uniformes. Os membros das comissões são do corpo funcional da Santa Casa, participam das decisões e se reúnem periodicamente.

Temos o almoxarifado central, uma gerência de compras central e uma farmácia central. Na farmácia central da Santa Casa existe uma particularidade que é uma fonte de resultado muito interessante: trata-se da a farmácia de produção. Ela produz mais de 500 itens de medicamentos que geram grande economia. Periodicamente, são incluídos alguns itens e retirados outros, por que às vezes a escala de produção não compensa. Por exemplo, houve época que a Santa Casa produzia soro. Era bom produzir soro naquela época; hoje, naturalmente, não é mais interessante. Desse modo, retira-se da escala essa produção e, em seu lugar, entram outros produtos mais vantajosos financeiramente ou essenciais tecnicamente.

Produzimos medicamentos de uma forma geral, saneantes, sabão, sabão de piso, sabão de lavar as mãos, entre outros.. A produção de saneantes é importante e gera uma economia muito grande. Essa é a cadeia interna da nossa gestão de estoques: começa na qualificação do material; todos os materiais são qualificados e certificados pela Santa Casa. A Comissão acompanha ainda os fornecedores de materiais, a legislação e monitora as entregas e controle dos estoques. Planejamento de compras: O melhor resultado que nós conseguimos chegar, foi o estoque de vinte dias. As compras são centralizadas: recebimento, controle de estocagem, distribuição e controle de fornecimento. Como a compra é centralizada, uma parte do estoque é distribuída centralizadamente e o possível é distribuído, para os diversos hospitais, pelos próprios fornecedores.

Temos dois grandes relatórios que controlam essa gestão, um chama-se *Gerel*, é um relatório on-line que permite todas as unidades de serviços saibam exatamente o que consumiram no dia anterior e a sua relação com o orçamento. As unidades de serviços sabem que, por exemplo, até o dia dez ela consumiu tanto por cento do seu orçamento, e o valor do que foi adquirido em determinado medicamento, material etc; isso é para tentar dar uma transparência um pouco maior, para que os usuários e as unidades funcionem como se fossem independentes e possam contestar os valores ou reclamar dos preços, entre outras ações. Eles trabalham como se fossem unidades independentes.

Outro é o relatório das Organizações Sociais de Saúde. Estas totalizam, no Estado, mais ou menos, dezoito hospitais. O Controle Centralizado tornou-se um pouco mais fácil porque todas essas Organizações Sociais trabalham no mesmo sistema de custo. Como o sistema de custo é o mesmo, consegue-se ter quadros comparativos de preços e de custos de cada hospital. Sabe-se, no decorrer do mês, qual é a posição do nosso hospital em relação aos outros dezessete. É possível saber, por exemplo, qual o preço pago por determinado medicamento, em relação aos outras dezessete Organizações Sociais. Isso propicia um equilíbrio bom para a Santa Casa, como um todo, para as Organizações Sociais e para a Secretaria de Saúde.

Outro controle disponível aparece por ser a Santa Casa um Hospital Sentinela do sistema de Vigilância Sanitária. Alguns hospitais do país recebem essa qualificação por participarem do monitoramento de todo material e medicamento utilizado no hospital. Cada vez que surge evento sobre um medicamento ou material, faz-se a investigação e comunica-se a Vigilância Sanitária para que a investigação continue. Já identificamos, por sermos o Hospital Sentinela, vários problemas com fornecimento de materiais e medicamentos, que foram depois retirados de linha. Isso é tratado com muito sigilo, e é muito interessante por causa do volume de atendimento que nós temos, valoriza a amostra. Juntando com outros hospitais desse porte, como o Hospital das Clínicas, o Hospital São Paulo, entre outros, consegue-se ter uma rede de Vigilância Sanitária muito grande.

Além dessa gestão geral de suprimentos, existem gestões específicas para órteses e próteses e medicamentos de alto custo. Órteses e próteses significam 26% do nosso custo. Aqui é um sistema de compras não ideal, porém, não conheço alguma coisa melhor; é a consignação. São medicamentos e materiais de custo muito alto e que tem que ser consignados.

Há algum tempo – foi na gestão Mário Covas, com o Secretário Dr. Guedes – montei o sistema de suprimentos da Prefeitura, como um todo. Ela possuía um sistema de suprimentos da área de Saúde centralizado na Secretaria Municipal. Atendíamos, naquela época, 180 postos de Saúde e onze ou doze hospitais, além de uma rede de pronto-socorros muito grande. E tínhamos uma gestão totalmente centralizada.

Ao assumir o Serviço, montamos o sistema de gestão. Havia sido inaugurado, naquela época, um dos hospitais da Prefeitura. Um hospital de padrão muito alto e tinham feito uma compra muito grande descentralizada. Caíram no engodo de comprar as órteses e próteses também. Quando foi feita a verificação desse hospital, tinham comprado todo material de ortopedia. Parece uma coisa muito simples, na hipótese de se fazer 50 cirurgias de fraturas de fêmur, usa uma placa, cada placa tem quatro furos, cada furo tem um parafuso, compra-se 100 placas, 400 parafusos e está resolvido. E assim foi feito. Contudo, no sistema público com a dificuldade das licitações e a burocracia, a compra acaba sendo feita para cinco anos. No fim, havia um estoque de órteses e material de ortopedia absurdo, mas, teoricamente isso não tem nada, o material não estraga e acaba sendo utilizado. O problema é que não é verdade que cada placa usa quatro parafusos, às vezes usa quatro, às vezes usa três, às vezes cai parafuso no chão e usa seis, oito. Desse modo, chegou um momento em que tinha placa a mais e parafuso a menos e você era obrigado a comprar o parafuso daquela marca porque o parafuso da outra marca não servia na placa. Acabava a placa e não acabava o parafuso. Era um problema absolutamente inadministrável. Na Prefeitura, era muito complicado por causa da licitação e isto amarrava as ações ao fornecedor. Apareciam coisas novas e não se podia comprar porque já havia placa, precisava comprar o parafuso, acabava o parafuso precisava comprar a placa e era uma pressão enorme. Por sorte, a Medicina evolui e as coisas vão mudando e conseguimos mudar este sistema.

Eis o funcionamento da chamada consignação: o medicamento fica no hospital e, à medida em que usamos, há uma comunicação com o fornecedor que emite a nota e é feito o pagamento. Problema sério é a emissão da nota fiscal. Há um lapso de tempo muito complicado entre fornecedor e o setor de contas a pagar. O fornecedor recebe o aviso de que o material foi usado, mas até o fornecedor emitir a nota fiscal demora muito, porque é preciso certificar o uso e cumprir toda a rotina da Empresa e a burocracia interna dos serviços; ele não trabalha só com a Santa Casa, trabalha com outros hospitais também. Enquanto não há o número da nota fiscal, não é possível cobrar no sistema público, no SUS; na AIH, você tem que colocar o número da nota fiscal. Então paralisa todo o processo de cobrança porque o fornecedor não entregou a nota fiscal. Quando ele entrega a nota fiscal, ela vem com uma data posterior à cirurgia; aí o SUS não aceita porque o material foi entregue depois da cirurgia no entendimento deles.

Na verdade o problema das órteses e próteses ainda é um assunto não solucionado. Todo mês, há uma quantidade de prontuários não cobrados por causa da falta da nota fiscal. Tentamos ser duros, fazer pressão: *Se você não entregar a nota fiscal em dois dias eu não pago.* mas, na verdade, a administração caminha na medida do possível, com muita dificuldade.

Outro problema são os medicamentos de alto custo. Nessa classe estão, principalmente, os antibióticos e os quimioterápicos, esses medicamentos classe A. Existe o controle feito por paciente e dispensado por paciente. Evita um pouco a evasão, mas há o problema, não do custo do medicamento e nem do suprimento, mas da indicação, que é um outro assunto e a ser discutido.

Alianças estratégicas, um dos assuntos a ser abordado. Temos aqui os fabricantes, os distribuidores e os hospitais. O que chamamos de estratégias importantes? E a novidade nessa cadeia toda, que são as operadoras. Neste caso, não significa operadora de sistema de Saúde, mas operadora de sistema de suprimento, que são as grandes empresas. Hoje, quase todas, no Brasil – pelo menos as que conheço – fazem aquisição ou administram a aquisição dos medicamentos. Não existe nada ainda que faça a cadeia inteira de distribuição.

É interessante , como estratégia, comprar diretamente do fabricante, eliminando o ágio do distribuidor. Outra estratégia é o distribuidor estabelecer uma aliança com diversos hospitais e realizar uma grande compra do fabricante. O distribuidor passa a ser uma operadora, conseguindo um preço melhor para repassar. Ou os hospitais estabelecem alianças, formando um consórcio para comprar em grande escala diretamente com o distribuidor ou fabricante, fazendo melhorar o preço.

E a terceira, como outra modalidade, são as operadoras. Funcionam como grandes compradoras de vários serviços, distribuindo para os hospitais, gerenciando os estoques ou gerenciando a compra dos serviços.

As filantrópicas todas têm problemas financeiros. Elas vêm com uma dificuldade financeira secular. A nossa tem 480 anos e desde o primeiro ano ela já apresentava dívida. Assim, temos uma dívida de 480 anos para pagar. Essa dívida vem sendo paga e hoje é possível dizer que a Santa Casa está equilibrada financeiramente. Mas ela tem um passivo importante e este é um peso que deve ser carregado e administrado. Ele complica bastante a negociação com os fornecedores. É um grande problema financeiro e por ser um grande problema financeiro, ele é um grande problema para fazer acordos com outras entidades.

A outra dificuldade é a qualificação dos materiais. É difícil conseguir que todos os hospitais usem o mesmo material. As pressões do corpo clínico e da enfermagem são indiscutíveis. E as pressões comerciais, as pressões dos laboratórios farmacêuticos, elas existem, são verdadeiras, é uma das maiores indústrias do mundo e não há como desconhecer que eles influem. A pressão dos fornecedores, a pressão da qualidade *versus* preço, é complicadíssima, em todos os setores. Este é um grande problema para todos: o valor dos materiais, principalmente das órteses e próteses e é quase inadministrável. Nosso país gasta, pelo menos, mil vezes menos em Saúde do que um país de Primeiro Mundo deseja usar o mesmo material que o Primeiro Mundo usa. Vamos, então, pensar que o nosso doente é de qualidade inferior ao sueco? Estamos falando que o nosso doente não come a mesma coisa que o sueco come, não anda no mesmo caminhão que o sueco anda, não tem a qualidade de vida que o sueco tem, mas usa os mesmos materiais médicos que o sueco usam.

Existe uma série de coisas que exigem adaptação à nossa realidade e, na verdade, é um tema polêmico que precisa ser discutido. Os nossos técnicos, às vezes, não estão preparados para esse tipo de enfrentamento. A idéia é dar o melhor possível para o seu paciente. Brinco dizendo aos nossos médicos que, se algum dos nossos doentes soubessem o valor que ele carrega na prótese, tirava e vendia. Pois são valores tão absurdos, que você não tem como falar para ele: *Olha, o senhor está carregando oitenta mil reais aí na sua perna.* Seguramente não seria essa a sua opção para usar esse dinheiro.

Esse é um problema da qualidade e preço. É um problema muito mais cultural do que de cadeia de suprimentos. Dizem que a maior dificuldade para fazer qualquer mudança é a mudança cultural: essa é realmente um problema.

Outro fator é a tal da pesquisa clínica nos hospitais de ensino. O trabalho teoricamente vem para fazer pesquisa, mas embutido traz a introdução de novas tecnologias e novos medicamentos, sempre mais caros.

Modelos colaborativos – contratante, hospital e fornecedor. Contratante, nesse caso, caso são dois: ou é o Estado, ou são as operadoras de Saúde; medicinas de grupo e seguradoras. E às vezes os interesses são conflitantes. É um pouco difícil fazer essa integração.

Quando o contratante é o governo, ele, na cadeia de suprimento estabelece um preço; parte de um preço e temos que nos adaptar a esse preço. Algumas vezes, não se consegue essa adaptação, que é o preço máximo. Temos que pagar mais, subsidiar aquele material que está usando. Então é realmente uma aliança leonina.

E na medicina supletiva há uma tentativa das empresas, também por causa dos altos valores, de passar a fornecer o material. Essa é uma tentativa no mercado atual. A empresa compra o material e fornece para o hospital e tira do hospital um dos modos de ganhar dinheiro, que é a "lojinha". O hospital vende uma série de coisas na "lojinha" e esse resultado financeiro já faz parte do lucro do hospital. Problema para eles, e para nós, sem solução até agora.

Problemas com as operadoras – agora são operadoras mesmo, essas grandes operadoras do sistema de suprimento. No sistema estatal, existe a obrigação de licitar e, as vezes, a qualidade não é compatível com o que se quer; e o preço, quando há lucro, não há transferência para o cliente. Não temos essa participação no lucro quando a operadora é o Estado. Há muitas ligadas a órgãos de classe, como a Confederação das Misericórdias, por exemplo, que une as Santas Casas. Há uma federação que é estadual, e uma que é nacional. Essa confederação tem um sistema que tenta comprar para todos os hospitais filantrópicos. A Santa Casa não participa, porque, até agora, essa participação não nos pareceu vantajosa.

Mas, quando ligado a órgãos de classe, o problema financeiro também é o mesmo, porque normalmente as classes possuem elos mais fracos que não têm dinheiro para pagar e acaba dando problemas para todos.

E os privados? Estes atuam em setores da cadeia de suprimentos. Não conheço nenhum dos privados que atue na cadeia toda; a garantia de pagamento para eles é o maior problema. Porque só vai ter viabilidade nessa operadora se o pagamento for feito rigorosamente em dia. A garantia de fornecimento, do nosso lado, é o item mais relevante.

E, por último, as terceirizações, que entendo como uma forma de alternativa de aliviar o suprimento. Quando se terceiriza por completo uma atividade, acaba-se tercerizando também a área de suprimentos correspondente. Estamos trabalhando com uma grande terceirização agora que, espero, vai nos aliviar substancialmente na área de suprimentos. Quer dizer, o problema passou para a frente: o problema de suprimentos nessa área será enfrentado pela empresa terceirizada.

Para finalizar, apresento um aforismo que ilustra o que penso: "é falso o que vemos; nós não conhecemos nada sobre o todo, na verdade tudo pode ser mudado e tudo pode ser aprendido".

A Saúde Suplementar e a cadeia de suprimentos

Antônio Jorge G. Kropf

Há três anos, minha mãe – então com 86 anos – foi submetida a uma cirurgia para a colocação de três *stents*. Ela é cliente da *Amil* e a primeira coisa que fez, ao saber do preço total da operação, foi dizer ao meu pai: *Olha, valor daquele teu Pálio lá de baixo, não chega à metade* metade do que eu tenho no coração. É verdade, já que um determinado hospital do Rio de Janeiro cobra R$ 26 000,00 por um *stent* recoberto. Esse valor, multiplicado por três, resulta realmente em uma boa vantagem.

A partir desse exemplo, minha intenção é contribuir para o debate trazendo uma abordagem que busca contextualizar quatro situações: 1) a relação entre os participantes em todo esse setor da cadeia produtiva; 2) a visão geral do setor, sob a ótica da Agência Nacional de Saúde; 3) a visão daquilo que consideramos que deve ser levado em conta em qualquer atividade, o poder maior que é o mercado em si; e, finalmente, 4) a realidade das operadoras. Com isso, procuro mostrar como essas coisas podem e devem interagir, até para a promoção de um avanço em alguma coisa que diga respeito a uma aliança, no sentido da cadeia de suprimento, entre outras coisas.

O primeiro tópico é a questão da relação entre os participantes. E é possível começar dizendo que ela é uma cadeia de transferências de custos. O objetivo aqui é, de fato, apresentar alguns pontos que são problemáticos para a discussão.

O cliente foi atingido gravemente pela questão da pressão da economia em si e, naturalmente, por meio da sua interação com aquele que fornece os planos de

médico, com MBA - Módulo ADM pela UFRJ; Sistemas de Saúde pela Universidade de Boston; diretor técnico da Amil Brasil



Figura 1

saúde, jogou uma realidade que foi o quê? Foi a tentativa de transferir de alguma forma a sua restrição do poder aquisitivo em relação àquilo o que ele compra. E claro que nessa parte das operadoras, dos financiadores – porque na verdade, as operadoras de saúde, qualquer que seja o tipo dela, têm uma função muito clara: somos gestores de poupança pública. Qualquer uma das operadoras. Penso que o primeiro ponto a ser enfrentado em qualquer debate é a gente se entender como tal. Assim, recebermos de clientes, seja de pessoa física ou pessoa jurídica, um valor monetário e, do ponto de vista jurídico legal, temos que nos conscientizar que somos depositários de poupança pública, por isso toda essa contextualização da própria Agência, de que ninguém pode discordar, muito pelo contrário.

A partir de uma visão de gestor de recursos, que anteriormente até a fase inflacionada era exclusivamente financeira, em oposição à situação atual, em que os valores não são suficientes e não serão nunca, em qualquer lugar do mundo, para suprir as necessidades da Saúde. Nessa cadeia de transferência tivemos uma segunda etapa que são as próprias operadoras tentando transferir os seus problemas para os prestadores de serviço, os provedores: hospitais basicamente, médicos, serviços etc. Em uma reação, entre aspas, que é fácil entender, mas é muito questionável sobre como sair dessa realidade. E aí tivemos pressão de todos os lados: com relação a congelamento de tabelas – entre aspas – e de vários outros tipos.

Os prestadores de serviço, por sua vez, particularmente os hospitais, o que fizeram? *Então, eu vou me associar.* E aí surgiu uma coisa específica do tema, os hospitais em particular tiveram um aliado fundamental nesse processo de tentar sobreviver à essa realidade: a indústria da tecnologia; e incentivada por tudo aquilo o que deve ser defendido: do avanço tecnológico e todas as conseqüências: longevidade, viver melhor etc. Eles cumpriram corretamente seu papel, ou seja, criaram realmente uma grande aliança entre provedores – particularmente hospitais – e a indústria de tecnologia.

Desde aquela época, a indústria da tecnologia mostrou um casamento que perdurou – e perdura ainda hoje – mas começou a trazer alguns conflitos naturais. As operadoras da Saúde Suplementar passaram a defender a sua realidade e o seu papel. Como conseqüência, começamos a ter hospitais como condição de sobrevivência, buscando o ganho na tecnologia e isso levando a alguns limites bem interessantes.

Se traçarmos uma visão geral da Saúde Suplementar no Brasil, veremos que nosso país é o segundo do mundo – só superado pelos Estados Unidos – em relação ao volume de recursos em planos privados de assistência à Saúde. E esses recursos são absolutamente relevantes. Segundo os dados da Agência, o montante gira em torno de 33 a 34 bilhões de reais. Apesar da dificuldade de comparação dos números relativos à realidade brasileira, podemos deduzir que a Saúde Suplementar contribui com, no mínimo, um terço ou um pouco mais, de todos os gastos. Se considerarmos os gastos de investimento público, deve orçar por volta de 42 a 45 bilhões de reais; e os gastos diretos da população, que deve ser outros tantos. Com os dados de 2002 e 2003, de 112, 116 bilhões, teríamos 35, pelo ou menos, relacionados à Saúde.

A Saúde Suplementar apresenta, na atualidade, um volume crescente, não em termos de aumento, mas por atualização de cadastro. Há alguns dias foi publicado n ' O Globo um artigo de Cláudio Lottenberg afirmando que o setor está estabilizado. Eu diria: ele está estagnado. O que tem crescido é a parte de assistência odontológica, mas na área da Saúde eu diria que ele está basicamente estagnado.

O mercado das operadoras, como se vê na **figura 1**, apresenta uma concentração muito relevante. Veremos, adiante, a diversidade desse mundo. Três operadoras respondem por esse número; cerca de 50% do mercado está vinculado, basicamente, a algo em torno de cinqüenta operadoras. E isso traz algumas características muito fortes do poder de barganha daquilo que iremos abordar.

Nessa **figura 2** vê-se uma divisão daquilo que é o Sistema Suplementar em relação aos grandes grupos de operadoras, as medicinas de grupo, as cooperativas, as auto-gestões e as seguradoras. Isso vai ter uma importância muito grande sobre vários aspectos. O primeiro aspecto a ser atendido é a distribuição dos recursos no país. Se isto não for claramente compreendido, o resto torna-se de difícil entendimento.

A **figura 3** mostra que, como em todo o resto da economia, 48% dessa



Figura 2

Tabela 9 - Receita Total por Unidade de Federação

UF	2001	2002	2003	2004	%
SP	9.979.148.887	12.106.917.625	13.938.280.342	19.039.883.518	49%
RJ	3.347.031.314	4.072.780.702	4.580.228.709	6.295.457.607	17%
MG	1.562.607.644	1.815.374.154	1.955.545.725	2.203.536.570	7%
RS	1.449.723.774	1.762.514.177	1.984.744.193	1.812.088.104	5%
PR	1.035.430.601	1.188.674.029	1.093.997.588	1.389.882.278	4%
BA	679.521.814	729.619.106	783.382.582	881.811.315	3%
PE	1.810.785.835	700.041.160	759.239.308	834.925.637	3%
SC	515.946.017	591.102.356	688.009.789	784.107.768	2%
CE	156.788.030	169.783.422	199.767.006	570.845.476	2%
ES	285.046.124	347.911.131	481.730.948	551.433.054	2%
DF	302.036.745	411.117.808	456.364.751	477.684.322	2%
Demais Estados	1.139.782.115	1.273.009.490	1.363.157.676	1.698.713.066	6%
Total	22.347.932.904	25.168.317.240	26.974.640.562	31.494.056.294	100%

Fonte: Diops/FIP - ex-2006
Nota*: Nas Autogestões não são incluídas as Autogestões patrocinadas.

Figura 3

receita está em São Paulo. Se a isto adicionarmos os 17% do Rio de Janeiro, mais os 7% de Minas Gerais e os 5% do Rio Grande do Sul, veremos que esse mundo de que estamos falando é o Sudeste e Sul.

Já temos uma grande experiência com as regiões Norte e Nordeste, particularmente no Grupo *Amil*. Mas, em relação à Saúde Suplementar, é forçoso direcionar o foco para o Sudeste. A evolução dos gastos, de 2001 a 2004, bateu nos 31 bilhões de reais. Hoje, devemos estar em 34 ou 35 bilhões. Mas é a realidade da economia nacional – e que tem particularidades – e precisamos entendê-las para tornar possível a discussão do impacto de cada ação nesse mundo.

A **figura 4** é muito importante por mostrar o que *se espera* – entre aspas – da Saúde Suplementar. São dados apresentados pela ANS e trazem um enfoque absolutamente adequado: a questão da visão econômica e a que se deve tentar dar ao sistema de Saúde, que é da produção, realmente, de Saúde.

Aqui as operadoras deixam de ter exclusivamente o caráter de intermediadoras econômicas e passam a ter uma ação voltada à gestão de Saúde. Os provedores, os prestadores, deixam para trás o feitio de pura e simplesmente produzir procedimentos para assumir o de prestadores, na visão de cuidadores. E o próprio consumidor, passa da visão de consumidor, como o próprio sentido explica, a um enfoque de cidadão com consciência sanitária. Isso é bonito, isso é um norte que se procura dar. Agora, como se chega a essa realidade? São visíveis as dificuldades que existem hoje mas, pessoalmente – e falo como Diretor Técnico do Grupo *Amil* –, acredito, já de há algum tempo, que essa é a visão que nós temos que ter em relação à operadora de Saúde. E aí abre-se um campo muito novo, que acho profícuo, para alianças de diversos tipos, em relação aos provedores e aos demais.

Existe uma lista de problemas, mas não vamos falar só deles, pois problemas existem e existirão sempre. Mas todos eles convergem para a exigência de uma gestão mais profissional, o dilema da incorporação tecnológica, a longevidade, os custos ascendentes, aos custos da própria regulação. Ao financiamento que estará sempre sob pressão, ou seja, aquele que paga pelo plano ele tem essa realidade hoje tão forte, ou mais forte até que no passado. A falta de recursos – porque também não adianta ficar chorando dizendo não existem recursos e, por esta razão, não se faz nada. Se for assim, o melhor a fazer é ir para outro tipo de negócio: bancos, vendas etc. Não fique na área da Saúde, senão não se faz nada. Se faço esse comentário, é porque há muito empresário chorão, em todas as áreas, tanto em hospital quanto em operadora. Isso é o mundo, é natural. É preciso *chorar* um pouquinho – o ditado já afirma disso. Mas proponho olhar para frente, porque não adianta ficar chorando falta de recursos; devemos oferecer soluções. E estas existem. Os conflitos estão em todos os níveis presentes e em todos os locais.

Vivemos num mundo capitalista, defendemos esse mundo, acreditamos que ele tenha um processo permanente de evolução. Desse modo, temos que encarar o que nos move como objetivo legal e com o objetivo da regulamentação. Ou seja, temos que entender aquele que paga a conta. E essa visão, de alguma forma, trouxe os conflitos que hoje vemos na relação entre operadoras de Saúde e, por exemplo, a questão de órteses e próteses, material etc. Um ponto que passou a ser destacado por vários aspectos.

Os aspectos aqui considerados do ponto de vista das operadoras, podem e devem ser tomados com base em uma analogia com os dos prestadores, particularmente em relação à cadeia de serviços hospitalares e aos serviços da assistência médica. Vejamos o que acontece na Saúde: é possível dizer que ela segue uma tendência do mundo moderno, porque aconteceu em outros setores. Alguns exemplos são claros. A pressão da economia existe e esse dado foi publicado em 2004.

Em 2002 e 2003, houve uma perda de quase que 25% da capacidade salarial e isso trouxe – nessa fase que se aguçaram os conflitos – reações muito claras em relação às pessoas que saem de planos de Saúde, em relação a contratos de plano-empresas. Isso foi observado em São Paulo, particularmente, como maior dínamo da economia nacional. Quero fazer referência aqui aos planos coletivos, que hoje representam quase 80% do mercado e que dizem o seguinte: *Olha, eu não tenho controle de preços e nem preciso ter. O meu controle de preços é que hoje a saúde é a minha segunda despesa, ali, depois da folha de pagamento, e eu não aceito. Mesmo que você queira, eu não aceito pagar mais porque eu não quero pagar mais, eu não posso pagar mais.* E nós, como intermediadores nessa visão daquele que paga as contas, compradores de serviços, temos que nos equilibrar dentro de uma realidade que aí está.

Nós tivemos uma recuperação que foi fundamental para o setor em 2004-2005, dessa quebra dessa queda progressiva porque aqui todos perderam. Nós perdemos – e nós no Grupo *Amil* – que nunca abrimos mão da segurança, pela responsabilidade que a temos com quem nos paga a conta. Na *Amil*, nunca recebi pressões. Caso contrário, o Grupo também não teria chegado aonde chegou. Sempre tivemos a política de realismo econômico. E perdemos 15%, da nossa carteira, que hoje conseguimos recuperar.

Mas essa realidade causa impacto em todos os setores da economia e não há sobra de recursos em praticamente nenhum setor, a não ser o financeiro. E aí chegamos à questão de como chegar à equação de



Figura 4

mercado. Alguém pode perguntar: *Mas saúde e mercado*. Temos que entender essa realidade e a FGV é uma Casa que prima por mostrar isso: a ética da atividade capitalista, a ética do mercado, enfim, enfrentar aquilo que sabemos que tem que ser enfrentado.

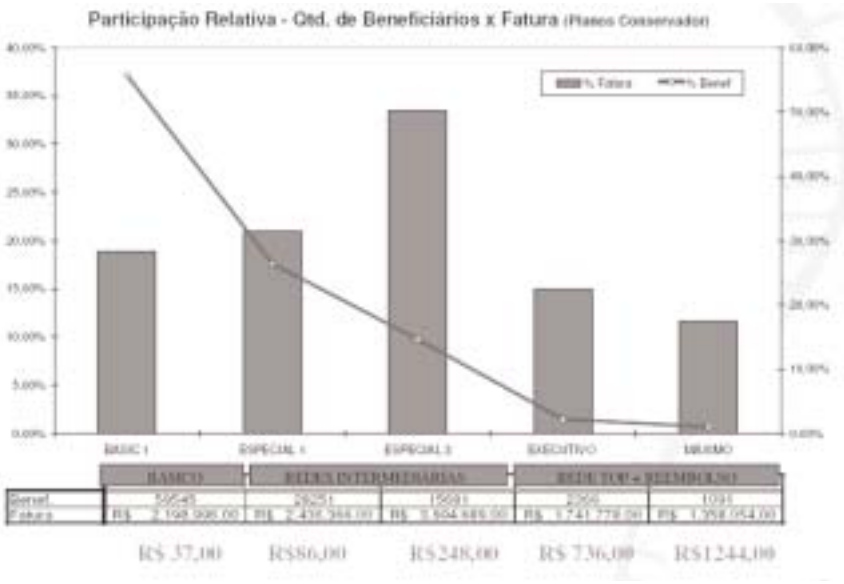

Figura 5

Um exemplo foi o lançamento do *mini Mac*, que representou para a *Apple* algo que para nós, do Grupo *Amil*, que também passamos por uma coisa, simbolizou uma mudança de cultura. Até 2003 e 2004, achávamos que iríamos sempre focar os nossos planos para um segmento de classe mais elitizado, mas isso não é possível. Steve Jobs mudou; então você tem que mudar, não é possível parar. E outros mudam. Se nós observarmos, por exemplo, a área da aviação: ela é praticamente toda cliente nossa, do Grupo *Amil*. As três principais, a *TAM*, a *Gol*, e a *Rubem Berta*. O que se vê aí? Eficiência e baixo custo.

Outro exemplo muito bom para nós, inclusive em relação à parte hospitalar, é o exemplo da rede *Accor*. Ela tem um modelo com uma linha coerente de serviços hoteleiros, a cadeia completa de alternativas do *Parthenon*, *Sofitel*. E em São Paulo, o *Formule 1*, o *Novotel*. Existe o *Ibis*, em frente ao aeroporto de Congonhas.

Mas o fato é que, no campo de provedores de serviços, os investimentos que estão sendo feitos na área de hospitais, em relação a algo muito parecido com o que se decidiu fazer na rede *Accor*, em relação ao oferecimento de uma boa acomodação, um bom banho etc. Observamos em São Paulo o fenômeno dos investimentos focados em hospitais de alta tecnologia – inclusive nós do Grupo, porque discutimos internamente.

O Grupo *Amil* tem uma empresa de hospitais, a *ESHO*, que hoje tem 1.300 leitos; ela é tratada pela *Amil* operadora de saúde como um credenciado prestando serviços hospitalares ao mercado.

Quando surgiu a medicina de grupo, em 1954, em São Paulo, a Policlínica, o que ocorreu? Todos num segmento de classe C, pela industrialização da área automobilística e isso foi aumentando. Surgiram algumas empresas, algumas hoje não estão mais aqui, infelizmente, como a *Interclínicas* e outras, como a *Amico*, foram salvas por terem sido adquiridas por outra operadora – no caso da *Amico*, comprada pela *Dix* que faz parte do Grupo *Amil*. Isso foi caminhando até à década de 1970, quando a *Golden Cross*, que foi um marco na saúde suplementar, aos 55 anos de idade viu que havia um espaço para a criação de um plano de seguro internacional. E a *Golden* foi criada em cima de um espaço absolutamente ímpar naquela ocasião. Lembro-me de que naquela ocasião – eu era médico ainda atuante – existia uma clientela particular, coisa que hoje está mais difícil e ficávamos felicíssimos quando vinha um plano, um cliente com seguro da *Golden Cross*, porque sabíamos que iria sobrar dinheiro para pagar a nossa conta de honorários, pois o hospital estava coberto. Esse mundo acabou, é claro, ele foi evoluindo.

O mundo da livre escolha, do reembolso total, outros *players* entraram nesse segmento. Mas, com a mudança do perfil econômico, outras características surgiram. Não só a entrada da classe A, mas um deslocamento posteriormente para o segmento A e B, que é aquilo o que vai crescendo. E o fenômeno, que hoje se vê em toda a área econômica, é muito mais voltado hoje para essa nova realidade. É quem está em um, certo ponto, se não consegue subir, vem para o SUS. O segmento situado no topo estreita-se cada vez mais e isto cria um crescimento muito grande, que foi a famosa classe C.



Figura 6

Houve uma fase em que pensava da seguinte maneira: *Não, eu prefiro ser uma Bélgica ou uma Suíça.* Mas a Suíça é desse tamanhinho. Não dá, aí a empresa morre. Temos um princípio: se você não crescer, o risco de você morrer é muito maior. Mas o crescimento tem que ser com segurança E na área de modelos assistenciais, o que existe – e aqui já entramos numa realidade de planos com maior liberdade ou maior economia e que



Figura 7

vão representar à semelhança daquela linha da rede *Accor* – custos mais ou menos viáveis. Há coisas que não dependem da nossa vontade, como o segmento e a realidade.

Hoje podemos dividir o mercado, por exemplo, de planos individuais, em três grandes grupos: aqueles que dão direito ao reembolso, que são uma minoria; aqueles que dão direito à uma rede credenciada; e aqueles que são os planos de menor custo e que, de alguma forma, focalizam hoje a medicina de grupo. As filantrópicas também têm o sistema de rede própria e aqui ele se coloca. Na área de pessoa física é assim. E na área de pessoa jurídica, é muito diferente? Não. Ele é muito mais acentuado nessa dicotomia. Na **figura 5** está um pequeno exemplo que mostra uma concorrência que houve em São Paulo, há três anos, em que surge a questão dos planos básicos e a população de quase 60 mil pessoas para um orçamento dessa licitação, de R$ 37,00. E no outro extremo, os planos de topo, com uma população de 1 091 pessoas que vão ter um gasto *per capita* de R$ 1 244,00. É necessário um reposicionamento para atender a esta massa porque esse segmento não cresceu nem vai crescer, ele é ocupado hoje.

Existem os dados do IBGE e da PNAD. Eles mostram a evolução de quem tinha, ao final de 1998, ao final de 2003, por renda familiar. As classes altas, ou seja, as classes de família com renda de mais de 20 salários mínimos, oitenta e três por cento já tem plano de saúde e a maior parte deles relacionado inclusive ao plano corporativo. Assim, aqui não vai, a mudança aqui é muito pequena. O que deve ser focalizado é aquilo o que representa a classe C, hoje, 24% nesse segmento de três a cinco salários mínimos já têm plano e 43%. O espaço para crescimento está aqui. E como é possível preparar-se para isso? É preciso ter plano a um custo compatível com essa realidade porque senão não vende, não cresce; não tem internação no hospital, não tem doente para mandar ao consultório. A coisa se estabiliza de uma forma muito difícil.

Felizmente – e esse dado foi exposto pela Folha de São Paulo de julho de 2006 – houve um crescimento de um grupo importante. Menos mal. Agora, estamos preparados para atendê-los fora da linha do SUS? Fora da área do plano público de Saúde? O crescimento depende de você atender a essa classe e tem que vir por meio de competitividade. Mas isso com preservação de viabilidade econômica e lucro porque o que constrói benefício social não é a pobreza, infelizmente não é. E o nosso papel é encarar isso dentro de uma relação harmônica.

Fica, então, para o quarto e último bloco aquilo o que serve de base para o nosso debate. Para entender qual é o papel das operadoras nesse processo de ajudar numa aliança na cadeia de suplementos é um ponto fundamental para o equilíbrio dos provedores, particularmente de hospitais. Temos três tipos de modelos de operadora: aquele que trabalha exclusivamente com rede referenciada, ou seja, não tem serviço próprio, não tem nada de verticalização. E aqui estão as seguradoras tradicionais, a maior parte das auto-gestões, as administradoras em si e um pequeno segmento que a gente vai mostrar, muito irrelevante, da medicina de grupo. Para essas há interferência na cadeia de suplementos, particularmente, de hospitais. Já se faz sentir hoje pelo o que isso representa no seu custeio.

O segundo grupo, que é aquilo que chamaremos de operadoras, predominantemente ou quase totalmente verticalizadas. Encontramos isso na medicina de grupo e basicamente nas filantrópicas também.

E o terceiro grupo, que é aquele que apresenta tanto a parte de rede referenciada, quanto a parte de alguns hospitais próprios e cooperativas e a medicina de grupo também.

A **figura 6**, cuja fonte é também a Agência Nacional de Saúde, mostra a visão de três anos e o "*negócio*" – entre aspas – Saúde Suplementar no Brasil. Ele perdeu efetivamente a lucratividade que tinha na época inflacionária, que era brutal. Era quase que algo caso de polícia porque você recebia até 94 e pagava com 45. Então podia fazer qualquer burrice, qualquer besteira. A sinistralidade, por exemplo, nas seguradoras se faz presente e, mesmo na parte odontológica, aparece de uma forma muito evidente. E traz repercussões diretas na atuação das próprias seguradoras em relação ao pagamento das suas contas hospitalares.

A **figura 7** mostra dados de população de 2003 a 2006. Eles são os mais recentes que estão no *site* da ANS, para mostrar esse segmento, que é basicamente das seguradoras. Apresenta, por exemplo, a líder do mercado, *Bradesco*, o grupo *Sul América*. E três seguradoras: a *Porto Seguro*, a *Marítima* e a AGF. Mostra como é que ele está se comportamento em relação a crescimentos, de 2003 a 2006. O segmento cresceu muito pouco. É um problema muito grave na



Figura 8

conscientização da nossa preservação do que se investiu em hospitais. Isso é um desafio que nos traz uma preocupação.

A sustentabilidade dos hospitais de ponta, que tem como fonte de 90% da sua receita. Convênios de livre escolha – sejam da seguradora, sejam da auto-gestão – vivem uma preocupação muito grande, porque como têm se comportado alguns segmentos, particularmente das seguradoras, nos dados da lucratividade do setor que, nessa avaliação em 2005, apresentava nos primeiros nove meses um resultado negativo altamente preocupante. Isso felizmente melhorou, na política da ANS – de permitir alguns reajustes em relação a planos individuais – e, logicamente, pela liberdade que se tem no plano coletivo, as Seguradoras se esforçaram bastante. E em 2005 e 2006 com alguns resultados melhores, mas ainda longe daquilo que se pode considerar adequado.

	OPERADORA					
	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL	727.059	773.106	850.463	916.733	
	AMICO SAUDE LTDA	365.992	367.277	442.110	462.749	
	DIX ASSISTENCIA MEDICA LTDA	255.729	391.462	349.016	378.535	
	GRUPO AMIL	1.348.780	1.531.846	1.641.589	1.778.017	
	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAUDE S.A.	1.089.261	1.154.379	1.197.201	1.234.449	
	NOTRE DAME SEGURADORA SA	44.282	51.439	73.219	93.304	
	NORCLÍNICAS SISTEMA DE SAUDE LTDA	84.957	114.936	136.843	140.000	
	GRUPO INTERMÉDICA	1.218.500	1.320.969	1.407.302	1.467.753	
	MEDIAL SAÚDE S/A	554.934	484.502	493.002	482.921	
	GOLDEN CROSS	360.960	384.554	457.313	473.726	
	AMESP	194.000	205.102	393.849	505.957	
	PRO-SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.	281.796	325.909	349.399	330.055	
	AMIL GRUPO HOSPITALAR RJ/ANS/RIO	171.324	183.826	212.269	230.746	
		4.130.966	4.474.799	5.194.747	5.488.623	

Figura 9

A **figura 9** mostra a medicina de grupo, em que nós temos aqui no caso, o nosso Grupo. Na *Amil* são, hoje, três empresas operadoras: a *Amil* assistência-médica, que é a maior e cresceu 26%; a *Amico* e a *Dix*, que se uniram há alguns anos, quando houve a incorporação da *Amico*, e que são uma medicina de grupo, quase verticalizada, na sua maior parte, tradicional. E é claro, as duas comercializam planos de menor custo, e cresceram mais do que a *Amil* tradicional. Mas houve uma recuperação bastante razoável.

A **figura 8**, com dados da FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização, mostra uma curva de ascensão da sinistralidade, entre 2001 e 2005. No caso, o índice combinado está, para cada R$ 100,00 recebidos das Seguradoras, gasta-se R$ 102,00. Quando se inclui a receita financeira isso baixa para R$ 97,00.

A líder do mercado, nos dados desse ano, que é o *Bradesco*, tem esse índice de 1,3, de 113. Para a *Sul América* houve uma diminuição em relação aos resultados. Mas foi possível sentir, principalmente em São Paulo, algumas ações duras que eles tiveram em relação a hospitais.

E na cadeia de suprimentos é a evolução de material e de medicamento; a evolução de diária e, aqui embaixo, de gases. O item que mais subiu foram gases, de 2000. E depois, material e medicamentos, que subiram quase 87%. E a parte de taxa, de 23%. Hoje, o que você observa em relação ao custo da conta hospitalar, dados da própria seguradora, desse segmento que eu estou me referindo, é uma elevação, independente do congelamento das tabelas, uma elevação progressiva do custo médio da internação. De 2000 a 2005, houve uma evolução de custos, nesse sentido. E se for comparado os indicadores econômicos, o reajuste da ANS, o IGPM e o custo médio, nota-se a discrepância dessa realidade. É claro que aí se atribuí a uma realidade de material e medicamentos especiais.

Um outro ponto a ser ressaltado é a posição das auto-gestões. Entre 2005 e 2004, ele teve a sua receita ampliada em 17%; os seus custos em 21%. A sinistralidade passou de 90% para 95%. É o maior segmento usuário dos hospitais de ponta do país, que são as auto-gestões, seguidos pelas seguradoras. São cinco milhões de beneficiários aqui, uma carteira estabilizada e os 4 milhões e 700 mil, das Seguradoras, das quais um percentual importante tem a livre escolha. Esse é o cenário que a gente tem desse segmento, que paga órteses e próteses.

Existe o chamado segmento de planos de luxo, principalmente em São Paulo, mas é muito pequeno. É um montante em torno de 117 mil beneficiários, juntando as três operadoras. É muito pouco. Então, qual é o desafio hoje? A grande questão que deverá ser debatida mais adiante é: como é que se comportam os hospitais que tem 90% da receita em função das operadoras? Como é que se colocam os hospitais que têm na receita do SUS, como as Misericórdias? Não é responsabilidade das operadoras promover sozinhas o equacionamento de problemas desse tipo. É preciso buscar e há espaço para isso, sentido de alianças, no que diz respeito a tal.

Um outro grupo muito importante é a *Intermédica*, que também cresceu: 20%. E aqui, pulverizadas, várias empresas da medicina de grupo que têm sistemas mistos. E que chama a atenção aqui, por exemplo, o crescimento da *Amesp*. E esse crescimento, que foi no último ano, particularmente às custas de uma política bastante agressiva de comercialização de planos individuais de baixo custo. O que é logicamente uma política agressiva, e com toda a sinceridade, de risco, mas que eu espero que eles consigam administrar a contento, porque é uma das empresas importantes da medicina de grupo.

As cooperativas, que têm as suas características e que cresceram 12%. A *Unimed Paulistana* a gente tem uma dificuldade, porque ela não tem um cadastro atualizado na Agência, mas que também cresceu de modo importante e esse é o seguimento.

Finalmente, proponho uma discussão relativa à mudança daquele eixo que a indústria da tecnologia conseguiu conquistar, por força de dar aos hospitais uma sobrevivência econômica mínima e tentar entrar numa visão de parceria diferente. Como será a interferência nessa relação – e aí possivelmente haverá expressão na cadeia de suprimentos em si – é um dos temas a serem debatidos.

Há posições em que a operadora passa a assumir o papel de fornecedora e isso redunda em uma diminuição da taxa de comercialização de 35% para 6% ou 7%. Ela tem modelos em que isso não é possível aplicar, por incapacidade da relação. Agora, na eventualidade do surgimento da pergunta: *Qual seria o desejo das operadoras em seus diversos segmentos?* Eu pediria que houvesse uma reflexão sobre as ações que elas tiveram. E aí, só para exemplificar as seguradoras foram as primeiras a tentar instituir a compra direta, em 1997, 1998, quando criaram uma importadora.

Nós, no Grupo *Amil*, criamos uma distribuidora, que hoje tem de 4% a 5% do custo médico adquirido por ela e distribuído para os hospitais, tanto os do grupo, como alguns hospitais credenciados. Outros segmentos, outras experiências existirão e teremos, certamente, a oportunidade de abordá-las.

Reflexões sobre assistência farmacêutica

Gonzalo Vecina Neto

A questão da assistência farmacêutica no SUS é delicadíssima e muito complexa. Trata-se de área onde muita coisa boa acontece, como a atual política de assistência da AIDS, ou aos hemofílicos, que necessitam tomar Fator VIII ou Fator IX. Os hemofílicos, há dez anos, morriam como moscas. Tive a oportunidade de fazer a abertura de um congresso sobre hemofilia, no qual o presidente da Associação dos Hemofílicos dizia: *Eu sou o primeiro presidente da entidade que passa o cargo para outro presidente, porque a maioria dos presidentes morria no meio do caminho*.

Contudo, o SUS ainda deve ao País uma política de assistência farmacêutica, que não está na agenda do atual governo e não estará na do próximo, por uma série de razões, mas principalmente pela questão do financiamento.

Sinto-me tão responsável pela criação da CEME (Central de Medicamentos), em 1971, quanto pelo seu fechamento, em 1997. Também pelo vazio de políticas *pós* CEME, durante um determinado período e pela criação daquilo que, em 2003, foi e é chamado de *Farmácia Popular*. Sinto-me responsável, pois sou um cidadão e, sendo o SUS e seus componentes, políticas de estado, todos nós somos responsáveis. E sinto-me ainda responsável, pelos equívocos e pelos acertos do SUS. Porém, desta confortável posição de um cidadão – e não mais servidor publico –, vejo-me na obrigação de apresentar alguns elementos que não têm sido trazidos aos debates.

Inicialmente, é necessário contar com a noção de *progressão*. Não há como fazer, de modo imediato, a assistência farmacêutica no país. Ela é conseqüente à política de assistência da Saúde, não há outro tipo de assistência farmacêutica. Quando fui Secretário Municipal de Saúde, a população reclamava na minha porta todos os dias devido à falta de medicamentos. Em 2003 e 2004, quando o município recebia, *per capita*, um real do Governo Federal e um real do Governo Estadual conseguíamos comprar remédios mais baratos da indústria farmacêutica privada do que da FURP, do estado de São Paulo. A indústria farmacêutica privada é diferente da pública, não somente pelo lucro, mas também porque a pública não paga impostos, portanto deveria conseguir vender mais barato – a carga tributaria só em ICMS, é de 17%. Mas nem isso a FURP conseguia em São Paulo, pelo menos nas licitações que fazíamos na Secretaria Municipal de Saúde.

Não estamos pensando, com o devido respeito, na complexidade do problema da assistência farmacêutica. Precisamos tentar entender e não por um ângulo único. Neste caso, é fundamental a idéia da *progressão* e de *multicausalidade*.

Outra questão tem a ver com as patentes, com o licenciamento compulsório, com o papel do INPI (Instituto Nacional da Propriedade Industrial). Este assunto merece, isoladamente, um debate. Esses temas fazem parte do grande jogo estratégico da globalização. Como ficará esse jogo? Ainda não é possível saber. O que vai acontecer com os milhões de portadores de AIDS da África? Não dá para saber. Alguma coisa vai ter que ser feita no âmbito dos governos; não da indústria. Não podemos ver a indústria como se fosse o inimigo. Ninguém vive sem consumir e, para consumir, é preciso produzir. Há gente que produz, há gente que consome. Vivemos num sistema capitalista, mediado pelo lucro. Passou o tempo de achar que as coisas mudariam por intermédio da varinha mágica, ou na ponta de uma baioneta. De fato não há como fugir do fato de que, em sociedades capitalistas, o lucro é o impulsionador da economia e do processo produtivo e que pode causar estragos no tocante ao grau de exclusão e criação de desigualdades se o estado não cumprir adequadamente seu papel regulador. Assim temos que repensar o papel do Estado: não dá para fazer revoluções e o estado fazedor está falido. Qual é a saída?

médico, com mestrado em Administração pela FGV - EAESP; professor da Faculdade de Saúde Pública da USP; ex-presidente da ANVISA; ex-secretário municipal de Saúde de São Paulo.

Como dar acesso aos mais pobres? Essa é a equação. Como dividir essa conta? Este é um problema de Estado. E não é um problema de quem ganha menos ou mais. Como um problema de Estado, ele faz parte da decisão a respeito de como vamos construir o Estado brasileiro. E como, eventualmente, iremos participar também da construção dos Estados africanos. Temos que resolver esse problema da pobreza e da exclusão social que existe no Mundo. E nós temos que participar disso, sem sombra de dúvida. Procurar construir a idéia do Estado regulador, o Estado que constrói e *entrega* acesso e não produtos. Essa parece ser a alternativa.

Quanto ao controle de preços, é mais um fator que faz parte dessa equação. Ele é ruim para a indústria e bom para o governo? Não dá para ser simplista assim. Em um mercado no qual os cidadãos compram seu próprio remédio, o controle de preços é necessário. É um dos mercados mais imperfeitos que existem. E é função do Estado proteger seus cidadãos, tanto quanto é dar acesso a medicamentos.

Com relação à avaliação tecnológica, não se pode olhar para ela como se fosse uma panacéia. E o melhor modelo para sua realização não deveria ser em função da entrada do produto no mercado. A avaliação tecnológica tem que ter o viés da Epidemiologia, cuja utilização cabe a nós, a Academia, ensinar. É esse viés que vai nos informar para o que usar a avaliação tecnológica. Este instrumento não é fácil de ser utilizado e possui técnicas muito complexas, além de um custo elevado. Não é por outra razão que existem tão poucas avaliações de tecnologia, que mereçam esse nome, no Mundo. Seria um grande acerto se começássemos a utilizar um pouquinho mais a Epidemiologia como instrumento de construir decisões. A Epidemiologia é uma área de conhecimento fundamental para permitir construir o que nos interessa fazer com o SUS. Temos que usá-la e ela será vital para o uso racional da avaliação da tecnologia.

Outro fato que incomoda a todos – e que temos que tratar de maneira melhor – é o da posse e circulação da informação. A indústria será cada vez mais incomodada com a propaganda e teremos cada vez mais acesso à informação por meio da Internet. O povo terá acesso ao conhecimento de fatos que nós, profissionais de Saúde, não gostaríamos que ele ficasse sabendo, por que acreditamos que façam mal – na verdade, não há informação que faça mal. A propaganda como instrumento de venda será cada vez mais combatida e controlada no Mundo todo. Este é um paradigma inaceitável para a indústria, mas irá ocorrer e paradoxalmente cada vez teremos mais informação circulando sobre drogas e doenças. Como fazer desse limão uma limonada? Esta é outra esfinge, dentro da maior que está a nos devorar. Não estamos conseguindo entender esse novo mundo de tanta informação.

Temos que racionalizar o mercado. E este é um processo doloroso. Temos farmácias demais, atacadistas demais e indústrias farmacêuticas demais. Não existe país em que a cadeia do varejo custe 30% do custo final dos medicamentos consumidos. Também não existe país que tenha distribuição de medicamentos duas vezes ao dia. Nossas farmácias são abastecidas duas vezes ao dia. Dispor de uma logística que distribui medicamentos duas vezes ao dia nas farmácias tem custos. Esse custo está nesses 30%. Isto é ineficiência. Parte dessa ineficiência é filha da falta de uma política de assistência farmacêutica.

Da mesma maneira, nosso atacado custa 14% do custo final. Temos mais de mil atacadistas. Nos Estados Unidos, há duzentos e vinte atacadistas. As vinte maiores indústrias brasileiras faturam 5,7 bilhões de dólares, pelos dados apresentados, num mercado de 7,6 bilhões. Então, as outras quatrocentas, as outras quinhentas... É difícil dizer o número de indústrias, mas eu diria que o número das que merecem essa denominação está por volta de trezentas. Vinte faturam 5,7 bilhões, as outras 280 dividem dois bilhões. O que são essas indústrias? Têm escala econômica de produção? Elas não têm escala nem para investir em qualidade. Nenhuma delas tem genéricos e talvez nunca venham a ter, porque possuem um *portfólio* muito grande – vendem um pouquinho de cada um de seus muitos produtos – e não conseguem investir os 50 mil dólares, que custa um estudo de bioequivalência por produto.

Um estudo de bioequivalência é fundamental. O genérico, mais do que qualquer coisa, salvou a indústria nacional. Isto porque um dia, essa discussão sobre o que é uma cópia e qual a diferença entre ela e o que é um produto de referência, ganhou a Sociedade brasileira. O genérico fez muito menos pelo acesso, do que fez para a indústria nacional. O Canadá, quando implantou os genéricos, possuía mais de cem indústrias. Hoje tem menos de quarenta. Então, a concentração não é uma alternativa, é a saída. Esse é um movimento que a indústria brasileira terá que fazer e o Estado deverá ser capaz de ser o indutor desse movimento. Começamos a exportar genéricos e ocupar um espaço diferenciado no nosso mercado, mas temos que mudar mais, para termos um lugar no grande jogo mundial.

A criação do COINFAR, essa associação de quatro indústrias nacionais apoiadas pela FAPESP e voltadas para o desenvolvimento de tecnologia e novos produtos é um caminho natural que está acontecendo. Não há saída. *Small is ugly* na indústria farmacêutica. E o verde, os fitoterápicos fazem mal. A indústria pequena não sobrevive, porque não tem escala. Agora argumentar que: *Não, a gente quer emprego, é capital nacional.* Depende então do que queremos do remédio. Se a função do remédio é gerar emprego e ter capital nacional, é outra história. Nós temos que repensar nisso, a sociedade brasileira tem que repensar nisso. O Estado brasileiro terá que intervir nisso.

O mecanismo de validação de processos de produção e a implantação da exigência de que todas as cópias tenham bioequivalência vai fechar 60% da indústria farmacêutica do Brasil nos próximos dez anos. Foram dados quatorze anos, a partir de não sei que ano, para todos terem seus produtos com bioequivalência. Quando chegar ao décimo quarto ano, se tudo correr como se espera se não houver prorrogação, vamos chegar lá com cem indústrias, se chegarmos, as demais – entre elas as estatais – vão fechar. Pois entre as estatais, também, somente uma ou duas passam numa inspeção bem feita; as demais, não passam. Precisamos ter certa capacidade estratégica para fazer certas *maldades* com a indústria, daí manter alguma capacidade estatal de produção ser estratégico. Deixar de ocupar a sua capacidade ociosa é bobagem. A indústria farmacêutica aqui, como em qualquer lugar do Mundo, tem uma brutal capacidade ociosa: mais de dois terços da indústria farmacêutica brasileira tem capacidade ociosa. Uma parte pode ser comprada: a indústria multinacional não vai vender sua capacidade ociosa, mas as outras empresas têm capacidade ociosa para vender. Em vez de construir uma indústria pública ineficiente, o correto seria terceirizar e não pagar impostos, ou melhor, ainda acabar com os impostos sobre medicamentos e realizar compras melhores através do poder monopólico do Estado, como já é feito com a AIDS. Para sermos criativos temos que ser menos principescos – não é possível ser criativo sendo principesco – e quando somos assim, normalmente, perdemos o objetivo que devíamos perseguir o objetivo do acesso. O medicamento tem quatro atributos. Pela ordem: Segurança, *primum non nocere*, eficácia – tem que fazer bem; qualidade – tem que ter uniformidade e acesso – tem que chegar ao povo.

Se é publico ou privado, é uma bobagem xenófoba e ultrapassada discutir.

É fundamental criar alguma maneira de resolver o problema do acesso. O Governo Federal está caminhando, o Estado brasileiro está caminhando na construção do acesso. Não há como fazer isso sem colocar dinheiro na equação. Estamos gastando 10% do que o SUS faz em assistência à Saúde em medicamentos. Olhando para o modelo europeu, o gasto médio que os países têm com assistência farmacêutica é em torno de 15% a 25% do total do gasto público em assistência farmacêutica. Nós estamos gastando 10%, pelos dados do Ministério da Saúde – é necessário chegar nos 15% a 25% para ser um modelo parecido com o europeu. Com uma diferença: lá todos os países têm co-pagamento. Co-pagamento não é co-financiamento.

Co-pagamento, na Europa, significa transformar um paciente em uma peça desse jogo. Uma que queira fazer interação, que seja ativa no jogo, que regule a medicalização do paciente, aquela que a Sociedade constrói. Isso é uma coisa que temos que nos perguntar também. Como regular a medicalização? Transformando o paciente num ator; não em alguém que

diga: *Eu quero um remédio.* Mas sim: *Por que você está me dando esse remédio?* E *Como eu vou ter acesso a ele?*

A *farmácia popular 2* – não aquela que compra e vende por meio do Estado o remédio – é um caminho importante nesse sentido. Mas é preciso tomar cuidado porque já está ocorrendo o seguinte: *Olha, o paciente que vier comprar remédio aqui, não precisa pagar.* Mas, faz parte do negócio pagar o *um real por caixinha.* Já a *farmácia popular 1*, se der certo, tudo o mais dará errado. Se ela der certo fecha a rede de farmácias privadas – é um completo absurdo.

Quanto ao financiamento de medicamentos pela assistência médica supletiva, pode-se dizer que está havendo um esforço para caminhar nesse sentido, que será rapidamente desbravado, porque a assistência médica supletiva está descobrindo, dia a dia, a importância, de incorporar ações de promoção e proteção. E não há como ignorar que assistência à Saúde, sem assistência farmacêutica, perpetua a doença e torna o risco maior. Quer dizer, a sinistralidade aumenta e com isso a chance de ter algum lucro se esvai. Este caminho deve naturalmente ser trilhado pela assistência médica supletiva, por meio das diversas estratégias da assistência farmacêutica. Agora, resta esclarecer que isto não será simples.

Em relação à possibilidade de vacinas terem marcas, a lei brasileira que determina que vacina não possa ter marca é de 1976, pleno vigor do regime militar. E o medicamento, pelo sanitarista brasileiro, muito adequadamente, sempre foi considerado um bem social, um bem de Saúde. E, de acordo com o pensar normal dos sanitaristas, sobre as coisas fundamentais para a Saúde não deveria incidir o lucro. Mas, uma coisa é achar, a realidade é outra.

Os sanitaristas conseguiram colocar na Lei 6360/76 que vacina não devia ter marca, porque remédio, no limite, não devia ter marca, sendo até um precursor da luta dos genéricos. Em 1976, quando se falava de vacina, falava-se em três ou quatro delas. O Brasil ainda produzia essas vacinas, no Instituto Butantã em São Paulo e no Rio, no Instituto Biomanguinhos. Menos importantes eram e continuam sendo o TECPAR, no Paraná, a Fundação Ezequiel Dias – FUNED, em Minas Gerais e o Instituto Ataulfo de Paiva. O interesse econômico não era grande e as vacinas foram ficando sem marca. Hoje, há um número enorme de vacinas e os maiores produtores querem ter marca, mas para consegui-lo é necessária uma lei.

Ainda temos que discutir a questão da ANVISA anuir as patentes concedidas pelo INPI. Na época, a indústria nacional não acreditava que o INPI fosse honesto. Então, a indústria nacional pediu por meio da ALANAC,e o ministro de então, José Serra, que era um ministro muito forte e conseguiu várias dessas coisas, falou: *Vamos criar uma re-análise das patentes.*

Qual é a saída para isso? Qual a solução para esse re-trabalho? Rever a lei e fortalecer o INPI. O INPI continua não funcionando, melhorou muito na atual gestão, mas continua não funcionando, há inúmeras patentes emperradas lá. Temos uma tradição de uma série de órgãos que não funcionam com a qual é necessário tomar cuidado. A Comissão Nacional de Biotecnologia, recentemente, sofreu a demissão de seu vice-presidente. Ele disse: *Eu não vim aqui para ficar discutindo com as ONGs se existe risco ou se não existe risco. Não existe nada sem risco.* Assim, não havia como continuar e ele, como um bom cientista, correto, pediu demissão. Temos que ter mais seriedade ao construir os nossos instrumentos de gestão social. Se for para gerenciar a biossegurança nacional, que o faça com os meios necessários a seu dispor. Idem com relação ao INPI.

Faço parte de um grupo da Universidade de São Paulo para montar um Centro de Biotecnologia ligado à Faculdade de Medicina da USP. O que queremos? Queremos patentes. Trata-se de um grupo da Faculdade de Medicina, ligado à Diretoria, construindo um projeto de laboratório, uma planta piloto para produzir e vender produtos biotecnológicos e capacidade de produzir pesquisa pré-clínica e clinica. Mas, para isso é necessário dinheiro. A Sociedade brasileira precisa, neste momento, aceitar abrir esta agenda. A agenda está fechada. E quando a agenda está fechada, aparecem idéias semelhantes às que nós já tivemos: *olha, genérico é um produto sem marca.* Não é só isso. *É possível fabricar remédio mais barato se isso for feito pelo Estado.* Não é. Como não é possível fazer internação mais barata, quando ela é feita pelo Estado. A eficiência subordina-se à eficácia. Vamos partir dessa premissa, não existe eficiência sem eficácia. Farei uma internação mais eficiente, um remédio mais eficiente, não posso perder a eficácia. Agora, o Estado está despreparado para isso. Este Estado tem dois pilares: o dos recursos humanos que repousa no Artigo 37 da Constituição e em um monte de coisas que vêm de 1944, da criação do DASP, na ditadura Vargas. O outro pé repousa no Decreto-Lei 200, de 1967, da ditadura recente. É a estrutura administrativa brasileira, autarquia, fundação, até licitação etc. Mesmo a Lei 8 666. O espírito está no Decreto-Lei 200. Este Estado só serve para fazer mais do mesmo. Nós estamos querendo fazer um Estado diferente, um Estado inclusivo, que consiga dar à população brasileira uma condição de vida melhor. Ele não conseguirá se nós não tivermos a coragem de rediscutir esse Estado e uma agenda para este Estado. Portanto, quando vamos comprar, não queremos patentes, mas quando vamos vender, queremos. Sei que essa é uma formulação maniqueísta e que a realidade é muito mais complexa. Mas temos que começar a tentar ver o problema de maneira mais completa.

Para terminar esta *provocação*, desejo lembrar uma das coisas importantes que ultimamente o Estado brasileiro tem feito: o estímulo à pesquisa. Há um esforço importante de todo o Estado brasileiro, com a criação dos fundos setoriais de pesquisas e com o estímulo a sua realização. Está nascendo um espaço mais importante de pesquisa na universidade brasileira para a área da farmacêutica e é óbvio que ela está se voltando para o último vagão que está passando na estação neste momento: a área da Biotecnologia.

Ela tem nuances importantes, pois oferece mais oportunidade para o *me too* (cópias estruturalmente diferentes) e a possibilidade de criar uma patente, que é quase um similar, mas é um produto diferente que faz o mesmo efeito, só que exige estudo clínico, esse é um caminho. Não há como fazer bioequivalência de um biogenérico – não existe biogenérico nesse sentido. Mas é possível fazer estudo clínico, que é muito mais barato se o alvo já tiver sido descoberto. O nosso grande desafio, para construir o acesso a medicamentos, é conseguirmos ser melhores, jogar melhor o jogo da construção de instrumentos de acesso de maneira a mudar o perfil de financiamento.

Finalmente, não há como fazer milagres com cem dólares *per capita*/ano. Temos que discutir com a Sociedade brasileira de onde virá o que está faltando. Não é possível criar uma política de assistência farmacêutica, não há como resolver os problemas da complexidade. Se tomarmos 180 milhões de brasileiros e deles retirarmos os 40 milhões que dispõem de planos de Saúde e que receberam 3 milhões e 600 mil internações em 2005 e compará-los aos outros 140 milhões de brasileiros que consumiram 11,6 milhões de internações no mesmo ano, por meio do SUS, percebemos que a taxa de internação atinge um coeficiente de 83 internações por mil habitantes no setor público e 90 internações por mil habitantes no setor privado. O que é bastante semelhante. Mas, no setor público há fila e no setor privado não. E qual a razão disso? Talvez, seja porque 30% das internações do SUS são realizadas nos pequenos hospitais, que não têm UTI, não têm centro cirúrgico no qual se realize cirurgia com anestesia etc. Desta forma, forma-se uma fila para muitas atividades que o SUS oferece. O que está faltando? Tomar decisões racionalizadoras. Buscar resultados, construir escalas, construir sinergias com o setor privado, agir epidemiologicamente.

Em um jornalzinho de Araçariguama, município de seis mil habitantes, que fica próximo ao Município de São Paulo, que me caiu nas mãos nestes dias, noticia-se que os araçariguamenses estão felizes porque agora vão poder nascer em Araçariguama, porque acabou de ser inaugurado um hospital municipal de seis leitos. Estão jogando dinheiro no lixo. A cidade fica a dez quilômetros de São Roque, a trinta quilômetros de São Paulo, ou seja, com todo respeito, os araçariguamenses podem nascer em São Paulo, ou em São Roque e não deixarão de ser araçariguamenses. Assim é muita ineficiência.

Minhas reflexões são doloridas e dolorosas, mas é necessário fazê-las. O Brasil e os brasileiros precisam fazer essas reflexões.

Indústria Farmacêutica: vilã ou parceira?

Jorge Raimundo Filho

O objetivo deste debate é apresentar respostas para as seguintes questões: *Qual é o mecanismo de inserção de novas drogas no arsenal terapêutico? Qual é a abordagem da indústria farmacêutica, com relação aos seus diferentes clientes: pacientes, médicos, hospitais? E qual é a expectativa da indústria em relação à rentabilidade, produtividade e crescimento, dada a política de genéricos?*

Antes de qualquer coisa, é minha intenção apresentar um posicionamento a respeito da indústria farmacêutica. Anualmente, a revista *Business Week* apresenta o ranking das mil maiores companhias do mundo por capitalização.

O *Wall Street Journal*, de Nova York; e o *Financial Times*, de Londres publicam diariamente esses valores. A cada dia, esses órgãos de imprensa publicam a capitalização do setor farmacêutico e dos outros setores. *Capitalização* nada mais é do que o valor de uma empresa, ou seja, o número de ações que ela tem multiplicado pelo preço unitário das ações. Se uma companhia tem dez ações no mercado a um dólar cada, ela vale dez dólares; se tem um milhão a um dólar, vale um milhão.

Portanto, a capitalização é formada pelo preço das ações multiplicado pelo número de ações no mercado. E por que mostrar isso? Porque é interessante notar que a indústria farmacêutica tem um valor de capitalização extremamente interessante: a *Johnson & Johnson* vale 183 bilhões de dólares; a *Pfizer* vale 156; a *Glaxo*, 146; a *Novartis*, 145; a *Roche*, 132; a *Sanofi*, 107; a *AMGEN*, 99.

E o que isso significa? Que o investidor acredita na indústria farmacêutica. A Johnson & Johnson, hoje, é a empresa mais capitalizada do setor farmacêutico, mas não era assim há alguns meses atrás. Era a *Pfizer* a mais capitalizada. As ações da *Pfizer* valiam 42 dólares; chegaram a 23 e hoje estão a 28 dólares. As ações da *Pfizer* caíram de 42 a 28. Quando a sua cotação era de 42 dólares por ação, ela valia mais de 200 bilhões de dólares. A *Glaxo*, antes da fusão, tinha praticamente o mesmo valor de capitalização de hoje; depois que ela se associou a *Smithkline*, chegou a valer 200 bilhões de dólares. Fusão geralmente é uma confusão e na confusão as ações baixaram e, hoje, as duas estão valendo o que uma só valia.

Esses dados do valor de capitalização da indústria

advogado; bacharel em Direito, Contabilidade e *Marketing*; estudou Administração de Negócios na *Columbia University* e *Marketing* na *Miami University*; presidente do Conselho Consultivo da Interfarma.

farmacêutica servem ao seguinte questionamento: como é que isso se compara aos outros setores. Por exemplo, no setor automobilístico, será que a *Volkswagem* vale muito mais que a *Pfizer*? É possível concluir, também, que a *Ford* e a *GM* valem mais. Mas é possível achar que valem menos. A percepção que se tem no Brasil é uma percepção um pouco errada sobre o valor da indústria farmacêutica. Esse ano, *Amgen*, por exemplo, que não está no Brasil, é uma companhia de biotecnologia americana, baseada na Califórnia, já vale 100 bilhões de dólares. A *Abbott* vale 58; a *Lilly* vale 57; a *Wyeth*, 55. Por outro lado, a indústria automobilística tem valores diferentes. A *Toyota* vale 158; a *Honda*, 51; a *Mercedes Benz*, 51; a *Nissan*, 45; a *Mitsubishi*, 32; BMW, 29; a *Volkswagem* vale 20; a *Ford Motors*, 15; e a *General Motors* vale 12 bilhões. Comparem 12 bilhões com 180. Menos de 7% de uma indústria farmacêutica é o que vale a *General Motors*.

A capitalização da indústria farmacêutica é de um trilhão e 600 bilhões de dólares. A da indústria automobilística é de 300 bilhões de dólares. Ou seja, a percepção do investidor que compra a ação é diferente de nós aqui no Brasil; quem compra a ação vê uma diferença básica entre a indústria farmacêutica e a indústria automobilística que é nada mais, nada menos, que inovação e invenção. E é possível dizer para um fabricante de automóvel que se quer um carro amarelo, vermelho, quatro portas, duas portas, escolhe-se até a cor. Agora não se pode dizer para indústria farmacêutica; *Eu quero agora a cura do Alzheimer*; ou *eu quero que você me traga um remédio para curar câncer*. Não há como! A indústria farmacêutica tem um outro processo de invenção e de inovação. Existem, por exemplo, aqueles comprimidinhos que sempre se parecerem iguais. De vez em quando, vejo: um, dois, três, quatro, cinco, seis comprimidos branquinhos, parecidíssimos, mas se colocarmos sobre a mesa cinco comprimidos brancos parecidíssimos e observarmos que esse branquinho aqui vai para o sistema nervoso central, ele vai atuar em ansiedade. Esse outro branquinho aqui vai para o sistema nervoso central e vai atuar em depressão. Esse outro branquinho aqui vai para o sistema nervoso central e vai atuar em *panic disorder*. Esse outro branquinho aqui é do sistema nervoso central e vai para a dor. Como é que pode essa coisa maravilhosa, de pequenos comprimidos que se parecem tanto, mas, ao mesmo tempo serem tão diferentes e terem dentro do organismo endereços tão diversos? É porque não é um comprimidinho, é um *chip* teleguiado. É a invenção da indústria farmacêutica que faz com que se tome um comprimido e ele tenha a direção exata para onde vai. E isso é importante para responder parte da primeira das nossas perguntas, sobre *mecanismos de inserção de novas drogas no arsenal terapêutico*. E para isso é necessário explicar, do ponto de vista da indústria, como é que nasce uma nova droga.

A *GlaxoSmithkline*, por exemplo, tem 15 mil funcionários na área de pesquisa e desenvolvimento, sendo que, 6 mil são PhDs. Qual o significado de dizer que existem aí 15 mil pessoas em Pesquisa & Desenvolvimento? Significa que é necessário ter toda uma infra-estrutura de suporte, como recursos humanos, departamento legal, área financeira, de logística, para apoiar o trabalho dos cientistas. E como eles trabalham? Eles têm uma idéia num determinado dia e criam uma molécula. Digamos que o pesquisador está lá trabalhando e conclui: *Acabo de inventar a 5-hidroxitriptamina*, que vai ter uma ação no sistema nervoso central na área de enxaqueca. Ele afirma: *Esse remédio vai funcionar porque eu analisei todos os ângulos de seu mecanismo e, portanto, acho que ele vai funcionar*. Depois que faz aquela molécula, ele começa a trabalhar com os seus pares. Passados vários meses de avaliação dessa molécula com vários cientistas, o projeto pode ir para frente, ou não. Se for para frente à primeira coisa que o cientista faz é chamar o departamento legal e mostrar a sua invenção. O departamento avalia: *Vamos estudar e ver se esta invenção pode ser patenteada. Se não der para pedir patente, esquece!* O departamento legal se reúne, trabalha sobre aquela invenção. Alguns meses depois, vem a resposta: *Olha, é possível. Nós temos um candidato a ser patenteado!* Nesse momento, não se sabe se a droga vai existir, se vai ser comprimido, ou se vai ser injetável. Há uma molécula da qual se tem uma idéia de uma indicação, ela tem os requisitos de novidade, tem atividade inventiva, e tem aplicação industrial; assim, ela está dentro das três características de uma patente. Aplica-se, então, para a patente. Geralmente, três a quatro anos depois, por exemplo, nos Estados Unidos, essa patente é concedida. Parte-se da invenção, para o desenvolvimento da molécula. Na farmácia do laboratório, solicita-se a transformação da molécula em uma matéria-prima. E eles começam a trabalhar; e trabalham durante três, quatro anos para tentar fazer daquela molécula algo palpável, uma matéria-prima.

Depois de pronta a matéria-prima, é o momento de testar pré-clinicamente, em animais. Estes testes demoram mais ou menos dois anos. Se foi bem em animais, ela passa para a próxima fase, em voluntários sadios. São escolhidos de 20 a 80 voluntários, Os testes neste estágio, chamam-se *Fase 1*, que demora mais ou menos de seis meses a um ano. Em seguida, se tudo ocorreu como o previsto, vêm os testes com um grupo de pacientes para ver a ação da droga, efeitos colaterais e eficácia – mais um ano de trabalho. Chega-se, então, à *Fase 3*. Aí são mais ou menos 20 mil pacientes sendo testados. Estes serão cuidadosamente monitorados. São os estudos clínicos multicêntricos: acontece nos Estados Unidos, na Itália, no Japão; em vários países. Quando termina a *Fase 3*, a droga passou por todos os testes. Depois disso prepara-se o dossiê para registro. Aqui no Brasil, entrega-se a ANVISA toda a documentação de farmacologia, toxidade etc e espera que o governo aprove. Quando ele aprova, o remédio pode ser lançado no mercado. Aí vem uma outra responsabilidade: estudo na população em geral. É o *pós-marketing*, o que se chama *Fase 4*. Nesse ponto, estamos no 14º. ano da invenção, mais ou menos. Surge um detalhe aqui: o inventor pediu a patente na fase inicial da pesquisa, a patente foi concedida alguns anos depois; mas, desde o dia em que foi pedida a patente, começa a contar o período dos anos que se terá a exclusividade. Na verdade, haverá vinte anos de patente e, aproximadamente dez anos de exclusividade. É o que acontece em média na indústria farmacêutica.

É importante observar que os cientistas estão criando a toda hora, mas não significa que criou e ficou pronto!

De cada dez mil produtos selecionados pelos cientistas, 250 vão para teste pré-clínico; destes, cinco entram em teste clínico e somente um vai para o mercado.

De cada dez mil, um entra no mercado. Assim pode-se observar que é o longo tempo que se gasta para desenvolver um único medicamento. No Brasil ainda não trabalhamos muito nessa área de pesquisa básica e nem, lamentavelmente, em muitas dessas áreas. Mas o Brasil pode fazer trabalhos clínicos de grande categoria, sem ter que gastar dinheiro com instalações, mas trazer capital e conhecimento, por meio da inserção do País nas áreas de pesquisas clínicas. Para se ter uma idéia, a Finlândia recebe mais dinheiro para trabalhos clínicos do que o Brasil. Não dá para comparar. No Brasil, os órgãos reguladores demoram aproximadamente dois anos para aprovar um estudo clínico. Se for feito um trabalho multicêntrico na Itália, na França, ou no Japão; e todos se comprometem a começar em um determinado dia, assim acontece. O Brasil não participa de vários estudos, porque no Brasil demoramos dois anos para aprovar um trabalho clínico, devido às exigências burocráticas da ANVISA e do CONEP.

Para se inventar uma droga são necessárias além do tempo, vultosos investimentos. Em 2005, as indústrias gastaram, nos EUA, 51 bilhões de dólares em pesquisa, isso significa 18% de suas vendas. Comparado com outros segmentos, no eletrônico os investimentos são de 6% das vendas; na indústria automotiva são 4%; em telecomunicações, 5%. A média dos Estados Unidos é de 4%.

Para se inventar uma droga leva-se entre doze a quinze anos pesquisando; um em cada cinco a dez mil chega ao mercado e o custo médio é de 897,5 milhões dólares por droga inventada; e sete entre dez não

cobrem os custos desse tipo de pesquisa. Em 2005 foram inventados 57 novos produtos contra 51 bilhões de dólares gastos.

Por que se gasta tanto? Porque esse mercado é atrativo, e a concorrência é enorme. O mercado farmacêutico mundial vale 566 bilhões de dólares. Nós, latino-americanos, representamos 4,2% de mercado; 500 milhões de habitantes da América Latina consumiram 4,2% dos remédios. Ásia, África, Austrália, 8,2%; Japão, 10,7%; Europa, 30%; e os Estados Unidos da América, com 250 milhões de habitantes, consomem 47% dos remédios do Mundo. E quais são as empresas que mais vendem? A *Pfizer* é a primeira, com US$ 47 bilhões – ela, sendo a maior do mundo, detém apenas 8% do mercado. A *GSK* tem 6%, com US$ 34 bilhões; *Sanofi*, 5%, a *Novartis*, 5%, a *Johnson & Johnson*, 4,5%. A *Astra*, 4,3%; a *Merck*, 4,2%; a *Roche*, 3,5%; a *Abbott*, 2,8%; a *Bristol-Myers Squibb*, 2,6%. Esses dez primeiros laboratórios detêm 46% do mercado.

Os produtos mais vendidos nos principais mercados do Mundo são: *Lipitor*, um produto de 12 bilhões de dólares, redutor do colesterol; o *Plavix*, anti-agregante plaquetário vende US$ 6 bilhões; o *Nexium*, para úlcera, US$ 5,7 bilhões; *Seretide*, para asma, US$ 5,6 bilhões; *Zocor*, US$ 5,3 bilhões; *Norvasc*, *Zyprexa* e os outros são os principais medicamentos em vendas.

A segunda questão do debate é: *Como é que é a abordagem da indústria com relação a seus diferentes clientes: pacientes, médicos, hospitais, drogarias etc?* Como é que nós da indústria farmacêutica lidamos com pacientes? Temos um órgão regulador que impede que a indústria farmacêutica vá direto ao paciente. Então, o que fazemos? Buscamos incessantemente terapias eficazes para prevenir doenças, tais como: vacinas e medicamentos da área de genética. Curamos uma quantidade de enfermidades que antes matava. Procuramos medicamentos que minimizem a dor. Buscamos permanentemente produtos para melhorar a qualidade de vida. Buscamos, de modo incessante, atender as necessidades dos pacientes.

Um exemplo de melhoria na qualidade de vida está no caso do medicamento *Zofran*, um antiemético para pacientes com câncer. Não cura o paciente de câncer, mas contribui para que sofra menos. E antes dele? O paciente com quimioterapia desistia do tratamento porque os efeitos colaterais eram muito intensos. O *Zofran* com apenas uma injeção junto à quimioterapia faz com que o paciente não sinta nenhum efeito colateral.

Embora nosso trabalho não seja feito diretamente com os pacientes, fazemos contatos diretos com médicos, hospitais, associações de pacientes, sociedades médico-hospitalares, empresas médicas organizadas para trabalhos clínicos. Vamos direto ao público somente por intermédio da mídia, para divulgar produtos livres de prescrição. Assim é a nossa abordagem para o paciente: buscar medicamentos inovadores para ajudá-los, é isso o que nós fazemos. Como é a nossa abordagem em relação aos médicos, hospitais, drogarias etc? Temos normas de conduta. Por exemplo, na área de promoção o que diz a Organização Mundial de Saúde? O seguinte: *Os critérios éticos de promoção de medicamento devem ter um comportamento adequado e compatível com a busca da verdade e da retidão. Os critérios de promoção não constituem obrigações legais. Os governos podem adotar leis e outras medidas, quando necessárias.* É o que faz a ANVISA. *De igual modo, as empresas e entidades podem adotar medidas de auto-regulamentação. A Organização Mundial diz que toda a propaganda que contenha afirmações sobre medicamentos tem que ser: fidedigna, verdadeira, exata, equilibrada, atualizada, de bom gosto e suscetível a comprovação.*

Como é que a indústria farmacêutica vê a responsabilidade na promoção? Primeiro, respeito ao paciente e ao médico. Segundo, a veracidade das informações. Isso é fundamental! Terceiro, é não distorcer a verdade. Quarto, a evidência. É necessário ter evidência do que está sendo dito. Quinto, a base legal. Temos um código de conduta, que é uma preocupação internacional. Temos regras de conduta e procuramos agências de regulamentação e fazemos trabalho de auto-regulamentação. Por quê isso é uma preocupação internacional? Imaginemos uma empresa que vale 150 bilhões de dólares e um gerente num país qualquer, resolve, por iniciativa própria fazer propaganda não aprovada do medicamento e o resultado são efeitos colaterais indesejáveis. Isto fere a nossa responsabilidade com o paciente e o médico e podem até provocar queda no valor das ações. Um dólar que cai numa ação de um determinado laboratório são bilhões de dólares que desaparecem. Portanto, a preocupação com o código de conduta da indústria é uma preocupação internacional e nós temos um sistema de *compliance* dentro da indústria farmacêutica que é gigantesco.

Na *Interfarma* o código de conduta estabelece diretrizes, normas e padrões uniformes, éticos e transparentes no relacionamento das empresas associada com profissionais de Saúde e o público em geral. O representante médico faz a promoção de forma ética e profissional. Ele tem que informar as vantagens do produto e seus riscos, fornecer subsídio científico do produto baseado em estudos; obter do profissional as informações sobre aceitabilidade dos produtos e eventuais efeitos adversos.

Vamos abordar agora a terceira questão do debate: O mercado farmacêutico brasileiro está entre os dez maiores do Mundo.

Vendemos aproximadamente um bilhão e 300 milhões de unidades por ano desde 1990; estamos há mais de quinze anos vendendo em torno de um bilhão e 300 mil unidades. Não aumentamos o acesso a medicamentos com a chegada dos genéricos; o volume cresceu apenas 3,2% no último ano.

Os preços continuam controlados. O preço médio de um medicamento de marca hoje no Brasil é U$ 5,78 e um genérico é U$ 4,56.

A situação dos preços para a indústria farmacêutica é a seguinte: o cliente vai a uma farmácia e compra um remédio que o preço máximo ao consumidor, é de dez reais. Nele está embutida a margem da farmácia, garantida por lei, de 28%, dependendo do Estado ela chega a ser 30%. Assim, o preço que a indústria vende é R$ 7,20. Mas, a indústria não consegue visitar todas cinqüenta mil farmácias do país e, por isto, seus negócios são feitos através de distribuidores.

O distribuidor trabalha com 14,6% de desconto, que representam R$ 1,05 do preço. O resultado da venda descontados as margens da farmácia e distribuidores é R$ 6,15. Aí surge um sócio chamado governo, que só de ICMS arrecada 18% e isto representa mais R$ 1,10. Somados a isto temos o frete que representa mais R$ 0,24. O que sobra para a indústria são R$ 4,81. Sobre estes valores da cadeia incidem toda carga tributária.

Para cada real que a indústria vende, o consumidor vai pagar R$ 2,08. Como é que isto se compara com o resto do Mundo? Na Inglaterra, para cada dólar o consumidor paga U$ 1,14; na Suécia, U$ 1,30; no Japão, U$ 1,43; no México, U$ 1,44; na França, U$ 1,52; US 1,55, na Itália; na Espanha, U$ 1,69; U$ 1,76, na Argentina; U$ 1,80, na Alemanha; e U$ 2,08 no Brasil.

No Brasil, os principais laboratórios são, num mercado de US$ 7,9 bilhões, o *Aché*, que, para orgulho de todos nós, é uma empresa 100% brasileira.

O *Sanofi* é o segundo. *EMS* é o terceiro e esse laboratório é brasileiro e fabricante de genéricos. O *Novartis*, suíço, é o quarto. *Pfizer* o quinto, *Medley* e *EMS* brasileiros que graças a genéricos, ocupam a sexta e a sétima posição, respectivamente. O oitavo é *GSK*, inglesa, o nono é a *Schering-Plough* americana e o décimo, a *Boehringer* que é alemã. Em virtude dos principais produtos vendidos no Brasil, costumo dizer o seguinte: *Nosotros somos machos, brasileiro es macho, pero com dolor*. Isso porque os remédios mais vendidos aqui são esses: *Viagra* é o primeiro; *Dorflex* é o

segundo. Um é para disfunção erétil o outro relaxante muscular. *Cialis*, disfunção erétil; *Tylenol*, analgésico; *Yasmim* é contraceptivo; *Neosaldina*, analgésico. O *Lipitor* foge à regra. *Diane* 35, é contraceptivo. *Arcoxia* é anti-reumático. E *Rivotril*, que é anti-convulsivante. Entre os mais vendidos existem dois que fogem à regra: um anti-convulsivante e outro redutor do colesterol, o resto é para *macho brasileño con dolor*. É a forma mais fácil de se guardar como é que é o mercado farmacêutico brasileiro.

Os produtos de referência são os produtos inovadores de marca, os produtos similares são cópias dos inovadores, mas também produtos de marca, os produtos genéricos são os produtos sem marca. As vendas são assim distribuídas: produtos de prescrição, 64% do mercado; venda livre, 27%; produtos genéricos, 9%. Os genéricos: crescem muito. Venderam US$ 717 milhões, são 9% do mercado, mas em unidades, são 11%. Enquanto todo mercado cresce a 3%, os genéricos estão crescendo a 26,1%. É realmente uma grande alternativa para o mercado farmacêutico brasileiro. A penetração do genérico é concentrada em medicamentos de prescrição.

As principais companhias de mercado genérico: *Medley*, a primeira com 69% das suas vendas em produtos genéricos. A *EMS* tem 47%; a Ache, 15%; *Eurofarma*, 18%; *Ranbaxy*, 94%; *Novartis*, 6%. Esses são os principais laboratórios na área de genéricos. Qual é a contrapartida de genéricos e por que os genéricos são importantes? Primeiro, porque o Brasil ficou muitos anos sem propriedade intelectual e o Brasil não tinha patentes. Depois de ter sido promulgada e a lei de patentes veio à lei de genéricos. Temos um arsenal de genéricos no Brasil de primeiríssima qualidade e a lei de genéricos, brilhantemente, exigiu bioequivalência e biodisponibilidade. O genérico não existe se não existir patente. Por quê? Como já temos uma lei de patente, o fabricante de genéricos tem que esperar que a indústria invente e que a patente expire para que possa lançar o seu genérico. Se lutar contra a patente, mata a galinha dos ovos de ouro, porque não vai ter novos medicamentos. Então a estratégia é ter produtos de invenção que tem dez, oito, doze anos com patente, esperar expirar e lançar o genérico com bioequivalência e biodisponibilidade, com o preço menor; que é lógico: não gastou em pesquisa. No caso dos genéricos, o laboratório não tem propagandista e nem pesquisa.

Temos uma lei no Brasil de propriedade intelectual, a Lei 9 279, que completou dez anos. Ela diz, em seu Artigo 8º. que é patenteável a invenção que atenda os requisitos de novidade, atividade inventiva e aplicação industrial. Entretanto o Artigo 229-C da Lei de Propriedade Industrial estabelece o mecanismo da anuência prévia da ANVISA para duplicar o trabalho. O INPI analisa o pedido de patente e constata: tem novidade, atividade inventiva e aplicação industrial. Está tudo correto, porém o INPI não pode conceder a patente, pois o processo tem que passar pela ANVISA. Esta tem que conceder a anuência. É um caminho burocrático; que é contra o Artigo 27.1 do TRIPS e o artigo de 62.1, também do TRIPS. A ANVISA por outro lado, concede registro para produtos que são cópias de produtos patenteados. Por seu turno, o ofício 548 da ANVISA estabelece que vacina não pode ter marca; é o único país no Mundo em que vacina não tem marca, ou seja, existe uma grande burocracia para atrasar e confundir o processo. Quais são as conseqüências da Lei de Propriedade Intelectual? A primeira: se não fosse essa norma legal, não teríamos medicamentos genéricos, não teríamos a Lei de Inovação, porque a Lei de Inovação é conseqüência da Lei de Propriedade Intelectual. Não se pode fazer uma Lei de Inovação sem ter Lei de Propriedade Intelectual. O Judiciário não teria se aprimorado nesta área e não teríamos juizes especializados, como temos no Rio de Janeiro. A nova lei trouxe incentivos para novos investimentos em ativos fixos, processo de transferência de tecnologia, acesso imediato a novos e importantes medicamentos; parceria universidade – empresa, combate à pirataria, aumento das pesquisas *Fase 2*, *Fase 3*, no Brasil. E o mais importante que a Lei de Patentes fez: transformar o conceito de publicação de trabalhos científicos, de curiosidade acadêmica, para pesquisa de agregação de valor. Uma outra vantagem da lei de propriedade intelectual foi o incentivo para os Laboratórios Nacionais pesquisarem e buscarem patentes. *Biolab* tem doze pedidos de patente, *Libbs* tem catorze, *Medley*, oito, *Eurofarma* tem um, *EMS* tem um, *Biosintética*, vinte, e *Fiocruz* tem 60!

O INPI, lamentavelmente, não acompanhou isso, temos lá vinte mil pedidos de patentes da área de Saúde, saíram 269 em dez anos. Foram solicitados 1.100 pedidos de revalidação das patentes - o chamado *Pipeline* - e foram concedidos somente 700 pelo INPI. O pessoal da EMBRAPA e da EMBRAER está fazendo pedido de patentes fora do Brasil. O respeito à Lei da Propriedade Intelectual, e a eficácia do INPI, são fatores fundamentais para o futuro da indústria de pesquisa em nosso país. Em virtude de tudo isto e do cenário econômico do país, temos as seguintes perspectivas para indústria farmacêutica: foco do governo em acesso a medicamentos básicos e melhora do abastecimento do setor público, porém impossível que haja alguma reforma estrutural do setor. Os pacientes continuam respondendo pelos custos dos medicamentos. Na Europa, o seguro paga. Aqui, nós pagamos. Isto tende a continuar assim.

Não se conhece previsão dos planos de reembolso de melhorar isso. Maior restrição à propaganda de medicamentos pela ANVISA. Fracionamento de medicamentos de prescrição no varejo é um negócio de risco, pois, não é o farmacêutico que vai fracionar, é aquele balconista que vai chegar lá e abrir a cartelinha, e vender. Temos que trabalhar com muito cuidado com fracionamento. Não somos contra fracionamento, mas queremos um no qual o farmacêutico seja responsável pela dispensação.

O preço continuará sendo fator crítico para gerenciamento de marca. Possibilidade de modificação nas regras de aumento e controle de preços para lançamento de novos produtos pode acontecer. Acredito que vamos ter flexibilidade na área de preço, para produtos que não necessitam de prescrição médica.

A atenção nos preços de novas drogas é muito grande, se perde muito tempo estudando – dois anos para se liberar um produto para câncer, na área de preço; significa que se pode atrasar a entrada de novas drogas no mercado. E lamentavelmente, por falta de conhecimento das vantagens da propriedade intelectual para a sociedade, continuará a pressão do governo sobre preço de anti-retrovirais e seu patenteamento.

Aumento de regulamentos por parte da ANVISA. Regras para testes clínicos. Vários laboratórios no segmento de genéricos; programas de farmacovigilância vão ser aprofundados. Não há visibilidade para um sistema de aprovação mais veloz para medicamentos do tipo salva-vidas. O INPI tende a melhorar.

Pequeno crescimento da economia gerado, principalmente, pela demanda interna, não impulsionará o mercado farmacêutico. O poder de compra limitado e controle de preço continuarão; marcas de multinacionais não são o diferencial, deixando a demanda desses laboratórios depender de produtos inovadores e lançamentos. Empresas locais, focando em genéricos, mantêm taxa de crescimento acima do mercado.

Ninguém espera que nos próximos dez anos o mercado cresça mais do que 15 ou 20%. E as cadeias de farmácia vão aumentar substancialmente nos próximos anos.

Concluindo, nós da indústria farmacêutica, acreditamos que o processo de crescimento da indústria no nosso país passa por uma grande parceria. E essa parceria passa pelo Ministério da Saúde, pela ANVISA, pelo Ministério de Ciência e Tecnologia, pelo MDIC-INPI, pelo Itamaraty, pelos centros de pesquisa das indústrias, pelas universidades, pelo sistema de Saúde – por meio dos médicos, pacientes, hospitais, distribuidores, farmácia – na busca de prevenção, tratamento, cura e qualidade de vida. Desde que o governo não nos veja como inimigos, mas como aliados e grandes sócios.

A busca por um relacionamento sustentável

Álvaro Escrivão Junior

Minha intenção é traçar um panorama sintético da situação do mercado da Saúde, apresentando as questões que estão na base do debate que propicia a apresentação das visões das operadoras de planos e dos prestadores de serviços de Saúde.

O debate sobre o relacionamento entre esses atores do mercado deve ser inserido em um conjunto complexo de influências, em que interagem desde o Governo, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar, até todos os setores da economia brasileira que realizam seus interesses no interior da área de Saúde. Certamente, nesse cenário ganham muita importância os consumidores – os clientes – que estão no meio dessa confusão.

Todo mundo sabe – e aqui apenas estou sistematizando – que o mercado de Saúde brasileiro tem as suas origens mais importantes na Década de 1970, com o surgimento das organizações privadas prestadoras de serviço. Naquele momento, essas organizações passaram a competir diretamente com os médicos liberais e introduziram uma ameaça à categoria dos profissionais de Saúde, alterando-se a forma como eles estavam acostumados a trabalhar com redução da autonomia e a fixação de honorários, entre outras interferências.

O mercado de Saúde é, sabidamente, muito distinto dos outros mercados, caracterizando-se por uma acentuada assimetria de informações entre quem compra e quem vende serviços – especialmente entre médicos e pacientes – o que gera uma demanda induzida. Por outro lado, a presença do financiador, do terceiro pagador, aumenta a complexidade desse relacionamento,

médico, doutor em Medicina pela FM - USP; professor da FGV - EAESP; coordenador adjunto do GVsaúde da FGV - EAESP.

uma vez que o consumidor não tem, no momento da utilização, as restrições clássicas presentes em outros setores ou, em outras palavras, o uso dos serviços não "dói no bolso", principalmente quando o consumidor está respaldado por um bom plano de Saúde. Enfim, o comportamento dele pode mudar. Por esses motivos é um dos mercados mais difíceis de se regular sozinho.

Em outros setores da economia, a regulação – vale dizer, a participação do poder público, do governo, interferindo nas relações do mercado – talvez não fosse tão necessária como no de Saúde, principalmente no momento em que se vê um acirramento da concorrência, a prevalência de vantagens competitivas, a vulnerabilidade do consumidor. Nesse contexto, o próprio profissional de Saúde fica mais ou menos constrangido pela relação de forças no mercado.

O comportamento *oligopolista* dos fornecedores de medicamentos já foi objeto de debate e a velocidade da incorporação da alta tecnologia na assistência à saúde, que é extremamente importante neste mercado, é um dos próximos assuntos de interesse. O *marketing* agressivo dos fornecedores de insumos, que apresentam uma relação complicada – é público e notório – com uma parte dos médicos, complica muito essa situação e a elasticidade da demanda nas camadas de maior poder aquisitivo tendem a pressionar realmente para que os produtos e procedimentos mais avançados e mais caros sejam incorporados pelo mercado.

Em uma recente dissertação da FGV-EAESP, por Reimy Okazaki, ficou evidenciado que o foco da fonte pagadora obrigatoriamente recai sobre custos e não sobre qualidade. Naturalmente, nas entrevistas dos gestores é freqüente observar a resposta politicamente correta: *Nós estamos preocupados com a qualidade*, no entanto, sabe-se que nesta situação do mercado, a questão do custo é central para os pagadores e financiadores.

Enquanto isso, o médico está focado na assistência e tarda em perceber o que está acontecendo no mercado. Insiste em manter uma situação que parece superada, em que ele não tem mais como pedir o que deseja, fazer o que ele pretende, sem passar por terceiros nessa relação com os pacientes. Já o hospital está pressionado por um lado, pelas operadoras, que demandam uma redução dos custos e, por outro lado, pelos médicos que querem ter uma atuação não sujeita a gerenciamento. E os fornecedores continuam cada vez mais precisando vender os produtos que eles desenvolvem, portanto pressionam neste sentido.

As operadoras, acompanhando uma tendência mundial dos sistemas de Saúde, incorporam novas práticas, como a Medicina Preventiva, o que foi objeto de outra dissertação na FGV-EAESP. Neste estudo, realizado por Andréa Bancher, foram identificadas as motivações para a adoção dessas práticas: reduzir custo assistencial, estratégias de propaganda para vendas de planos e para fidelizar os clientes. Para as operadoras que têm a característica de acompanhar os beneficiários por muito tempo, é muito importante também melhorar as condições de saúde de seus beneficiários, no sentido de diminuir a utilização futura do serviço.

Nesse cenário, a ANS, com seu programa de qualificação da Saúde suplementar – e aqui faço referencia a outra dissertação na mesma escola, de Marcos Fumio Koyama – pretende que as operadoras de planos de Saúde se transformem em gestoras de Saúde. A criação de agências reguladoras refletiu o consenso de que as forças de mercado não são capazes, por si mesmas, de garantir a atenção à Saúde segundo os interesses da Sociedade. Por outro lado, existe uma forte desconfiança no mercado quanto à ação reguladora da ANS. Na verdade, existe uma crítica generalizada a algumas medidas que a ANS toma, inclusive a esse programa de qualificação.

O que é possível perceber, não somente em relação às agências, mas ao governo como um todo, é que, na verdade, elas são arenas políticas nas quais todos esses grupos de interesse estão tentando influenciar para atingir os seus objetivos. O interessante nessa história do programa de qualificação da Saúde é que a ANS recomenda às operadoras que façam com que os seus prestadores ofereçam serviços de boa qualidade. E aí emerge uma questão fundamental para a reflexão: *Como é que, em um mercado com essas características, consegue-se resgatar a qualidade?*

Para finalizar, selecionei um trecho de Adriano Londres do SINDIRIO, onde ele faz uma pergunta muito interessante: *Prejudicar os prestadores de serviço significa prejudicar o paciente?* E afirma que os prestadores de serviços têm plenas condições de atestar quais planos demonstram ter mais preocupação efetiva na qualidade da assistência. O interessante nesta afirmativa é a sua similaridade com a visão da ANS. Outro aspecto relevante a assinalar é que tanto a ANS quanto os prestadores pretendem "falar em nome dos consumidores". Esta é uma questão muito complexa para reflexão.

O certo é que o mercado de Saúde vivencia atualmente uma combinação de custos em alta, preços em queda, acesso ao serviço cada vez mais difícil e uma grande variabilidade no seu desempenho. Quando se compara com outras industrias, por exemplo do setor aeronáutico, a de saúde destaca-se por ter uma enorme variabilidade no desempenho e na qualidade.

Assim, o foco do debate é como, em um cenário como esse, é possível construir um relacionamento sustentável entre pagadores e prestadores de serviços de Saúde que garanta a qualidade da assistência aos usuários.

Como está o cenário para o prestador de Saúde

Luiz Plínio Moraes de Toledo

ste texto tem por finalidade apresentar um pouco da visão da Federação Brasileira de Hospitais, como é o nosso mercado, quais são os nossos objetivos, como está o cenário para o prestador de Saúde privada e aí, em especial, o hospital. No entanto, a grande maioria do que será exposto aqui vale para outros prestadores.

Apresentaremos alguns números, embora saibamos que, dependendo da fonte – ANS, CNES, ou outra – e mesmo que todas bebam da mesma origem, acabam sendo diferentes. Sempre é possível imaginar que cada um pegou as informações numa data, para não dizer que os dados estão errados, mas esse é assunto muito complicado, como todos sabem.

N ã o representamos a Saúde como um todo, mas 6,5% do PIB nacional, 141 bilhões de reais por ano, dois milhões de postos de trabalho diretos, cinco milhões de postos de trabalho indiretos. A rede hospitalar do SUS mostra que até 40 leitos, há 51% dos serviços dos hospitais brasileiros. Até 50 leitos, já são 60% dos hospitais do Brasil.

A evolução dos gastos das diversas esferas do governo entre 2000 e 2004, mostra que a União, embora seja quem mais gasta, foi a que menos aumentou o seu dispêndio nesses quatro anos. A esfera do governo que mais aumentou foi a dos estados, mas também era a que menos aplicava, aplicava –

	Privado (%)	Público (%)
Norte	51,7	48,3
Nordeste	55,1	44,9
Sudeste	76,3	23,7
Sul	81,3	18,7
Centro-oeste	69,3	30,7
Brasil	69,5	30,5

Figura 1

médico e administrador hospitalar; presidente do Conselho de Administração da ONA - Organização Nacional de Acreditação.

18,5% – e o governo federal aplicava 59%, praticamente 60% e os municípios aplicavam 21%. Essa percentagem mudou, os municípios aumentaram em 117% seu valor e os estados 166%. O estado aumentou muito mais do que aumentou a esfera federal. Esta é uma reclamação tanto dos estados quanto dos municípios, a de que o governo federal diminuiu a sua participação no financiamento da Saúde, o que, pelo menos percentualmente, é uma realidade.

O número de serviços públicos e privados em cada uma das regiões mostra algumas diferenças: o privado está maior na região Sul e depois na região Sudeste, mas parece que agora não é mais assim. A idéia generalizada é que na região Sudeste existe um maior número de hospitais privados. Mas, na verdade, a região Sul tem mais. Setor privado significa com e sem finalidade lucrativa. O público se refere a serviços públicos, federais, estaduais ou municipais. Os percentuais são os que estão apresentados na *figura 1*.

Outro dado extremamente interessante é o referente ao mercado no setor de Saúde para a iniciativa privada. Em 1995, um total de 38% das internações, em todo o Brasil, era feito na rede privada com finalidade lucrativa. O maior volume era feito nas regiões Sul e Centro-Oeste, nos hospitais privados e isso é interessante se comparado com os dados de 2005, quando houve uma modificação bastante grande. Atualmente, a rede privada com finalidade lucrativa é responsável por 17,45% das internações no País.

O número de internações no Brasil caiu em 10%, por vários motivos: em primeiro lugar, vamos acreditar naquilo que tem sido feito de prevenção, no Programa de Saúde da Família, nas campanhas de vacinação, na puericultura bem feita, enfim, realmente na prevenção e no atendimento ambulatorial porque realmente houve uma melhora bastante grande em todas as áreas, inclusive no privado, no atendimento ambulatorial em especial. Mas também há a questão da incorporação tecnológica, que tem custo para ser incorporada, mas o número de internações em função de cirurgias diminuiu muito. Novas tecnologias permitem que os pacientes voltem para casa no mesmo dia. Internações em hospital-dia na verdade não são contadas como internação. Esse é outro motivo para a diminuição, mas o que nos interessa é a redução na iniciativa privada.

Duas declarações interessantes para falar do mercado privado da Saúde, e aí o mercado privado da Saúde atendendo o SUS. Então essa aqui do Bresser Pereira que: "*...Para que a eficiência se alie à boa qualidade dos serviços, a moderna gestão pública dos hospitais não pode ser estatal, nem deve ser privada: deve ser pública e não estatal, ou seja, deve caber a entidades sem fins lucrativos da Sociedade Civil...*" isto, são as famosas OSs, OSCIPs etc. Esta declaração é de março de 2005. Mais ou menos na mesma época, 5 de abril, com cerca de vinte dias de diferença, aparece outra declaração: "*...O terceiro movimennto é a reformulação e estatização, por mais paradoxal que pareça, do atendimento hospitalar público que está sendo privatizado...*" na visão do professor José Aristodemo Pinotti, essas OSCIPs são um movimento de privatização da Saúde, que tem a ver com um movimento inverso de novamente estatizar a Saúde. O prof Bresser é uma cabeça pensante do governo *psdbista*; e o outro é uma cabeça pensante da Saúde, mas nenhum dos dois falou que seria interessante ter a iniciativa privada no setor de Saúde atendendo o SUS, o setor de Saúde pública. Para os pensadores da Saúde, não há interesse em que a iniciativa privada participe do SUS.

Pode-se afirmar, com base nestas evidências, que o sistema público de Saúde apresenta uma tendência progressiva de redução na compra de serviços assistenciais do setor privado. Isso é evidente, mas na Federação Brasileira de Hospitais, até hoje, não conseguimos uma vitória. Conseguimos diminuir o tamanho das derrotas, mas sempre estamos perdendo na discussão com a área pública.

Em reunião recente da Federação Brasileira de Hospitais, um representante da Bahia disse o seguinte: "*A Federação está se preocupando muito com o SUS, ela precisa se preocupar mais com o sistema complementar".* A Bahia já acordou, o que é bom, porque a água está subindo. Vivemos alertando que é necessário olhar para o setor privado, para o plano de Saúde, começar a pensar em fazer alguma alteração no seu serviço para ter capacidade de fazer atendimento neste mercado. E o pessoal do Norte e Nordeste era o que mais relutava em fazer isso.

Existem determinados nichos em que o setor público compra do privado. Então quem ainda quiser prestar serviços para o SUS tem que procurar na sua região aquele no qual o SUS não está agindo e não vai atuar. Terapia renal substitutiva é um nicho que não é regional, mas é praticamente para o Brasil inteiro: o serviço público atende 541 mil durante o ano. Isto evidencia que existem nichos. Na Grande São Paulo, existe um nicho de laboratório, que é grande e tem boa parte do serviço público, hospitais públicos que compram

Isto posto, vamos falar do sistema suplementar. A *figura 2* mostra o número de operadoras que constava em março de 2006 na ANS, sobre a porcentagem da população que tem direito à saúde suplementar nos diversos estados. São Paulo estoura com 43 % da população; depois vem o Rio de Janeiro, com 32%; a seguir, com 29,4%, o Distrito Federal; seguem-se, o Espírito Santo, com 22,5%; Paraná, 20,30%; Minas Gerais, 19,90%; e Santa Catarina, com 17,70%. A partir daí, vai baixando até

Distribuição Saúde Suplementar

Estados	Beneficiários	População	%		Estados	Beneficiários	População	%
São Paulo	17.221.796	39.825.228	43,23		Alagoas	218.885	2.988.918	7,18
Rio de Janeiro	4.996.236	15.203.750	32,90		Roraima	17.677	301.896	4,68
Distrito Federal	671.587	2.282.849	29,42		Piauí	129.788	2.977.259	4,48
Espírito Santo	796.061	3.533.824	22,60		Rondônia	65.152	1.562.885	4,28
Paraná	2.060.888	10.155.388	20,30		Maranhão	227.835	6.821.584	3,88
Minas Gerais	3.784.816	18.993.720	19,90		Ceará	887.349	7.978.563	11,18
Santa Catarina	1.823.519	5.774.138	17,70		Paraíba	365.665	3.568.358	10,28
Rio Grande do Sul	1.475.489	10.726.863	13,88		Goiás	554.862	5.588.245	10,18
Amazonas	427.757	3.148.420	13,68		Bahia	1.384.118	13.382.874	10,88
Pernambuco	1.249.827	8.323.911	12,68		Sergipe	191.856	1.934.596	9,98
Mato Grosso do Sul	261.950	2.230.782	11,78		Pará	581.896	6.858.181	8,58
Mato Grosso do Norte	344.483	2.962.187	11,68		Mato Grosso	232.272	2.749.145	8,48
Ceará	887.349	7.978.563	11,18		Amapá	40.844	547.400	7,58
Paraíba	365.665	3.568.358	10,28		Alagoas	218.885	2.988.918	7,18
Goiás	554.862	5.588.245	10,18		Roraima	17.677	301.896	4,68
Bahia	1.384.118	13.382.874	10,88		Piauí	129.788	2.977.259	4,48
Sergipe	191.856	1.934.596	9,98		Rondônia	65.152	1.562.885	4,28
Pará	581.896	6.858.181	8,58		Maranhão	227.835	6.821.584	3,88
Mato Grosso	232.272	2.749.145	8,48		Tocantins	35.837	1.262.644	2,88
Amapá	40.844	547.400	7,58		Acre	16.777	620.634	2,78
					Total	38.995.434	181.995.434	21,50

Figura 2

chegar ao Acre, com 2,7%, o Maranhão e o Piauí, pequeno também, com quase 4% da população.

Esses são números interessantes , mas também não adianta, no Piauí, querer fazer um hospital especificamente com 500 leitos para atender à Saúde Suplementar, porque realmente não haverá clientes nem para um décimo destes leitos.

Procedimentos realizados pelo sistema suplementar: 154 milhões/ano de consultas; 4,93 milhões internações/ano; 258 milhões/ano de exames complementares. Esse é o volume do sistema suplementar no Brasil, embora o número não *feche*: 40 milhões do sistema suplementar, 43 do Ministério da Saúde, vinte milhões das Secretarias Estaduais e 19 milhões e meio das Secretarias Municipais; gastos pessoais de 19,141 bilhões. Acho que todo mundo ficou preocupado, dava 50 e poucos milhões. Isso foi passado como sendo do orçamento de 2006.

Em relação ao relacionamento ou regulamentação, ela trouxe pelo menos o reconhecimento tácito de que o sistema suplementar existe e é importante para a Saúde da população. Se antes dessa regulamentação existir, o sistema suplementar sempre ficou no limbo. Tudo isso é uma coisa só, tudo é um único sistema, inclusive dentro do sistema único. Na discussão da Constituinte foi uma briga, em que existia uma ala, não muito pequena, que imaginava que tudo devia ser estatizado e não deveria existir Saúde privada no país. Tornou-se um debate interessante o relativo a se ficaria no texto da Constituição o *sistema público único de saúde* ou o *sistema único público de saúde*, quer dizer, a ordem dos fatores às vezes altera bastante o produto porque se unificasse o *sistema único público de saúde*, realmente, a iniciativa privada não existiria hoje. O que é único é o público, não existe mais o sistema de Saúde único pela Constituição deste país. Isso foi o resultado de uma briga da iniciativa privada.

A regulamentação aumentou as exigências, aumentou a cobertura que não estava nos contratos e trouxe uma instabilidade para o setor: operadora, hospital, beneficiário. Isto devido à demora da definição final do que é esta regulamentação e até onde ela vai. O que é específico. Queremos uma coisa, temos uma ótica imediatista. Não sabemos esperar. O que queremos? Pode ser daqui a cinco anos? Por que não? Será que tem que ser amanhã senão não é feito nada? Essa regulamentação saiu para amanhã. Vamos programar, vamos fazer para daqui a cinco anos. Depois que a ANS surgiu, foram feitas coisas para daí a dois ou três anos, por exemplo dar prazo para operadoras terem os fundos de reserva, quando as seguradoras já eram obrigadas há muitos anos.

Para quem não participou do processo como um todo, houve 43 Medidas Provisórias, ou seja, a regulamentação mudou 43 vezes em 43 meses. A 44ª. Medida Provisória foi cópia da 42ª., pois se considerou que a 43ª. era absolutamente inexeqüível. A 44ª. virou lei e a partir daí surgiram outras medidas, entre as quais a criação da ANS. A instabilidade era notória, pois a lei mudava a cada mês, uma vez que as Medidas Provisórias não podiam, à época, ter duração maior que um mês. A cada mês era necessário alterar pelo menos uma parte, a redação não podia ser idêntica à anterior.

Com isto, ocorreu diminuição de beneficiários e aumento de custos, atualmente falta a economia conseguir crescer para poder fazer frente a esse aumento dos custos e ao aumento dos preços. Não houve os aumentos necessários nas mensalidades, levando a uma defasagem cada vez maior nos resultados financeiros. Esta argumentação defende os planos de Saúde, que tiveram um aumento de custos, de novas tecnologias, pois na área da Saúde as novas tecnologias não são substitutivas: apareceu a tomografia, mas a radiografia não desapareceu, tem que fazer raios-x; ressonância etc. E vai aparecer outro e outro equipamento... Enfim, trata-se de aumento de custos, sem dúvida nenhuma. Frente a novas coberturas e novas exigências, as operadoras têm que ter outro tipo de administração. Não que elas fossem bem administradas, não o eram antes do Plano Real ou Cruzado. As operadoras viviam simplesmente com pagamentos de um mês ou 20 dias ou 45 dias pago às prestadoras. Era só segurar 15 dias ou um mês o pagamento das prestadoras, que todo o pagamento saia dos juros do mercado de *overnight*. Não era necessário fazer mais nada.

Porém, quando acabou a inflação, isso já foi uma balançada nas operadoras. As seguradoras na área da Saúde praticamente inexistiam, com exceção da SulAmérica, mas ela, na época, não era seguradora, mas oferecia planos administrados, então isso acontecia com praticamente todos os planos de Saúde. Tiveram que aprender a administrar e, quando estavam aprendendo, veio a regulamentação e voltou novamente essa confusão e apareceram mais dificuldade para as operadoras. Temos que falar uma linguagem comum com vistas a diminuir custos. Aliás, não para diminuir custos, mas sim para racionalizá-los, para racionalizar os gastos, afinal. Neste caso, as operadoras ficaram contra os prestadores, intensificaram auditorias e atrasaram os pagamentos. Existem diferenças entre as operadoras, existem até algumas seguradoras, entre as menores, chegaram a usar este tipo de atitude com as prestadoras. As maiores, não: em determinado momento, chegaram a atrasar os pagamentos; pois "o sistema caia". Era horroroso, o sistema vivia com defeito e não se conseguia fazer o pagamento no dia, precisava fazer na semana seguinte.

Autorizações, prévias para internações, exames e procedimentos, são problemas sérios. Os prestadores de serviço não se queixam de ter que fazer uma solicitação para qualquer tipo de internação, ou para qualquer tipo de procedimento. Os prestadores se queixam de que o paciente está na porta do prestador, reclamando que o prestador não presta, que a sua recepção é uma porcaria porque levou cinco horas para conseguir ser internado – pois leva cinco horas para conseguir receber uma autorização de uma operadora de Saúde. É evidente que isso é um jogo e é evidente que não é sempre, mas em muitos dos casos existe aquela discussão: às vezes o auditor está no hospital, vê o paciente, autoriza aquele procedimento, mas apesar disso o hospital tem que fazer o pedido do médico do plano. Quem assina é o médico do plano de Saúde. Aí ele passa um *fax* e o doutor que está atrás do *fax* recusa. Mas como ele pode recusar? Eu tenho um doutor. *O que você está fazendo aqui doutor? Estão fazendo o senhor de palhaço... O senhor autorizou aqui, o seu fax lá não valeu*. Isso aconteceu. Melhorou hoje? Claro que melhorou. E agora está ficando automatizado e vai ficando muito melhor. O colega que está lá, freqüentemente atendendo no pronto-socorro, que tenta fazer uma internação tende a ficar irritado. Ele tem que preencher tudo de novo. *Ah, diga a atendente, sei lá, pede para o doutor fazer outro relatório mais minucioso.* Mas não tem mais o que escrever, aquilo é uma discussão médica, ele vai operar ou não vai operar. Precisa criar um pouco de dificuldades. Essa é a impressão que fica para o colega que está no pronto-socorro com o paciente que está para ser internado. Aí ele vai ver com alguma freqüência, ele também tem que ir ao telefone e ele fala ao telefone com o colega que está lá, e normalmente, quando chega ao telefone, sai a autorização. Mas vocês podem imaginar quanto tempo leva para chegar ao telefone e o doente está lá, aguardando. *Ah, mas o hospital deveria poder?* Não sai mais, nem que não tenha autorização do operador.

Hospital privado, se chegar um paciente e ele não tiver convênio com o SUS, nenhuma central de vagas dá vaga para internação em hospital público se o paciente estiver em ambiente hospitalar. Entrou no hospital, ele não arruma vaga. Isso é uma falha do sistema por direcionamento. Se o paciente está internado, o problema não é mais da central, o hospital privado que resolva o problema. Esta é mais uma discussão que fazemos com o SUS, porque está errado, porque o hospital privado não pode largar o doente mal na porta do hospital público, porém se o médico deixar o doente entrar, colocá-lo em uma cama e ligar um *sorinho*, não há como removê-lo para o hospital do SUS.

O hospital mantém uma menina há 14 anos. Não, ela tem 15 anos, ela está internada há 11 anos. É evidente que outros estão pagando o custo. O

hospital é caridoso, não cobra de ninguém e ela está lá, é uma tetraplégica e teve uma lesão de tronco, só reconhece as pessoas, a mãe, o pai, e mais nada. Ela está lá desde os 4 anos de idade. Se conseguisse vaga seria mais fácil. Já pedimos em várias instâncias esta vaga, principalmente na fase inicial. E, dentro da sala de reuniões do ministro do Ministério da Saúde, eu ouvi o seguinte: *O senhor quer milagre, puxa vida.*. Se não dá para fazer milagre, deixa a criança lá, ela está lá até agora. Existe, então, esta preocupação de termos autorização antes de colocarmos o paciente no leito. Não que ele não esteja sendo atendido, ele evidentemente está.

Auditoria: auditoria médica, auditoria de enfermagem, auditoria administrativa. Uma coisa que talvez desagrade a quem fez curso de auditor: o problema é o auditor que não é bom médico. Então o auditor problema é o médico que se formou e foi em seguida fazer auditoria. O bom médico não tem qualquer problema com o hospital, nem o Estado tem problema com ele porque, primeiro, ele é auditor e não perito. Existe conduta, linha de conduta para determinadas moléstias. Existem ótimas escolas que tratam de uma maneira e escolas que tratam de outra maneira. Estas diferenças precisam ser respeitadas. Concordo que seria ótimo se tivéssemos mais protocolos de atendimento, o que cabe à universidade e às entidades de classe , como a AMB, pois é necessário ter o aval de órgãos conceituados, porque se um hospital que não seja de primeira linha fizer seus protocolos e seu paciente tiver problemas, o hospital corre riscos.

Nos Estados Unidos o doente morre, mas morre feliz. Um colega que estava nos Estados Unidos e teve uma perfuração de divertículo já conhecida, foi internado e chamou o irmão médico por ter medo de morrer, porque o protocolo daquele hospital trata o problema clinicamente. O colega estava lá e teve muita dificuldade em conseguir que outro médico do hospital fosse lá, ainda por meio de relacionamentos com professores do Brasil. O médico da segunda opinião indicou a cirurgia e o paciente foi operado, porém não pelos médicos do hospital, que teriam quebrado o protocolo local.Tudo tem suas vantagens e desvantagens e não sou contra o protocolo, acho que tem que ter, que facilitaria muito, inclusive para nós que administramos hospital.

Em relação aos hospitais, houve uma redução da demanda por serviço; é óbvio que se há pacientes, há demanda, mas como diminuiu o número de beneficiários dos planos de saúde e apareceram novas tecnologias para reduzir médias de permanência, diminuiu a quantidade de internações e o número de pacientes internados.

Diminuiu o movimento de internação. Houve uma diminuição de preço relativo das diárias e não resta dúvida de que as operadoras têm um certo receio de falar que vão passar a remunerar direito as diárias e taxas sem se responsabilizar pelo material. O plano de Saúde vai dizer, no ano que vem, que a ANS não deu aumento e a tabela não vai subir. O que o hospital pode fazer? O sindicato não está interessado em saber se a ANS deu ou não aumento. Os hospitais já estão numa situação extremamente difícil de custo com aquilo que estão recebendo. O assunto não é simples, mas precisa ser discutido e resolvido.

Houve uma diminuição do valor relativo ao nível dos investimentos, os novos equipamentos. Temos que utilizar novas tecnologias e isso tem custo, tem um custo de investimento e com os juros que temos neste país é fácil entender o porque. E precisamos aumentar a estrutura de auditoria interna.

Em nosso hospital quem atendia os auditores até quatro ou cinco anos atrás éramos nós mesmos, algum diretor que estivesse lá, sem nenhum problema. Hoje temos dois médicos e três enfermeiras fazendo este trabalho, fora o pessoal administrativo. Há um departamento de auditorias, para receber os auditores e discutir com eles. Existem alguns auditores, que chegam de algumas empresas, tendo recebido ordens assim: *Vai lá e negocia*. Não é função do auditor negociar. Ou ele aceitou aquilo que foi feito ou não. Negociar deveria ser entre o departamento comercial do plano de Saúde e o departamento comercial do hospital. Mas barganhas sobre procedimentos são inaceitáveis. Isto são alternativas possíveis no comércio. Os hospitais estão endividados, os planos de Saúde também, não é o caso das seguradoras, fundamentalmente de impostos, taxas, e dívidas bancárias. E não há recursos para investimentos.

Preocupação com qualidade, o beneficiário tem que se preocupar mais com qualidade, embora não tenha muitas condições de entender do que está contido sob esta denominação. O prestador, pois o paciente está à sua porta, depois o operador e, finalmente, a empresa, que é a última a pensar em qualidade, pois em geral está procurando um plano mais barato.

Serviços com qualidade, numa fase inicial, levam a maior custo, mas seguramente resultarão em melhor utilização de recursos materiais, pessoais e financeiros, chegando a uma melhor eficácia e menor custo. Falar em qualidade significa falar em indicadores: Está bom, há um problema de qualificação das operadoras. Está bom, tem que ter, tem que fazer. Mas será que os indicadores que foram escolhidos são os melhores? Independentemente da facilidade de coleta há muitos indicadores que ninguém usava. Indicadores têm que ter alguma utilidade para tomada de decisão; senão, melhor jogar fora. Administração, é meio complicado, não é? Mas a ONA, da qual vocês já devem ter ouvid falar, da qual tenho o prazer de participar, trabalha com o tema.

Comparar indicadores com os próprios indicadores do serviço é fácil e bastante útil. Com os de outros serviços, principalmente na área da Saúde, é extremamente difícil e algumas organizações têm tentado fazer esforços nestes sentidos. Chegamos à seguinte conclusão: os hospitais, os administradores de hospitais ou de serviços de Saúde, ainda não estão devidamente acostumados a medir suas atividades internas. Então, discutir com hospitais ou prestadoras de serviço: ainda é muito filosófico para nós.

Fizemos seis seminários – o último em outubro de 2005 – e chegamos à conclusão de que era cedo. Não conseguimos, no grupo de hospitais já acreditados, dizer que queríamos discutir indicadores para o grupo ou para outros hospitais. Chegamos à conclusão de que foi ótimo, porque os hospitais aprenderam um pouco, que tinham que se medir. Mas não avançamos a respeito de indicadores entre hospitais.

A acreditação como um processo vai ampliar o seu espaço. Trata-se de avaliação de serviço de Saúde, voluntária e sigilosa, com base em padrões previamente estabelecidos. O grande diferencial é que avalia o serviço inteiro. Não existe a acreditação da recepção do hospital, da lavanderia, do laboratório, como pode existir em outras formas, como a ISO. É o serviço inteiro. Ou ele é ou não é acreditado, porque existem três níveis de acreditação.

Ainda vamos falar em padronização. É algo extremamente importante e, em 1994, saiu uma primeira edição de padronização de sistemas de informação na área de Saúde, voltada para informação no sistema suplementar. Isto foi discutido com representantes de operadoras e representantes de prestadores de serviços, levando a um grande acordo, conhecido como *tabela ABRAMGE*. Não se trata de tabela, pois não tem preço nenhum. Na realidade, é uma padronização de informações com codificação de gastos e de taxas, e o que cada item representa. O que é uma diária? Apresenta-se pelo menos um conceito de diária, ao qual se chegou há algum tempo. No entanto, não conseguimos fazer com que isso fosse implantado. Talvez tenha faltado, da parte de algum ou de todos os interessados da formação de um grupo central que pudesse dar informações sobre o que restou como dúvidas. O grupo num determinado momento se diluiu, as pessoas mudaram de empresas ou até de papel profissional. Um importante colaborador nessa linha, ex-funcionário da área de informática da SulAmérica, faleceu depois disso. A SulAmérica foi uma das empresas, planos de Saúde, que mais utilizou essa padronização, porque estava mudando o seu sistema de informática. Eles fizeram uma adaptação na mudança já se enquadrando dentro dessa padronização. Possivelmente boa parte do que a

SulAmérica faz ainda deve estar dentro desses padrões.

O hospital não tem vivência de trabalhar, de administrar risco. Certamente precisa aprender. Se ele aprender e souber administrar bem risco, ele pode analisar melhor seus planos próprios, o que ele deve ou não deve fazer. Está aí colocado para se questionar.

A solução para esta situação é parceria, fusão, revisão de sistemas, alguma coisa nesse sentido. Mas, fundamental é a parceria ser real: plano, prestador, usuário que nós também achamos importante; e lembrar que atualmente há mais um *player*, antigamente inexistente, a ANS.

Há algumas iniciativas, como por exemplo em São Paulo e em Minas Gerais: representantes de operadores e prestadoras de serviços, fundamentalmente os hospitais, se reunindo e discutindo sobre diversos assuntos. O primeiro é preço. Começou um conflito que não se resolvia. Foram então contratados dois mediadores, num prazo de seis meses. As conversas vão continuar, pelo menos, agora um fala e o outro ouve. São representantes de dez operadoras de Saúde e de vinte hospitais, sentados discutindo. E os mediadores, não são só mediadores. Alguns são técnicos, capazes de colocar as idéias no papel, para tentar evoluir. Como vamos fazer com esse negócio, que é o nosso negócio? O resultado tem que satisfazer os envolvidos. Nós não tivemos coragem ainda, porque nós não conseguimos andar tanto quanto necessário.

Há outra experiência, em Minas Gerias, mais ou menos semelhante. Os usuários são chamados. A agência tem que ficar por último, pois provavelmente chegará com uma proposta para ser implantada. Essas experiências precisam evoluir. Quando falamos tecnicamente, sobre uma questão da padronização, não foi bem sucedida porque não conseguimos ter idéias novas.

Este grupo, de trinta pessoas, tem um comitê executivo, que discute e depois leva para uma *assembléia*, onde se tomam as decisões coletivas. Este comitê é menor, são cinco representantes de cada lado e cinco suplentes. São dez pessoas para se reunir, senão não se chega a lugar nenhum.

Possivelmente um dos primeiros assuntos a ser discutido deveria ser o relacionamento. As operadoras, de uma maneira geral, seguramente precisam discutir preço e forma de pagamento. Assim não se caminha.. Não há a menor condição discutir qualquer coisa sem estar cara a cara e saber com quem estou falando. Acho que esse é um problema que o grupo tem. Um lado acusa o outro de não estar interessado. Às vezes um representante que tinha faltado se justifica dizendo que seu chefe tinha marcado reunião. Provavelmente por não querer que o representante esteja no grupo. É complicado. Realmente, já foram oito meses de reuniões. Além desse grupo, havia o grupo dos hospitais que discutia os problemas na Associação, e grupos de planos de saúde que discutiam na ABRAMGE. A partir daí, do conhecimento interno dos grupos, foi possível se unirem para tentar conseguir alguma coisa. É questão de ter paciência. E demora, sim. Se não quiser ter a pressa da ANS, demora mais, mas se chega lá.

Existe uma questão quanto a como pagar. Há duas experiências que não temos, os prestadores hospitalares. Não temos experiência com prevenção. Nunca permitiram aos hospitais privados participar nem de campanha de prevenção. Nenhum hospital privado participou de campanhas de vacinação. Mas no supermercado ao lado do hospital há um postinho vacinando. Eu não sei por quê, mas o hospital é impedido. Uma vez, no Estado de São Paulo, a iniciativa privada participou de uma campanha de vacinação, o Secretário era João Yunes e os funcionários da área da Saúde, da Secretaria de Saúde, estavam em greve e o então Presidente da ABRAMGE, também já falecido, Mario Martins foi ao secretário e colocou toda a estrutura da ABRAMGE à disposição para fazer a vacinação. O secretário perguntou se cederiam funcionários, o Presidente da ABRAMGE disse que sim, mas ofereceu seus serviços próprios. Foi feito um *mix*. Foi a primeira e única vez que a iniciativa privada participou de alguma campanha de vacinação. Para ter alguma experiência em prevenção ainda é necessário aprender. A iniciativa privada começou a fazer serviços de assistência domiciliar. Os serviços de assistência domiciliar é que estão entrando nessa linha, de fazer programas e, provavelmente, alguns parceiros de operadoras estão entrando nesses programas de prevenção. Os hospitais precisam aprender e participar.

Quanto ao risco, é necessário lembrar que uma parte do corpo clínico não é do hospital. E não é livre acesso, os médicos podem ser ou não credenciados pelo plano de Saúde. Este tem muitos credenciados em seus consultórios, que precisam pedir autorização para realizar cirurgias diretamente para o plano. O hospital precisa administrar o risco, mas o médico não é o dele, é do próprio plano, que já autorizou os procedimentos. Às vezes, a cirurgia não interessa ao hospital, pela forma de remuneração do material.

Existe um obstáculo grande com material, que é um problema de custo que existe e vai piorar. Há uma nova norma da ANVISA, que modificou uma penúltima, que proíbe esterilizar alguns tipos de material, sem deixar margem a dúvidas. O fabricante escreve no rótulo, conforme é seu direito: "Produto não recomendado à reutilização". E o que faz o prestador? Se não é recomendado, vai esterilizar? De acordo com a norma, o responsável pela esterilização e pelo material é o prestador. Se ocorrer algum problema, o que se vai dizer para o juiz? Que pode? Porque quem vai ser condenado é o hospital. O médico não pode comprar ou se responsabilizar pelo material a ser utilizado, necessariamente é o hospital, o que é correto, mas não é o que ocorre em muitos serviços. O médico está comprando muita coisa entregue no hospital, paga pelo hospital, mas a compra, quem está fazendo em diversos casos, é o médico. Os hospitais têm errado em deixar que isso aconteça, porque a responsabilidade é do hospital e vai piorar.

A forma é essa, é necessário sentar e conversar. Não há alternativa. Também acho que a mudança na forma de pagamento do sistema tem que ser lenta e credibilidade é fundamental.

Outra dificuldade que o prestador tem na questão do risco é que toda a carteira pertence ao plano de Saúde. Quando chega o momento de fazer algum procedimento, vai para o hospital. Por que não direcionar os casos mais graves para um hospital, que seria remunerado, nesses casos, sem ser pelos pacotes, caso contrário, quebra! A operadora diz que não tem condições de direcionar os casos. Mas poderia, por exemplo, quando do pedido da guia. Desde as primeiras conversações entre hospital e operadora deve ficar claro que tipo de procedimento será feito. E quantos, na chamada seleção reversa.

Em síntese, é necessário ter um relacionamento melhor. Para isto, é básica a confiança mútua. O cumprimento das regras não pode ocorrer só em função da existência de um contrato. Precisa ser feito buscando honestidade. O relacionamento, já foi muito melhor. Algo se perdeu no tempo. Existem iniciativas de negociação de grupos de hospitais com grupos de prestadoras, por incapacidade de representação das próprias entidades de classe. Como participante de duas, percebo que não há nem confiança dos hospitais nas entidades de classe, nem das seguradoras ou das medicinas de grupo nas suas entidades, tanto que estão surgindo outras entidades. Se estão surgindo outras é porque não há confiança nas que existem, que não concordam em negociar. Quando houve a URV, todos tinham dúvidas quanto a como seria a transformação da URV em reais. Isso foi uma longa discussão, mas nenhuma operadora que tivesse discutido com cada hospital. Na verdade, as seguradoras vinham até a associação dos representantes de hospitais, sentavam e as partes discutiam. E aquilo que se decidiu não estava assinado, escrito em lugar nenhum.

Hoje, não seríamos capazes de fazer isso: a Federação, não consegue fazer isso, porque não tem mais essa representatividade. Isso está fazendo falta.

Incorporação de Tecnologia

Fernando S. Meirelles

Para começar, três questões: quanto, como e por que se investe em Tecnologia de Informação, Informática, sistemas? O assunto é atual e polêmico. Nesse cenário existem dois indicadores que refletem como estamos, quantificam e nos permitem ter uma idéia do que está acontecendo, fazer diagnóstico e *benchmarking*.

O primeiro indicador é a soma de tudo o que é gasto e investido em Informática, dividido por quanto a empresa fatura. O resultado é: quantos por cento do faturamento a empresa gasta e investe em tecnologia. Indicador simples e não tenta se aprofundar muito no quanto existe em termos de automação de processo, quanto se gasta em *hardware*, quanto em *software* e quanto se gasta como um todo. Simplesmente, quanto é gasto e investido em tecnologia.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

A figura 1 tem por base a pesquisa de 2006 realizada pelo CIA da FGV-EAESP e nos mostra, genericamente, como caminha o processo de informatização no Brasil. Em 1991, as empresas brasileiras gastavam – investiam – em Tecnologia de Informação, alguma coisa próxima de 2%. Um investimento dessa ordem em tecnologia, no ano de 1991, é pequeno ou grande? Para saber a resposta, é necessário comparar isso, por exemplo, com o que se faz em outros países. Nos mais desenvolvidos, aplica-se o dobro disso. Na média mundial, fica-se próximo desse valor. Assim, estamos mais ou menos na média mundial. Contudo, esta avaliação exige cautela, pois a média mundial inclui países que vão da África aos Estados Unidos. Nos últimos quinze anos, esse valor cresce de uma forma linear, para a Sociedade como um todo, aumentando cerca de 8% em média, por ano. Há uma bolha de crescimento por conta do fantasma de 1998 e 1999 (*bug* do milênio), quando, em todo o Mundo, as pessoas ficaram apavoradas ante a perspectiva de estar em um elevador, ou em um navio no meio do oceano, pois poderia haver uma tragédia, com a paralisação de tudo à meia-noite de 31 de dezembro de 2000.

As pessoas mais céticas acham que 5,3% é o limite. Já se gasta, investe, muito. Para os céticos, eu diria que nos Estados Unidos é perto de 10%. Outro questionamento freqüente que fazem para esse indicador, é que amostra da pesquisa estaria viciada, já que reúne empresas muito informatizadas. Desse modo, esse número estaria com o valor superestimando. Isso não procede, uma vez que essa é uma medida microeconômica. A média de quanto cada empresa gasta, investe. Esse resultado pode ser conferido com uma visão macroeconômica? Sim, calculando o tamanho que o setor de tecnologia tem no PIB. A medida não é exatamente a mesma, mas se as empresas que comercializam produtos de tecnologia vendem mais ou menos 5%, é razoável que as empresas gastem isso. Só que cuidado, esse número de 5% é a média nacional. Banco gasta, investe, a mesma coisa que supermercado? Não, então cuidado que 5% é uma média desde supermercado até banco.

A figura 2 mostra quatro curvas, uma para média, outra para comércio, outra para indústria e outra para serviços. Que setor da economia puxa a curva para cima? O de serviços, onde estão os ramos dos bancos e da Saúde. Que setor puxa a curva para baixo? Comércio, porque comércio está pouco informatizado? Não. É porque o indicador para um supermercado tem um valor numérico baixo. A formação de receita num supermercado tem um comportamento totalmente diferente da formação de receita num banco ou num hospital. Por exemplo, para os bancos a média vai para 11%.

O segundo indicador é o de quanto custa um teclado por ano. Quem não está familiarizado com essa métrica se prepare, porque ela é didática e chocante. O teclado custa em média, para as empresas brasileiras, nove mil e duzentos dólares por ano. Obviamente não se considera apenas o custo do teclado em si. O problema é o que é necessário seguir o fio do teclado – o que existe por trás – e este número é fácil de calcular. Divide-se tudo o que se gasta e investe pelo número de teclados. Para este indicador, já é mais difícil definir uma só tendência. A figura 3 mostra três cenários. Um, em que o valor alcança estabilidade em nove mil; outro, que vai cair para o patamar internacional que é de oito mil; e um, que tem espaço para diminuir, vai ficar em sete mil dólares por ano.

O setor de Saúde está mais ou menos no meio, com um custo anual por teclado, em média, de seis mil e quinhentos dólares, comparado com vinte mil dólares para serviço do setor financeiro, ou ainda vinte e cinco mil dólares por ano, por teclado, para os bancos.

A conclusão é que a Sociedade está se informatizando cada vez mais. Na primeira figura apresentada, é possível trocar os eixos para dizer que é um gráfico onde se tem, na vertical, o grau de informatização da Sociedade e, na horizontal, a linha do tempo. As empresas e as pessoas estão gastando e investindo mais em tecnologia cada dia. Se estão fazendo um bom uso; se está havendo incorporação aos serviços prestados; e se há uma boa margem de retorno, são questões, para os próximos palestrantes.

engenheiro mecânico, com mestrado pela *Stanford University* e doutorado pela FGV - EAESP; diretor e professor titular da FGV - EAESP.

Caminhos para a incorporação de tecnologias em Saúde

Saide Jorge Calil

No recente Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica – em conjunto com o de Engenharia Clínica – um americano fez uma apresentação sobre incorporação de tecnologias. Após a sua palestra, pensei: *Então a receita não está tão ruim assim. Se nos EUA eles estão fazendo mais ou menos a mesma coisa que fazemos aqui, quer dizer que não estamos assim tão defasados.* Assim, espero trazer alguma coisa nova, mesmo quando me dirijo a pessoas que atuam em grandes hospitais e, provavelmente, já vêm fazendo isso

Quando uma nova tecnologia é solicitada em um hospital, o procedimento de incorporação pode ser divido em três fases: *planejamento*, que é a da avaliação da tecnologia propriamente dita. Depois, se realmente é decido comprar, vem a segunda fase, a *elaboração da proposta*. Essa é a etapa mais importante de todas, pois se ocorrer um erro, por melhor que seja o planejamento, encontraremos grande dificuldade em promover a incorporação. Se isso ocorrer, é grande a probabilidade de gasto maior que o normal. A terceira fase seria o *recebimento, a instalação e o gerenciamento de tecnologia*, que também leva a um custo – e pesado – se não for feita uma incorporação correta. O foco deste texto será dirigido para as duas primeiras dessas fases.

Penso que na atualidade qualquer hospital deva ter um grupo para desenvolver o seu planejamento de tecnologia e o seu planejamento estratégico. A função geral desse grupo seria a de avaliar tecnologias novas e emergentes que já estão no mercado, para identificação de futuras aquisições.

No mencionado Congresso de Engenharia Biomédica houve uma palestra de um funcionário de um hospital de São Paulo, que tem a missão de estudar o que existe no mercado que pode ser analisado, com vistas à incorporação em um hospital. Assim, sua principal tarefa é ficar o tempo todo viajando para congressos e feiras, para identificar o que existe no Exterior.

Só para exemplificar, em um artigo de 1985 – a história é bem antiga –, surgiu um equipamento de litotripsia, para destruir cálculos na vesícula biliar. Surgiu nos Estados Unidos e era um equipamento que custava, na época em que foi lançado, aproximadamente um milhão de dólares. Um hospital resolveu adquirir esse equipamento, pois, em princípio, era um equipamento de ponta. Foram realizadas diversas reuniões para estudo utilizando o grupo de avaliação de tecnologias, já existente pois era um grande hospital ligado a uma universidade. Ocorreram também diversos estudos para a avaliação dessa tecnologia, ou seja, todo o modelinho de avaliação foi seguido de modo correto. A empresa que queria vender o seu equipamento, reduziu o preço em cinqüenta por cento. Desse modo, o equipamento passou a quinhentos mil dólares. Segundo o artigo, esse estudo de avaliação tecnológica para o equipamento de litotripsia custou cem mil dólares. Assim, o hospital gastou seiscentos mil dólares para incorporar esse equipamento. Mas aí compraram um problema, pois não desenvolveram todas as atividades dae uma avaliação de tecnologias. O primeiro erro deve-se a uma característica cultural: o americano, parece ser mais sensível à dor do que o europeu. Assim, a quantidade de americanos que voltavam ao hospital pedindo analgésicos era muito maior do que o previsto. O segundo erro pode ser identificado no estudo que procurou avaliar os tipos de cálculos sobre os quais a utilização do equipamento era de fato eficiente. Um grande número de pacientes submetidos a esse tipo de procedimento retornava, após de algum tempo para remoção do cálculo por meio de cirurgia de campo aberto. Além disso, não foi feita a avaliação do custo da manutenção e do tempo médio entre falhas pois o equipamento quebrava constantemente. Ele mais quebrava do que funcionva. Finalmente, três ou quatro meses depois surgiu a laparoscopia, uma técnica cirúrgica com a utilização de endoscópio. Esta era uma cirurgia muito mais simples, utilizava um equipamento mais simples, mais barato e com poucos problemas. O paciente quase não sentia dor. Conclusão: foram gastos seiscentos mil dólares e por uma avaliação errada, perderam o equipamento. Isso demonstra a importância de se fazer uma boa avaliação antes da aquisição. Observar o que existe no mercado para aquisição futura é fundamental para a redução da probabilidade de erros no planejamento estratégico.

Outra função do grupo seria a de revisão de todas as tecnologias existentes no próprio hospital através da

engenheiro elétrico, com mestrado e doutorado pela Universidade de Londres; professor livre-docente e ex-diretor do Centro de Engenharia Biomédica da UNICAMP; membro eleito da CED - IFMBE.

verificação do que é possível trocar, quando e como fazê-lo e qual será o custo dessa troca. Monitorar e colocar prioridades em relação às novas tecnologias dentro do planejamento estratégico. Investigar o que está acontecendo no meu hospital, o que está acontecendo com os equipamentos e planejar o que comprar daqui a seis meses ou um ano. Onde investir? No que é necessário investir hoje?

Esse grupo pode ajudar a real necessidade da incorporação de uma nova tecnologia ou substituição de uma tecnologia já existente. E como se faz isso? Costumo apresentar uma receita como sugestão: um formulário para iniciar o processo de incorporação.

Nem sempre o pedido de aquisição de uma tecnologia para o hospital é feito necessariamente pelo corpo clínico. É necessário que aquele que faz a solicitação entenda o que está sendo pedido. É preciso que haja algum estudo para saber exatamente quanto o hospital vai *sofrer* para adquirir essa tecnologia. É importante perguntar o que se espera de um novo produto, um novo equipamento ou um item para reposição. Também tem relevância o nome, o departamento, quem está solicitando, o local de utilização e a finalidade de uso. Outras questões importantes são; onde a tecnologia será utilizada? O preço do item solicitado para que se tenha uma noção de quanto custa e quanto vai custar essa tecnologia. Não é simplesmente entregar e pedir*: compre.* É importante compreender o que está sendo pedido. Qual a expectativa de demanda dessa nova tecnologia, ou para aquela que substituirá uma já existente no hospital? Qual é a demanda que ela pode atender? Caso o item solicitado já exista, qual será o item a ser substituído, qual a taxa de utilização do item que é utilizado, qual o custo unitário desse item atualmente, a sua avaliação sobre o item proposto em comparação com o item que atualmente existente? Por que essa nova tecnologia é necessária? A finalidade de todo o processo é ajudar o grupo de avaliação a entender o motivo da nova solicitação.

Outras questões relevantes são: o que vai melhorar com a incorporação ou substituição da tecnologia? Vai atender melhor ao paciente, vai gerar maior economia, melhor qualidade, maior facilidade? Quem vai ser o principal usuário? Que outros serviços vão utilizar ou se os outros serviços poderão utilizar esse item?

Após seu preenchimento, o formulário deve ser enviado para o grupo de avaliação o qual, baseado nessas informações, emitirá um parecer sugerindo à administração que a solicitação seja aprovada para realização dos procedimentos de avaliação, indicada para estudo adicional ou não aprovada.

É importante notar que esse grupo terá o papel de auxiliar a administração na decisão sobre o que realmente a unidade de Saúde deve adquirir e não o que o solicitante simplesmente deseja. Esse grupo não é composto apenas por pessoal da Engenharia Clínica, muito pelo contrário, a função do engenheiro, neste caso é somente técnica, para fornecer as informações técnicas sobre a tecnologia. Devem ser incluídos o pessoal médico e de enfermagem e provavelmente economistas para avaliar o quanto irá custar esse equipamento na unidade.

Em caso de aprovação, o grupo deverá avaliar se as tecnologias disponíveis na própria unidade, ou no mercado atendem às necessidades ou se será necessário fazer algum desenvolvimento ou pesquisa especial para essa solicitação. O grupo deve também verificar em que estágio de vida a tecnologia se enquadra. Essa necessidade é exemplificada pelo caso já mencionado, do equipamento que após três meses já estava superado pois, embora muito recente em termos tecnológicos, seu ciclo de vida estava praticamente acabado. Logo que ele foi instalado já estava tecnologicamente obsoleto porque existia coisa nova, mais barata e mais eficiente aparecendo no mercado. Na seqüência, o grupo deve verificar a efetividade clínica e o resultado para o paciente. Deve responder se realmente vai melhorar a condição de vida do paciente e a condição de atendimento. O resultado do diagnóstico ou da terapia com a utilização da tecnologia.

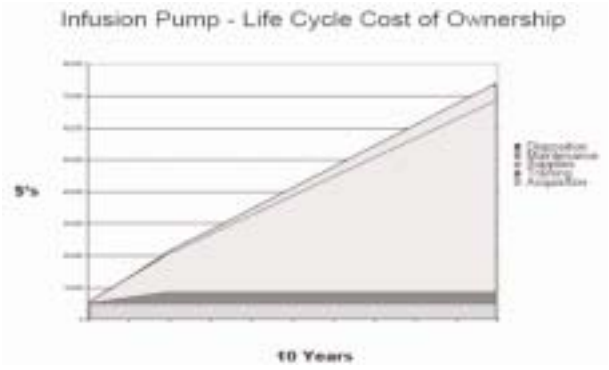

Figura 1

Com base no conhecimento de seus membros e convidados, das áreas de engenharia e economia, a comissão deverá avaliar o impacto financeiro, o investimento, a instalação, a construção. O que é preciso instalar? Quanto custará a instalação? O que é necessário construir para adquirir e incorporar essa tecnologia? Qual é o investimento que deverá ser feito? Qual será o custo do dinheiro que será necessário para promover a incorporação?

É necessário ainda definir o impacto na infra-estrutura da unidade. O estudo da pré-instalação deve apresentar todos os recursos de infra-estrutura que serão necessários para que a tecnologia, quando instalada, possa funcionar sem nenhum problema. Deverão ser verificados; qual é o espaço que ela vai ocupar dentro do hospital, quais as reformas que ela vai exigir, quais as construções que precisam ser feitas, quais os recursos que vão ser utilizados. Devem também ser considerados itens como; o tipo de piso, o peso do equipamento, a área onde ele vai ser utilizado, sua disposição em relação a outros equipamentos, que tecnologias existem nas salas adjacentes. Todo esse estudo deve incluir também a necessidade de recursos como água – tipo, qualidade, quantidade, pressão –, se necessita de ambientação especial, como ar condicionado, qualidade do ar, umidade, entre outros. Determinação do impacto no usuário, quanto será gasto para treinar, para proteger dependendo do tipo de tecnologia e para monitorar o que está acontecendo. Como será a aceitação do próprio corpo clínico. Muitas vezes o corpo clínico não aceita aquele equipamento e isso torna-se mais um problema. Forçar a pessoa a operar um determinado equipamento nem sempre é bom pois podem existir motivos pelos quais ele não gosta do equipamento. Pode ser inclusive a própria ergonomia do equipamento. Os botões para operação são de difícil visualização, ou confundem os operadores. Isso pode inclusive causar acidentes, podendo o operador apertar o botão errado num momento de emergência ou conectar o cabo errado ou a tubulação de entrada e saída de forma errada. Tudo isso pode causar problemas de aceitação do equipamento.

Na manutenção do equipamento é necessário avaliar o treinamento necessário e ferramental necessário para mantê-lo, o pessoal e o espaço físico necessário. A nova tecnologia pode necessitar equipamentos de teste que exigem calibração anual, ambos bastante caros.

No caso do interesse médico e nos procedimentos para diagnóstico, é importante avaliar se a tecnologia deve mudar algum procedimento. Muitas vezes uma nova tecnologia pode provocar solicitações de diagnóstico além do necessário. Isso deve provocar custos adicionais. Nos procedimentos para terapia pode ocorrer a mesma coisa.

A avaliação também deve levantar os efeitos clínicos em termos de mortalidade, morbidade e qualidade de vida que proporcionará ao paciente. Deve responder a questões como a produtividade do equipamento, os benefícios financeiros, a receita, os prêmios que são pagos, os suprimentos que vão ser necessários para sua operação, e os benefícios indiretos, ou seja, se é uma tecnologia de ponta e se as pessoas ficam sabendo que aquele hospital, que aquela unidade de saúde possui uma nova tecnologia que oferece vantagem – por exemplo; menos invasiva –, normalmente procuram esse hospital, ou às vezes são até obrigados a procurar, porque essa tecnologia supre uma determinada necessidade que ele tem para diagnóstico ou para terapia.

Esse grupo de avaliação deve inclusive auxiliar no estabelecimento dos critérios de aquisição e substituição de forma a avaliar capacidade técnica do equipamento e se as condições técnicas e financeiras do fornecedor tornam o

equipamento viável. Isso é fundamental. Se não há um bom fornecedor, pode-se estar comprando um bom equipamento, mas com um péssimo serviço. Isso certamente causará mais problemas, além daqueles que serão produzidos pelo próprio equipamento.

No fundo, a reunião de toda essa informação será utilizada para o cálculo do custo total de propriedade. O próprio Ministério da Saúde tem começado a bater nessa tecla, bem lentamente, mas está começando a enxergar isso para evitar o que aconteceu no REFORSUS onde muitas tecnologias incorporadas, quando acabou o período de garantia, as unidades de Saúde não tinham dinheiro para utilizar a tecnologia e algumas ficaram encostadas porque faltou um estudo anterior para saber quanto realmente custa utilizar uma tecnologia.

O cálculo de custo/propriedade no processo de avaliação envolve o levantamento do custo de aquisição, de instalação, de recebimento, de operação, de gerenciamento da manutenção e do processo de desativação. Imaginemos a necessidade de instalar uma tecnologia no décimo quinto andar de um prédio, décimo terceiro andar, ou no terceiro. É necessário avaliar tudo, todos os custos, tanto para colocá-la, quanto para retirar essa tecnologia no futuro.

Uma vez decidido estabelecer prioridades e que a tecnologia será realmente adquirida, passamos para a segunda parte. Esta inclui a preparação das especificações, a elaboração da proposta, o recebimento dessa proposta, a avaliação das propostas e a instalação, que não será incluída nessa palestra.

Para a execução dessas tarefas, é necessária a criação de um novo grupo. É difícil uma só pessoa fazer isso, principalmente no processo de incorporação, no qual se deseja reduzir os erros, é importante que se tenha mais gente trabalhando. Os integrantes desse novo grupo não precisam necessariamente ter participado do primeiro. O primeiro é mais para fornecimento de subsídios para a tomada de decisão, esse segundo grupo é de execução de diversas tarefas, sendo uma delas o auxilio na preparação do edital. As preocupações são: como elaborar um edital? O que se vai exigir nesse edital? Outra tarefa é a definição do processo de avaliação de proposta. Na suposição de que se peça um equipamento com determinados itens necessários, que são importantes constarem nas cláusulas do contrato e que as empresas precisam obedecer. No caso de algo em torno de quinze cláusulas – o que não é raro – e que surjam dez empresas que oferecem esse equipamento. Estamos falando em quinze vezes dez; são cento e cinqüenta itens a serem avaliados. Como fazer isso? Em uma licitação pública, os erros cometidos, se não houver um critério de avaliação prévio, trarão inevitáveis complicações.

Esse grupo deve também auxiliar no processo de avaliação dos equipamentos apresentados. Uma vez definido o processo, é necessário auxiliar na avaliação. Esse grupo também vai auxiliar na definição de quais equipamentos podem ser classificados no processo de licitação.

O processo descrito acima serve tanto para entidades públicas como privadas; embora seja mais simples o processo de elaboração de um edital para entidades privadas, um contrato. É importante que, tanto no privado quanto no público, esse processo seja claro, transparente, que as empresas entendam porque elas foram eliminadas e que a diretoria saiba porque determinada tecnologia de determinada empresa foi eliminada. É importante saber o que é que está acontecendo no processo, quais foram os critérios estabelecidos para eliminação. Nada impede que o representante da empresa vá até a diretoria do hospital e fale: *Olhe, aquele cara que está lá avaliando as propostas, está combinado com a outra empresa. Porque eu estou oferecendo coisas com melhores condições e ele não me escolheu.* Assim, é importante que o processo fique transparente para todo mundo.

Outra atividade desse grupo é o estudo das características dos equipamentos. Ele deve focalizar todas as características técnicas, tendo em vista a necessidade de elaborar questões para o médico ou para a pessoa que solicitou a tecnologia; se deseja ou não alarme, se quer ajuste no volume do alarme, que tipo de ajuste, que tipo de controle. As respostas serão utilizadas para que o grupo possa elaborar a especificação técnica do equipamento. Dessa forma, precisa entender exatamente o que a pessoa solicitante quer e o que ela precisa para montar a especificação técnica.

Alem dos quesitos clínicos, o grupo deve elaborar os quesitos técnicos. Um exemplo bem simples de quesitos técnicos: se o equipamento tem que trabalhar em rede elétrica de cento e dez ou duzentos e vinte *volts*, qual é a tolerância do equipamento para determinada variação de tensão.

Finalmente, devem ser elaborados os quesitos administrativos que são tão importantes quanto os outros dois anteriores. Por exemplo, a exigência de que se o equipamento quebrar durante o tempo de garantia durante mais que quinze dias, que seja acrescentado o dobro desse meu tempo ao final do contrato de garantia, ou seja, se o equipamento ficou parado quinze dias, quero acréscimo de trinta dias no período contratual de garantia. É importante que durante a elaboração do edital, seja mantido um constante contato e negociação com os possíveis fornecedores e saber o que é possível exigir e o que não é. Não adianta pedir uma coisa que não será oferecida.

Uma forma de avaliação do atendimento aos itens solicitados no edital é a discussão e elaboração de um sistema de pesos e pontuações, de acordo com a característica da sua unidade. Exemplos disso são: o local do fornecedor ou do prestador de serviço em relação ao hospital, ou seja, a distância do fornecedor ou prestador de serviço em caso de contrato de manutenção. Se estiver em São Paulo, dificilmente isso é um item importante, porque provavelmente os prestadores de serviço estão todos na cidade. Se o equipamento quebrar, é bem provável que eu tenha a assistência técnica em São Paulo. Mas, se estou em João Pessoa, por exemplo, onde estão os representantes desse equipamento? Neste caso, a distância passa a ser importante, é dado um peso maior para a distância e a pontuação é feita de acordo com o que é oferecido. Algo como: com qual a velocidade chega ao hospital, quantas horas leva para chegar lá, quanto custa para chegar em determinado tempo e para atendimento em determinadas horas ou dias. Assim, elaboro um sistema de avaliação em função daquilo que é importante para o hospital.

Outro exemplo de quesito no edital é a *necessidade de avaliação prática* da tecnologia solicitada. Bombas de infusão por exemplo, requerem uma semana para organizá-las na bancada e verificar quais realmente atendem às exigências técnicas especificadas. No pedido, por exemplo, de uma bomba de infusão com uma exatidão de três por cento, seu erro não deve ultrapassar a três por cento do valor ajustado. As empresas apresentam as propostas sendo que uma lhe oferece um equipamento com cinco por cento e outra com erro de sete por cento. Quem irá confirmar que o equipamento oferecido está dentro ou fora do que foi exigido? Existe certificação de conformidade com o desempenho para esse equipamento atualmente? Alguns têm, outros não. Se não exigiu a certificação no edital, é necessário avaliar praticamente. Se por acaso aceitar aquela que oferece cinco por cento de erro e descobrir posteriormente que foi enganado, poderá acionar juridicamente a empresa. O problema é quanto tempo irá ficar brigando na Justiça, sem poder utilizar a bomba de infusão.

Às vezes, o edital pede avaliação clínica. O equipamento deve ser enviado e permanecer no hospital por algum tempo para que os médicos façam uma avaliação clínica dessa tecnologia.

É importante, também, definir os itens de exclusão, por exemplo, se não for licitação publica, é necessário definir em uma licitação privada, em um processo de incorporação privada, quais os itens da proposta que não são aceitáveis, para que as empresas saibam.

Estudo dos custos e condições do contrato de serviço após terminar a garantia. Poucos grupos de avaliação fazem isso, poucos sabem quanto vai custar a manutenção corretiva e preventiva depois do término do período de garantia. Qual será o custo operacional de um equipamento cujo ciclo de vida vai de cinco a sete anos?. O grupo deve analisar e comparar vantagens e desvantagens oferecidas por cada proponente, principalmente nos quesitos administrativos já mencionados.

Também é importante analisar o custo e as necessidades para a instalação da tecnologia. O que será necessário para essa instalação? O equipamento precisa de ar condicionado ou água? Qual é a qualidade da água? Será necessária a construção de esgoto. Qual é a taxa de troca de ar para sala onde a tecnologia será utilizada? Deve também ser avaliado o custo dos insumos. Verificar se existem relatórios de eventos adversos. Tanto nos Estados Unidos como aqui, com a ANVISA, é possível a obtenção dessas informações. Na avaliação, o grupo deve questionar colegas de outros hospitais sobre as vantagens de desvantagens da utilização dessa tecnologia. Quais são as partes ruins e as partes boas desse equipamento.

A figura 1 demonstra o quanto custa um equipamento simples como uma bomba de infusão, num período de dez anos de utilização. É assustador o valor a ser pago se a avaliação não for bem feita. Embora seu custo inicial seja relativamente baixo, em torno de US$ 5.000,00, o gasto com esse equipamento após 10 anos atinge aproximadamente US$ 75.000,00. Esses gastos incluem o valor de aquisição – linha de valor constante –, treinamento, suprimentos e manutenção. Isso mostra para a administração como ela deve estar preparada para adquirir um equipamento que, a princípio parece barato mas os gastos acumulados são muito maiores. Importante lembrar que o número de bombas em um hospital é muito grande. Os gastos com manutenção vão crescendo conforme o equipamento vai ficando velho, a manutenção também vai ficando mais dispendiosa. Poucos hospitais fazem essa conta, embora já exista um grande número deles precisando e querendo fazer.

No que diz respeito a *software*, ou uma tecnologia que possui *software*, ou o que é conhecido como *firmware*. Um dos problemas que está ocorrendo hoje são interrupções de programa e conseqüente perda de dados. É comum isso acontecer em equipamentos de alta tecnologia para a formação de imagens. Repentinamente o programa pára e o operador perde todos os dados coletados. Outro problema é relativo às funções teoricamente disponíveis no equipamento e que são parcialmente executadas, quer dizer, nem todas as funções que o manual declara executáveis, são possíveis de execução ou se o resultado fornecido é confiável. Isso vem representando um sério problema na área de equipamentos de diagnostico através de processamento de dados fisiológicos ou anatômicos. A ANVISA está desesperada atrás de laboratórios para avaliação de software para saber se aquilo que a empresa declara que o *software* faz, realmente é feito. São pouquíssimos laboratórios no Brasil que fazem isso. O custo é bastante alto tendo em vista a falta de concorrência. Por um outro lado, a montagem e manutenção de um laboratório de avaliação de *software* é um processo muito caro porque exige muito tempo para os testes.

Um terceiro problema com equipamentos que utilizam software é que muitas empresas obrigam a aquisição de máquinas específicas para rodar o *software* por ela desenvolvido para o processo dos dados. Por exemplo, a empresa certifica o equipamento no FDA com uma determinada marca e modelo de computadores e o comprador é obrigado a adquirir as mesmas máquinas, mesmo tendo outras que façam a mesma função. Uma vez que máquinas mais caras foram utilizadas para a homologação, somente estas devem ser compradas independente de opções melhores e as vezes muito mais baratas. A empresa não oferece opção para rodar em outras máquinas. E arquivos gerados nem sempre são lidos por outros modelos.

No processo de elaboração do edital de um equipamento que envolve *software*, é necessário que os membros do grupo realmente entendam do *software* que vai ser adquirido. É necessária a definição detalhada do que é esperado do *software* ou *firmware*. Definir compatibilidades para os arquivos a serem gerados, ou seja, qual deverá ser a extensão do arquivo gerado e quais outras máquinas devem ler esse arquivo. Definir o tipo de informação a ser fornecida, vale dizer, especificar qual deverá ser o conteúdo dos manuais. Não adianta entregar um livreto dizendo que é o manual de serviço. Um manual de serviço deve conter informações necessárias para a manutenção do equipamento, para conhecer e entender o funcionamento de partes do equipamento, inclusive para calibrar esse equipamento. Muitas empresas não fornecem essas informações alegando ser um problema de sigilo. Nem sempre isso é verdade, pois algumas empresas negam informações alegando segredo industrial mas o fato real é o desejo de manter o monopólio de manutenção. É uma discussão grande. Assim, é importante definir o conteúdo do manual – inclusive os algoritmos utilizados –, as limitações existentes no software e os erros que podem ser gerados. Deve ser solicitado o prazo de garantia e direito de atualização do software durante esse prazo. Em alguns casos, após dois ou três meses da aquisição de um equipamento a empresa faz uma atualização de software e cobra por essa atualização em seu equipamento. Assim, deve ser colocado no edital algo que assegure o direito à atualização da tecnologia durante determinado período de tempo.

Como conselho final, fica a necessidade de responsabilizar a contratada por vícios de *software* ou *firmware*. É importante que no contrato ou no edital, a empresa seja responsável, por escrito, por esse tipo de ocorrência,.

Permitir acesso ao *software* com a finalidade de auxílio à manutenção e calibração. Muitas empresas não fornecem *software* de manutenção. Não querem fornecer alegando que o cliente não tem treinamento. Então, é necessário exigir esse treinamento. Isso pode auxiliar na redução do custo do contrato de manutenção, mesmo que o comprador não a execute diretamente. Seu funcionário treinado, utiliza o *software* de manutenção para identificar o local e tipo de falha antes de chamar a empresa de manutenção. Isso facilita a troca de peças e o tempo da manutenção terceirizada.

Informar formato e compatibilidade do *software* ou do *hardware*. Solicitar treinamento técnico operacional com especificação do conteúdo do treinamento. Especificar detalhadamente os equipamentos a serem acoplados. Detalhes como resolução, tipo de controle, definição de monitores, scanners e impressoras, com quem o *software* deve conversar, especificar com quem ele é compatível.

Finalmente, como recomendações adicionais para qualquer processo de incorporação: tenha sempre múltiplos fornecedores, quando possível. Esse é o melhor procedimento em um processo de incorporação. Se tiver um só, a situação fica muito complicada. Nunca deixe o proponente saber da sua preferência por um determinado equipamento pois isso diminui o seu poder de barganha.

Esteja preparado para selecionar outra proposta caso não haja negociação com o proponente primeiro colocado e caso não seja uma licitação pública, mas faça com que ele saiba o porque da escolha de outra empresa.

Faça uma simulação de análise de custo de ciclo de vida para todas as situações possíveis, incluindo todas as máquinas. Verifique por exemplo, quanto custa o material de consumo de cada máquina com seus acessórios. Nessa simulação deverá ser possível desenhar a curva de custo de insumos durante os anos previstos para utilização do equipamento.

Sempre pergunte aos colegas sobre experiências que já tiveram com o mesmo equipamento ou similares. Elabore um contrato de compra aonde o vendedor tenha que assinar antes de consolidar a aquisição. Essa assinatura provoca a responsabilização do fornecedor, que deverá verificar o local onde foi instalado o equipamento e analisar se ele oferece todas as condições para sua operação. De fato, essa assinatura faz com que compartilhemos a responsabilidade com o fornecedor se algo não funcionar devido a falhas posteriores provocadas pelo ambiente de instalação.

A forma de pensar de um profissional é individual. O que um escolhe como sendo uma decisão certa pode não ter sentido para outro. Uma boa decisão é aquela que provoca satisfação na maioria das pessoas com poder de decisão. É aquela que gera menor discordância sobre o procedimento a ser adotado. Quer dizer, nem sempre a tecnologia que você acha que é a certa é a que as outras pessoas acham. Então é importante que seja discutido antes, e aquela que causa menor constrangimento ao grupo é a melhor tecnologia, a tecnologia boa a ser aproveitada. Assim, nunca se deve pensar que se está completamente correto sobre algo, principalmente em um processo de decisão como o de incorporação de tecnologia.

Incorporação de Tecnologia em Saúde

José Marcelo Amatuzzi de Oliveira

Como se pode imaginar, a tecnologia tem um papel de importância vital em toda a cadeia do segmento de Saúde, desde a etapa preventiva até a terapêutica. Ao longo dos seus mais de oitenta anos de existência, o *Fleury Medicina e Saúde* acompanhou de perto a evolução da presença – e porque não dizer a introdução – de muitos dos recursos hoje disponíveis. Sempre atenta aos benefícios que podem ser colocados à disposição dos clientes, a empresa tem realizado intensos investimentos em equipamentos que contemplam a precisão e o conforto nos seus vários segmentos de atuação: medicina diagnóstica, hospital-dia (cirurgias de baixa e média complexidade) e gestão de Saúde.

Especificamente em *Fleury Medicina Diagnóstica*, por exemplo, equipamentos de alto valor agregado foram recentemente incorporados para a realização de exames de tomografia computadorizada de 64 canais, ressonância magnética de 1,5 T e mamografia digital, investimentos que demandaram um profundo estudo de viabilização.

Para tanto, em casos como esses, se faz obrigatória uma análise estruturada de cada projeto de incorporação das tecnologias envolvidas, uma vez que os recursos são limitados e as escolhas são inevitáveis. Cada projeto aprovado é cuidadosamente acompanhado durante um período de seis a meses a um ano, para identificar as oportunidades de ajustes, que são extremamente úteis como aprendizado no processo de análise e decisão.

A nossa experiência indica que a análise do projeto deve ser ampla, expandindo ao máximo a cadeia de valor em que se insere, não se restringindo apenas ao processo de compra de um equipamento. Os fornecedores de equipamentos, por exemplo, devem ser considerados parceiros estratégicos na decisão de buscar soluções de melhoria da oferta de serviços.

Quando a análise é realizada de modo amplo, é possível identificar todos os influenciadores do processo de decisão, principalmente a equipe que

médico, com residência, mestrado e doutorado em Diagnóstico por Imagem pela UNIFESP; possui MBA Executivo pela FIA - USP; é diretor do Centro Diagnóstico do Fleury Medicina e Saúde.

irá desenvolver a aplicação da tecnologia da empresa: médicos e assistentes. Esses colaboradores devem participar da definição da configuração do equipamento, auxiliando a parametrização do estudo de viabilidade e do modelo operacional de entrega de valor ao cliente.

Um dos diferenciais do *Fleury* para responder a esse desafio é a equipe de médicos altamente diferenciada e composta por mais de 300 especialistas, dos quais 71 mestres, 107 doutores, 39 pós-doutores, e 13 livre-docentes. Essas pessoas, em virtude desse perfil, estão treinadas para elaborar análises estruturadas de informações e reúnem todos os requisitos para participar do núcleo de decisão, facilitando a implementação da operação de qualquer novo equipamento. Além deles, compõem também o núcleo decisório profissionais de outras áreas – Enfermagem, Engenharia Clínica, assistentes e administradores. Como não poderia deixar de ser, são ainda parte fundamental nesse processo diversas fontes de informação como publicações científicas e discussões de projetos com clientes médicos.

Vale destacar, no entanto, que, no *Fleury*, o ponto de partida para analisar um projeto deve ser, sempre, o seu alinhamento com o planejamento estratégico, contemplando harmonicamente o plano de negócios e o atendimento das necessidades dos clientes. Outros parâmetros considerados são as tendências de mercado, a aprovação pelas agências reguladoras – como a ANVISA – e a aceitação dos pagadores para o credenciamento da nova tecnologia. Por fim, um estudo de viabilidade financeira é elaborado em conjunto com a controladoria, que observa a movimentação da concorrência para dimensionar adequadamente a velocidade do retorno do investimento realizado.

Para ilustrar, destaco aqui os diversos projetos analisados e escolhidos para investimento em 2006:

I – Tomografia Computadorizada de 64 fileiras de detectores – O principal interesse do Fleury nesta tecnologia era a realização de angiotomografia de coronárias. A empresa já contava com uma linha completa de métodos diagnóstico em cardiologia não-invasiva: ECG, *Holter*, medida ambulatorial de pressão arterial, ecocardiograma, cintilografia miocárdica, ressonância magnética cardíaca e teste ergométrico. Até mesmo a angiotomografia já era realizada, porém, com algumas limitações tecnológicas. Por isso, os especialistas que acompanhavam o desenvolvimento da tecnologia indicaram o momento em que a solução estava madura, obtendo a resolução adequada para a garantir a confiabilidade diagnóstica já embasada cientificamente. A equipe acompanhou por mais de dois anos as publicações científicas para identificar o momento ideal para dar o salto tecnológico que geraria os resultados de imagem desejados. Inovação metodológica e tecnológica são práticas importantes em nossos serviços, mas ao optarmos por novas tecnologias, é preciso gerenciar os componentes adicionais que elas trazem: contornar os problemas durante a curva de aprendizado do fornecedor e dos usuários, avaliar criteriosamente seus custos, e o melhor momento para sua aquisição.

II - Mamografia Digital – Este é um investimento relativamente alto, principalmente considerando que o mercado remunera o procedimento sem diferenciação entre a tecnologia analógica e digital. O *Fleury* conta com uma equipe médica diferenciada em diagnóstico por imagem em mastologia. Além disso, a mamografia é um procedimento diagnóstico extremamente importante para um dos principais grupos de clientes de qualquer instituição de saúde, o feminino. Dessa forma, se as pessoas seguirem os *guidelines*, farão uma mamografia entre um a dois anos, a partir dos quarenta anos de idade. Avaliamos também que, dependendo do perfil de risco da paciente, ela inicie o *screening* aos 35 anos de idade. Complementando a análise, identificamos que já dominávamos o fluxo de trabalho com imagens em arquivos digitais pela radiologia digital (CR) e estávamos com o sistema de transmissão e arquivamento de imagens operando há alguns anos para exames de tomografia e ressonância. Além disso, tínhamos um portfólio completo de métodos diagnósticos – ultra-som, mamografia, ressonância magnética – com protocolos específicos para mama, punções e biópsias dirigidas por imagem e mamotomia. Finalmente, consideramos que os nossos clientes já buscavam no Fleury esse serviço, o que nos incentivou a realizar o investimento, apesar do retorno financeiro pouco atrativo.

III - Ressonância magnética – O Fleury já tinha um parque com três equipamentos de ressonância magnética de 1,5 T quando surgiu a necessidade de analisar a aquisição de um quarto equipamento para instalação no mesmo edifício em que seria inaugurado o Fleury Hospital-Dia, uma unidade dedicada a cirurgias de baixa e média complexidade. Na análise desse projeto, consideramos que já tínhamos uma grande participação na medicina diagnóstica ambulatorial na área de ressonância, um exame que tem uma tendência de crescimento na sua utilização pela ampliação das indicações decorrentes dos avanços tecnológicos. Como o parque de equipamentos já estava completo, a configuração dessa nova máquina privilegiou o conforto para o cliente durante a realização do exame. Com isso, reforçamos o conceito de atendimento diferenciado para o cliente.

Esses três exemplos demonstram que seguimos uma estrutura padronizada de análise de projetos, porém a decisão não é tomada considerando-se apenas os aspectos financeiros do investimento. Haverá variações específicas de cada projeto. A análise qualitativa é fundamental e auxilia inclusive na elaboração do modelo operacional que resultará no melhor retorno para o cliente e para a empresa.