www.gvsaude.org

# Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP - Segundo Semestre de 2007 - Número 4

# Mudanças nas Organizações de Saúde

Álvaro Escrivão Junior
Ana Maria Malik
Cícero Sinisgalli
Luiz Tadeu Arraes Lopes
Marcelo Marques Moreira Filho
Márcio Vinícius Balzan
Míriam Branco da Cunha
Paulo Sérgio Barros Barbanti
Renilson Rehem
Ricardo de Oliveira Bessa

FGV

# Ponto de Vista

Ana Maria Malik

Chegamos ao Quarto Volume, já são dois anos completos de *Debates* mensais. Neste número tivemos, oficialmente, menos artigos, porque consideramos que um dos *Debates* tenha sido durante o *QualiHosp* ao qual, aliás, nossos assistentes acorreram com entusiasmo. Sugerimos desde já o acesso ao sítio *www.qualihosp.com.br* para saber tudo o que ocorreu em abril.

Neste quarto semestre, tivemos a oportunidade de discutir inovações na gestão da Saúde. O tema é extremamente interessante porque as organizações do setor são consideradas conservadoras, pelo menos na área de gestão (uma vez que na atividade assistencial a incorporação de equipamentos e técnicas é uma característica da área, à qual é atribuído constante aumento de gastos).

O primeiro assunto foram as inovações no financiamento. A freqüência a este primeiro debate mostrou que tínhamos acertado no temário e na escolha das organizações representadas. Tivemos o CEO do *DASA Diagnósticos da América* com seu *IPO* e o Presidente do *Hospital Nossa Senhora de Lourdes* com seu *equity fund*, fundo imobiliário, que muita gente do setor quer conhecer melhor. A quantidade de aberturas de capital na área da Saúde mostra que o assunto realmente é contemporâneo e a sinceridade dos palestrantes apresentações e nas respostas às questões levantadas foi louvável.

Abril foi o mês do *QualiHosp*, no qual consideramos uma grande inovação a abertura do diálogo... entre operadoras, estas e reguladores, estes e as empresas e ainda com os prestadores, o que não caberia numa noite mas está inteiro no endereço eletrônico sugerido.

Tivemos também uma noite sobre Recursos Humanos, na qual tivemos a discussão sobre alternativas na remuneração em organizações de Saúde. Fizeram apresentações o Presidente da *UNIMED* de Franca, que tem sido considerada pioneira na implantação de mecanismos de P4P – *pay for performance*, ou pagamento por desempenho – no Brasil e a Diretora do *Hospital Israelita Albert Einstein*, apresentando a sua política que certamente é inovadora em nosso meio. Mais uma vez a presença maciça, os elogios e as perguntas foram um indicador do sucesso do assunto.

E não seria adequado terminar um semestre com este tipo de temática sem colocar, não em confronto mas à disposição de nossa platéia e de nossos leitores algumas inovações pensadas para a gestão da assistência, tanto no setor público quanto no setor privado. Por exemplo, o presidente do *Grupo Notre Dame Intermédica*, que fez uma apresentação polêmica, não hesitou em dizer que pra muitas de suas iniciativas inspirou-se em programas do setor público. Além disso, mencionou considerar inadequado o termo gestão de doenças – *disease management* – correntemente empregado. Para ele, a expressão mais adequada deveria ser gestão de Saúde... Por outro lado, o nosso Secretário Adjunto da Saúde, que tem fama de criativo e inovador, colocou que uma das maiores inovações recentes do SUS é dar resultados, o que demonstra uma preocupação com a efetividade do sistema, tendo em vista os seus gastos.

Os professores do *GVsaúde* que coordenaram os debates conseguiram, como sempre, colocar as questões pertinentes e estimular as perguntas da platéia, o que demonstra que estamos de fato, de forma institucional, cumprindo nosso dever, de levar informações e promover a discussão sobre questões relevantes da Gestão em Saúde. Esperamos mais estímulos por parte do ambiente da Saúde, da nossa colaborativa platéia e de quem lê essa publicação.

Continuamos à espera de colaborações, sugestões e debates.

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.

# A Saúde como produto de investimento

Luiz Tadeu Arraes Lopes

Um assunto atual e que tem sido bastante discutido no grupo de estudos do GVsaúde é a impressão – cada vez mais presente – segundo a qual a área de Saúde tem sido vista com freqüência como uma área de investimentos, voltada para os resultados aos seus investidores. É uma forma de captação recente e nova para o País. O Governo tem recuado muito na área de Saúde Pública, dando margem a que outros atores ocupem esse lugar e sua opção não foi pelo melhor modelo de Saúde privada, o modelo norte-americano. Este é fortemente focado em resultados financeiros e nos interesses dos acionistas e dos investidores. É um modelo que tem chegado gradativamente no Brasil; e não é uma coisa de dois ou três anos para cá, isso acontece já há algum tempo.

Não sei se este é o melhor modelo para o País, mas, para a base privada, de fato, é. Trata-se de um modelo muito recente, com indicações próprias para o mercado. É interessante que se fale em estratégia competitiva, uma vez que uma parte do mercado adota uma linha mais avançada de mecanismos de financiamento ou estratégias competitivas próprias e todo o cenário do setor passa a querer se voltar para essa mesma vantagem competitiva, de forma que tanto a Diagnósticos da América S/A – DASA – acabará tendo outros modelos, talvez até de outros concorrentes sendo lançados em Bolsa ou algo assim. Desse modo, haverá outros fundos, como o Nossa Senhora de Lourdes e o setor tenta, magneticamente, ser atraído por esses tipos de ferramenta.

Notamos o surgimento de uma nova figura, tanto no Nossa Senhora de Lourdes quanto na DASA, que é a do investidor. Este compara a sua opção com outros investimentos, seja pelas cotas do Nossa Senhora de Lourdes, por exemplo, ou pelas ações da DASA. A princípio o *benchmarking* é a taxa SELIC, 13%, descontado o imposto fica por volta de oito por cento ao ano.

A mensagem maior para a área da Saúde é de se colocar num mercado, muito resistente até hoje, como uma proposta de investimento. Ocorre que, além da concorrência de outros hospitais, outros complexos, ou de outros laboratórios, ambos têm outros investimentos como concorrente também. Por exemplo, o Nossa Senhora de Lourdes pode ter como concorrente o fundo de um *shopping center*, como o Pátio Higienópolis. Como investimento, este é, sim, um concorrente na atualidade. Assim como a DASA, tem, em certo sentido, as ações da Vale do Rio Doce como concorrente.

É esta nova versão de mercado que pretendo registrar aqui. Pois, a convicção do hospital ou o laboratório também cedeu a uma nova opção como um produto de investimento. Não se pode perder a consciência desta realidade, sob pena do investimento ser abandonado.

Professor da FGV-EAESP e
pesquisador do GVsaúde

# A opção pelo Fundo Imobiliário

Cícero Sinisgalli

O Hospital Nossa Senhora de Lourdes foi fundado em 1958 – comemora o cinqüentenário no ano que vem – por mim e por um colega, Dr. Octávio D Andrea. É uma S/A – desde o início –, um hospital privado com fins lucrativos. Isto entre aspas pois, como se sabe, em Saúde a finalidade lucrativa é um conceito muito relativo. Importante ressaltar que o Hospital é uma obra inacabada. Desse modo, está sempre precisando de investimentos, com necessidade de crescer. Conheceremos aqui um pouco da evolução do Hospital para, na seqüência, enfocarmos as razões da decisão de caminhar para o Fundo Imobiliário.

O Hospital vem criando, a partir de 1980, uma série de sociedades coligadas: Saúde Medicol; Lithocenter; Angiodinâmica; Hospclean; Centro de Medicina Integrada; Centro de Diagnóstico; Maternidade e Hospital da Criança; Interlar – *Home Care*; e Núcleo de Desenvolvimento Profissional, organizados como Sociedades Anônimas independentes.

Por quais razões optou-se pela criação de Sociedades Anônimas Independentes e todas tipo Sociedade Anônima? A primeira resposta é que, há muitos anos, ao assistir a uma palestra de Peter Drucker, ouvi o seguinte: *Em vez de você ter uma grande empresa, procure ter muitas pequenas, porque se uma pequena não funcionar direito, você fecha; com uma grande, ao contrário, você vai para a falência com tudo.* E, desde então, a opção preferencial recaiu sobre o modelo de empresas independentes. A escolha por Sociedades Anônimas apóia-se no fato de que estas proporcionam uma decisão mais fácil pelo controle acionário. As datas das fundações de cada uma, são: Saúde Medicol - Planos de Saúde, 1980; Lithocenter - Lithotripisia Extracorpórea, 1991; Angiodinâmica –

Presidente do Hospital Nossa Senhora de Lourdes

Cineangiocoronariografia, 1992; Hospclean - Lavanderia Hospitalar, 1993; Centro de Medicina Integrada - Ambulatório Médico, 1994; Centro Diagnóstico NSL, 1997. Maternidade e Hospital da Criança, 1998; Interlar – *Home Care*, 1999; e NSL - Núcleo de Desenvolvimento Profissional, 2000.

Por que criamos as Sociedades Independentes? Primeiro, por necessidade de capital e, em segundo, de trabalho. Como não dispúnhamos de capital próprio para crescer, procuramos integrar o Corpo Médico e o pessoal ligado ao hospital para chamar o capital. Assim, se fossemos fundar uma sociedade de Tomografia, por exemplo, chamaríamos os radiologistas, cirurgiões, anestesistas e outros para tornarem-se sócios, trazendo capital.

O Hospital é um completo centro de referência hospitalar, com atendimento regional e referenciado, corpo clínico aberto e de excelente qualificação. Procura sempre a tecnologia de ponta, tem essa experiência e tradição nos serviços há quase cinqüenta anos. É um hospital geral privado e com fins lucrativos, que atende a particulares e convênios, em todas as especialidades médicas. Possui certificação plena da ONA, é associado à ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Recebeu o prêmio *Top Social* da *ADVB*, em 2000, o prêmio *Top RH ADBV*, de 2001, foi um dos grandes hospitais do ano pelo *Top Hospitalar*, em 2006 e um dos três projetos de responsabilidade social no *Top Hospitalar*, de 2006.

Como unidade de atendimento, o hospital tem tudo, mas, basicamente, apresenta Pronto-socorro e Pronto-atendimento, faz internações clínicas, internações cirúrgicas, tem Unidades de Terapias Intensivas de adulto e infantil, Centros Cirúrgicos para pacientes ambulatoriais, internados, serviços auxiliares diagnósticos e tratamento da melhor qualidade e o mais completo possível. Possui como serviços de destaque: clínicas e especialidades, mais cirurgia geral, bariátrica, neurológica, videolaparoscópica, Centro de Urologia, Centro de Cardiologia, Clínica Geral, Clínica Ortopédica, Clínica Oncológica, transplantes, cirurgia de córnea e várias especialidades em angiologia, litotripsia etc.

O Hospital já fez uma porção de coisas e ainda planeja uma grande expansão. Objetivamos uma ampliação, que está sendo realizada agora, no prédio central do hospital, que tem 11 mil metros quadrados e queremos passar para 23 mil. O Hospital da Criança, que é uma unidade nossa, independente – é um Hospital de excelente qualidade –, passará de seis mil metros atuais, para nove mil. O Centro Diagnóstico, que apresenta três mil metros, receberá ampliação de mais quatro mil metros. Pretendemos expandir o CMI, um prédio de ambulatórios, em três mil metros. O total do grupo, que hoje tem 23 mil e 800 metros quadrados de construção, deverá atingir 45 mil e 800. Há algum tempo, em viagem para Cleveland, fui recepcionado pelo *chairman*, Dr. Estefânio e perguntei a ele: se morasse em um país pobre como o Brasil e representasse um hospital privado, com recursos limitados, o que faria com o pouco dinheiro de que dispusesse. A resposta foi que a primeira coisa a fazer é comprar terrenos, pois estes acabam; já a construção pode ser feita aos poucos. Ao retornar, comprei o máximo de terrenos possível à época, principalmente nas vizinhanças. Hoje temos mais ou menos 26 mil metros quadrados de terreno nas redondezas, que permitem expansões futuras.

Daí, a evolução do nosso faturamento em dólares. Assim, começamos em 1990 com US$ 10 milhões e, em 2006, o grupo conseguiu faturar quase US$ 90 milhões. Na composição de nossa receita, 42% são do hospital, 24% da Saúde Medicol, 16% do Hospital da Criança e assim sucessivamente. Pretendemos chegar ao ano de 2010 com o faturamento de US$ 369 milhões e a nossa EBITDA tem melhorado ano a ano: pretendemos chegar nessa época com 19,7 por cento.

Os Fundos Imobiliários são formados por grupos de investidores, com o objetivo de aplicar recursos, solidariamente, no desenvolvimento de empreendimentos imobiliários ou em imóveis prontos. Do patrimônio de um fundo podem participar um ou mais imóveis, parte de imóveis, direitos a eles relativos etc. Uma das várias formas de remuneração é por meio de taxa de locação mensal.

O fundo é composto da seguinte forma: o hospital transfere seu imóvel a um Fundo de Investimento, constituído com a finalidade de aplicar recursos de empreendimentos imobiliários. Denomina-se *Fundo de Investimento Imobiliário Nossa Senhora de Lourdes*. O fundo coloca as cotas à venda no mercado e, pela primeira vez, foi colocado pela Bolsa de Valores, após aprovação da CVM e com esse recurso que ele capta, paga o Hospital. Uma vez transferido o imóvel, elabora-se um contrato de locação entre a empresa Hospital e o Fundo, por um tempo determinado. Em nosso caso, vinte anos, renovável por mais vinte. O valor da locação é estabelecido no ato da constituição do Fundo; no caso do Hospital, foi estabelecido 1,3 por cento ao mês sobre o valor que recebemos. O valor original do Fundo, no nosso caso, foi 88 milhões, dividido em três *tranches*, sendo duas de 30 milhões e a última de 28 milhões. A terceira *tranches* de 28 milhões será comercializada após a conclusão das obras de ampliação, que eu contei que estão em andamento.

A grande preocupação do Banco é saber se conseguiremos pagar o aluguel que está sendo estabelecido, porque a grande preocupação é saber se nós vamos conseguir remunerar o investidor. Uma vez feita a avaliação – baseada em dados de Evolução de Faturamento, Evolução do grupo etc. – o Imóvel é transferido para o Fundo. Este vende essas cotas por intermédio, agora, da Bolsa de Valores e essa foi a primeira vez que foi vendido pela Bolsa de Valores, até então era particular. As pessoas compram as cotas, esse dinheiro entra para o Fundo, o fundo nos paga e, a partir desse momento, o imóvel não é mais nosso. Agora, passo a locar esse imóvel e é feito um contrato, normalmente, por vinte anos e renovável por mais vinte.

Por que resolvemos fazer o Fundo, nessa ocasião? Primeiro, porque os juros são muito altos. Por mais que esperemos uma queda dos juros, fizemos muitos cálculos e achamos que dificilmente será possível captar recursos a esse valor de 1,3% ao mês. Sendo que, como ainda tivemos a vantagem de na segunda cota de 30 milhões, conseguirmos um ágio de 18% sobre o valor original. Assim, nosso custo médio vai ser de 1,2%, em vez de 1,3. Segundo, porque a taxa Selic estava em queda. Desse modo, era mais fácil aos investidores se interessarem pelo Fundo, porque receber 1,2 ou 1,3 de aluguel é muito melhor do que aplicar. Todas as aplicações existentes na praça dão, no máximo, 0,9 %. A escolha pelos fundos repousa no fato de que as taxas são menores do que o mercado, o nível de exigência é menor. Para vender ações na Bolsa é muito mais complicado. A captação de recursos foi extremamente rápida, foi muito bom e captação de recursos sem perda de controle acionário – isso também foi muito preocupante, porque se eu tivesse colocado as ações na Bolsa, como é uma Sociedade Anônima privada e que nós temos o controle acionário, provavelmente perderíamos o controle acionário. Não pretendemos perder o controle acionário, porque é uma empresa familiar e queremos que o controle continue conosco.

O Fundo Imobiliário também é uma vantagem muito grande para o investidor. Primeiro, porque tem uma rentabilidade atrativa, saiu na MP *do bem* que investidor de T.I pessoa física não paga imposto de renda. O aluguel é líquido, a pessoa não paga Imposto de Renda quando for pessoa física; a pessoa jurídica paga imposto de renda. O investimento e manutenção do prédio não existem. Essa é a grande diferença entre alugar uma casa: no momento em que se aluga a casa, primeiro o valor do aluguel é muito menor do que um investimento do Fundo; segundo, que o inquilino pode sair e surge a preocupação de locar novamente; terceiro, o problema da manutenção do imóvel. Aqui, tudo isso é problema do locatário e não do locador. Desse modo,

não há o problema de preocupar-se com a manutenção do prédio. E a pessoa tem a garantia total porque o imóvel é dele. Investiu no imóvel, o imóvel é dele. A única coisa que não posso fazer é deixar de pagar o aluguel, porque se um dia isso acontecer, o contrato se rompe e sou despejado. Posso perder a chance de continuar o negócio do Hospital. Para o investidor, a garantia da locação é total, porque ele está garantido pelo imóvel. E, por último, ele tem uma locação garantida por quarenta anos. Ou seja, ele tem realmente um investimento garantido, de longo prazo.

No ambiente interno do Hospital, qual foi a vantagem do Fundo? As despesas financeiras estavam muito altas, em função de todo esse investimento e tínhamos uma dívida bancária alta e, com isso, eliminamos totalmente o endividamento do Hospital. Como o resultado operacional do Hospital é de 15% e o resultado líquido, antes do Fundo, era de apenas 2%. Gastava uma quantia enorme de recursos financeiros que, agora, terminou. Havia o problema de demanda reprimida: o Hospital está lotado, tirando os meses em que há a queda: no fim de ano o Hospital anda superlotado, freqüentemente negando vagas, porque não tem onde internar e era necessária uma nova expansão. E, para fazer expansão, eu precisaria buscar mais dinheiro – buscar dinheiro em banco pioraria o problema. Necessidade de crescimento e novas tecnologias: estamos querendo e vamos instalar agora o serviço de Radioterapia, expandir o serviço de Quimioterapia, uma série de coisas, estamos precisando comprar novas máquinas além das que já temos, mas precisamos agora comprar máquinas novas e tudo isso é um investimento muito grande e nos obrigaria a buscar dinheiro em algum lugar.

A necessidade de expansão da área física, de melhorar a percepção, colaboradores e médicos. Os médicos, cada dia mais querem uma hotelaria de melhor qualidade, nós estamos em uma cidade ótima que se chama São Paulo, onde os Hospitais estão cada vez melhores e, se não nos atualizarmos, ficaremos fora da rede. Melhoramos muito a parte de fornecedores e agora temos capital para pagá-los, então capital na mão facilita muito os descontos. Apresentamos melhorias para os acionistas e também para os clientes do Hospital.

O Fundo tem duas partes: a estruturação e a venda. Na estruturação, primeiro se faz a avaliação econômica, dos contratos, elaboração do material de computação e aí vem a parte muito complexa que é a parte de aprovação pela CVM. Esta faz um trabalho muito importante para poder aprovar. Levou vários meses com exigências que precisamos cumprir. Estimava-se que o prazo disso levasse 60 dias, realmente, levou 120 dias. Para a segunda fase, de vendas, que seria feita pela Bolsa de Valores, precisamos fazer a primeira fase que foi chamar os corretores que queriam vender. Na primeira fase, inscreveram-se 33 corretores para vender e, na segunda fase, 23 corretores. A expectativa era de que a venda fosse feita em uma média de trinta dias. A primeira *tranche* foi vendida em 25 horas. Foi um susto, não imaginava que venderia com tanta rapidez; e a segunda *tranche*, que também lançamos em janeiro – é um mês péssimo para venda, porque em janeiro o pessoal está viajando – conseguimos vender tudo em 15 dias. Foi uma venda absolutamente rápida.

Conseqüências: a eliminação da dívida bancária, ocasionando a redução das despesas financeiras. Estamos pagando 1,2%, os Bancos fazem em média 2,5%, vamos ter uma economia direta com o Projeto Fundo de 3,9 milhões por ano. É uma economia bastante interessante. Temos agora uma injeção de 65 milhões em recursos para eliminação de endividamento bancário e construção do imóvel do Hospital com aporte de mais 28 000 metros. O Fundo foi feito com total de 78 milhões em três *tranches*. A primeira, vendemos 30 milhões, em outubro; a segunda *tranche*, mais 30 milhões, em janeiro, sendo que, sobre essa segunda, houve um ágio de 18%. Estamos sabendo que quem comprou, com esse ágio de 18%, já está negociando à base de 25 a 28% também. Está havendo muita procura das cotas. E a terceira fase é o seguinte: nessa ampliação estamos construindo sobre o terreno que é já do Fundo. Então, há um acordo de que essa construção será reembolsada no valor de 28 milhões, que seria a terceira *tranche*. Pretendemos não só acabar totalmente a construção como também agora ter recursos para a expansão necessária de tecnologia etc.

Para as partes interessadas, ficou claro que os colaboradores e funcionários ficaram com a percepção positiva de que o grupo está entrando em uma nova fase do crescimento, com reais chances de desenvolvimento para todos. Isso traz um ânimo muito grande para os colaboradores. Para os fornecedores, uma melhora na capacidade de negociação do Hospital, em função da duplicação das instalações e conseqüente aumento de volume. Mas, os bancos agora é que nos perseguem, não precisamos mais ir atrás deles. Agora estão oferecendo dinheiro mais barato, facilitando muito nossa vida, só que agora não precisamos disso e eles é que estão querendo. Para os médicos foi muito bom, porque todos ficaram muito animados com essa nova fase do Hospital e com essa nova expansão. A nossa nova hotelaria será muito boa. Os investidores estão muito alegres, muito satisfeitos porque realmente eles estão recebendo direitinho. A gente paga no dia 20 aproximadamente e é creditado na conta dos investidores no dia 5 de cada mês – creditado pelo Banco Itaú – então, é uma garantia de que eles recebem na data.

Estamos vendendo parte do nosso imobilizado e trocando por locação. Isso é uma discussão longa em nosso Conselho Diretor, porque a tendência é não vendê-lo imobilizado. Há quem diga: *Mas o imobilizado é a parte importante.* Mas, depois que eu conversei com alguns diretores de banco, inclusive com o vice-presidente do Bradesco, ele me mostrou que até o Bradesco está vendendo os imóveis. Conversei com o diretor da *Siemens*, que me explicou que a empresa vendeu praticamente todos os imóveis, até lá na sede central: *Porque o negócio da gente é o negócio e não o imóvel. O que nos interessa é a nossa empresa, o nosso trabalho, e evitar carregar o peso do imóvel.* Isso foi muito discutido e decidimos que era necessário tirar o peso do imóvel e investir realmente no nosso negócio. Temos de tomar cuidado no momento em que se faz o Fundo Imobiliário. Nosso imóvel está registrado na contabilidade pelo valor histórico. E aí se faz Fundo Imobiliário pelo valor de 60 milhões. Existe aí um imposto de Renda. Ele vai subtrair uma boa parte do capital, se não tiver houver como justificar essa diferença. Em nosso caso, tivemos como justificar e, felizmente, nos livramos desse problema.

A avaliação econômica é baseada em metodologia do fluxo de caixa descontado. É necessário ter consciência de que se está fazendo um negócio e de que devemos cumprir a nossa parte. Se vou assumir um aluguel de 1,2 e, depois, se não puder pagar o aluguel, perderei a locação. É preciso muito cuidado para saber se realmente existe a capacidade de pagar o aluguel. Usar o recurso que é necessário para a sua necessidade de caixa, para a sua expansão e não pensar em pegar recurso para outras finalidades, porque daí então vai ter problema para a empresa. E, por último, o índice: estar sempre alerta. O índice de aluguel é reajustado pelo IGP-M. É preciso estar alerta para saber que não vai haver um custo fixo, mas variado. O IGP-M no último foi pouco, então, não chega a ser problema. Mas, quando fizemos o primeiro Fundo Imobiliário e fizemos o Hospital da Criança, em 1998, tivemos um ano com IGPM de cerca de 20%, ocasionou um problema sério no aluguel, pois o nosso a receber não acompanhou o aluguel. Ainda bem que se pode, eventualmente, usar um recurso legal – que não usamos e nem queremos usar: a lei permite que, a cada três anos, você entre em juízo para rediscutir o aluguel. Mas, isso nós não pretendemos fazer, não é a nossa idéia. Agora, atualmente a inflação está controlada, então a gente pode ficar mais ou menos tranqüilo. Isso eu gostaria de lembrar a todos que, se fizerem, saibam que há possibilidade de reajuste do aluguel, pelo IGP-M.

# A abertura de capital nas empresas de saúde

Marcelo Marques Moreira Filho

Presidente Executivo da Diagnósticos da América SA

A Diagnósticos da América Sociedade Anônima – DASA teve sua origem como laboratório de análises clínicas, ocupando apenas uma sala do décimo andar de um edifício da Rua Itapeva, bem próximo à FGV-EAESP, em 1964. Hoje, pouco mais de quarenta anos depois, é a maior empresa prestadora de serviços de Saúde do País.

Neste percurso, a empresa passou muitas diferentes etapas. Na atualidade, a Diagnósticos da América é uma empresa voltada para aquilo que chamamos de *Medicina Diagnóstica*. O que significa esta denominação? Basicamente, fazemos exames de Análises Clínicas e Exames de Imagem. Oferecemos todos os exames por meio da nossa rede, que hoje soma 250 unidades de atendimento. Destas, 27 são chamadas de *Mega Unidades*, pois contam com mais de 1 500 metros quadrados, com um movimento superior a 300 pacientes por dia e onde pretendemos oferecer um serviço completo de Medicina Diagnóstica. Assim, o paciente que tem o pedido médico para realizar exames contará com a possibilidade de fazer todos os exames em um só lugar, com conveniência e rapidez.

O propósito da organização está na raiz do que buscamos e, por sermos uma empresa de Saúde, temos uma grande preocupação com todas as certificações. Somos a única empresa de Saúde a possuir as certificações da ISO 9 000 e 14 000 e das OHSAS 18 000; também do *Inmetro* e do Colégio Americano de Patologistas. Contamos com quase sete mil funcionários e uma equipe médica de, praticamente, mil médicos que trabalham conosco diariamente, prestando serviços especialmente em relação aos exames de imagem, que são bastante intensivos.

De meados da década de 1960 até 1999 a organização viveu com um modelo societário muito comum, com uma sociedade de dois médicos, Dr. Caio Auriemo e Dr. Humberto Delboni – seus sócios fundadores –, que levaram a empresa de uma salinha comercial, até a um total 18 unidades de atendimento. Em 1999, Dr. Caio, que é uma pessoa visionária, olhando para o mercado percebeu que, apesar desse crescimento, isso ainda era muito pouco, diante das mudanças e transformações pelas quais o mercado estava passando. Estas tiveram um momento de consolidação que teve início nos Estados Unidos, um mercado mais maduro. A consolidação começou a acontecer justamente porque o nosso modelo de operação mudou radicalmente. Éramos uma empresa na qual fazer um exame era uma atividade manual – até mesmo artesanal – e ao longo das décadas, com tecnologia, robótica e automação, mudanças importantes acabaram por acontecer.

Então, a necessidade de financiamento mudou: uma empresa que era simplesmente artesanal, passou a uma que necessitava de capital. E, nesse momento em 1999, os sócios decidem abrir o capital da empresa e fundos de *private equity*, injetam recursos na companhia. E, a partir daquele momento, a estratégia foi acelerar esse crescimento e buscar a tão esperada consolidação do mercado brasileiro: ser um líder nesse processo. A consolidação é importante porque traz benefícios de escala, ganhos de sinergia bastante importantes na nossa operação. E assim foi, a partir de 1999, quando Delboni Auriemo, que não era o líder nem na cidade de São Paulo – era o segundo colocado – compra o terceiro, o Lavoisier e, a partir daí, surge a Diagnósticos da América.

A visão da época foi a de que a necessidade de expansão da empresa não seria atendida com o financiamento proveniente de apenas um punhado de sócios. Isso exigiria um volume de recursos muito maior. Assim, de 1999 até 2006, em verdade, até 2005. Por sermos uma empresa de capital aberto, devemos divulgar nossos resultados na quinta-feira. Na quarta-feira à noite, publicarmos no jornal da quinta-feira. Existem todos os compromissos de confidencialidade. Mas, a partir de 1999, a DASA passa a adicionar ao crescimento orgânico da nossa empresa a estratégia de aquisições. E, desde então, foram 14 as aquisições que fizemos. Entre 1999 e 2004, a nossa média de aquisições foi de uma por ano. O advento do IPO – *Initial Public Offering* – permitiu à nossa empresa acelerar esse processo. Com a abertura de capital, que é o IPO, abertura de capitais, foram levantados recursos que permitiram ainda mais uma aceleração do crescimento. Desde então, em 2005 foram feitas quatro aquisições e em 2006 outras quatro. Nossa proposta é continuar crescendo e consolidando mercado, porque acreditamos que aí existem vantagens óbvias.

O mérito de ser o líder no Brasil advém, em parte do mérito de copiar eventos bem sucedidos que aconteceram no Exterior. E o trabalho foi o de acompanhar e entender essa dinâmica de consolidação, que começou pelos Estados Unidos, onde, se observarmos toda região da América do Norte, praticamente Estados Unidos e Canadá, veremos lá duas grandes redes. Na atualidade, o *Quest* é a maior rede de laboratórios do mundo, tem um faturamento próximo de seis bilhões de dólares; depois você tem o *LabCorp*, com alguma coisa em torno de quatro bilhões de dólares. Mas, o dado mais importante aqui é que, na busca pelo terceiro colocado nesse *ranking*, o que se encontra são empresas que talvez sejam um vinte avos disso. Ou seja, a consolidação lá avançou muito rapidamente. O *Quest*, só para dar um exemplo, é fruto de mais de oitenta aquisições que foram feitas ao longo dos últimos vinte anos. No nosso caso, a consolidação traz o benefício óbvio mais escalas.

Nas outras partes do Mundo também existe esse fenômeno da consolidação. Na Europa essa consolidação é liderada por um laboratório chamado *Unilabs*. Lá existe um pouco mais de restrições, em função das barreiras governamentais – a Saúde lá é uma Saúde muito mais estatal do que privada. Há uma série de regulamentações restritivas mas, mesmo assim, o *Unilabs* é uma empresa que começou na Suíça, mas está presente na Itália, França, Inglaterra e em Portugal; e, recentemente, fez uma entrada também em Moscou. Está tentando também, da mesma forma, consolidar-se. O Japão também é um mercado consolidado e o sonho – porque acho interessante mencionar o sonho - de todos eles também consolidar o mercado. A Austrália começou o movimento internacional, já fez algumas aquisições nos Estados Unidos, mas além disso é uma empresa que tem o modelo também de negócio parecido com o nosso, ao combinar Análises Clínicas e Imagem.

Analisemos, agora, um pouco das características do mercado brasileiro. Aqui – e seria realmente chover no molhado – a principal característica do nosso mercado de Saúde é a carência. Carência de atendimento. Sob qualquer ponto de vista, existe uma demanda muito grande, uma falta de serviços e, daí, talvez, o por quê de uma necessidade. Vemos tantos Hospitais, Clínicas, Organizações de Saúde, buscando investir, talvez para tentar tirar um pouco desse tempo perdido. O Brasil é um país onde se vive uma situação anômala. Existem 40 milhões de brasileiros, ou quase, que têm acesso à Saúde, por terem voluntariamente escolhido pagar um plano de Saúde. Mas, há também 140 milhões de brasileiros para os quais é ficção acreditar que estão tendo algum tipo de Saúde na atualidade. Infelizmente, você depende única e exclusivamente do Governo, com poucas e raras exceções você não tem um nível de Saúde adequado. Mas, isso é uma situação que existe hoje no Brasil, não acredito que seja perene, acredito que, cada vez mais, a população se organiza e é possível notar alguns movimentos de preocupação, também dentro do Governo, de que é preciso mudar essa situação.

No que acreditar? Que essa situação de carência de atendimento vai continuar ainda pelos próximos anos, mas vai ser um importante *driver* de crescimento do setor, como um todo. Além disso, no desenho da estrutura de Saúde brasileira, existe uma preferência pelo atendimento fora dos Hospitais – isso é uma situação que a gente gosta de colocar, especialmente se comparado com a dos Estados Unidos. Nos Estados Unidos, os Hospitais se estruturam em redes ou cadeias de hospitais com várias unidades. Aqui no Brasil você tem uma situação realmente de uma Rede Hospitalar que não deve nada para nenhum país do Mundo, mas uma Rede Hospitalar que não se consolidou. Há muitos Hospitais fragmentados e não reunidos.

Além disso, Saúde como um todo é um fenômeno regional. Em qualquer lugar do mundo, nós conhecemos os médicos da nossa cidade, os laboratórios da cidade, as clínicas, o Hospital da cidade, mas, não conhecemos talvez quais são os principais laboratórios ou prestadores de serviço em outros locais. E, portanto, nesse cenário no qual existe uma questão ambulatorial muito forte, uma presença regional e os pacientes escolhendo seus prestadores, pelo menos olhando do ponto de vista do Privado, a marca torna-se uma coisa fundamental do nosso setor. E, finalmente – e aqui também não há como negar –, o nosso setor de Saúde Privada é extremamente segmentado e isso não é uma decisão de nenhum de nós, mas simplesmente é a forma com que hoje os planos de Saúde comercializam seus produtos. Hoje, é possível ir ao mercado e achar um plano de Saúde que pode custar talvez tão barato quanto R$ 60 por mês até planos de Saúde de R$ 3 000 para cima. E o que busca uma pessoa que escolhe um plano deste tipo? A livre escolha: ter acesso aos prestadores de primeira linha, que são mais conhecidos, e à medida que contrata planos mais baratos ou mais em conta, começa a ter algumas restrições de escolha, ou seja, a ter acesso a provedores talvez menos conhecidos.

Desse modo, diante desse cenário mundial de consolidação, de automação e robótica e, ao mesmo tempo, entendendo as características do mercado brasileiro, acabamos desenvolvendo um modelo de negócios que, muito simplesmente, chamamos de um modelo *multi-produto, multi-marca, multi-região* e *multi-pagador*. O *Multi-produto* é muito simples: vem de acordo com a demanda do paciente que busca conveniência, também ao médico, que cada vez mais – no menu de exames que solicita – está presente a imagem. Às vezes, temos a tendência de ignorar as forças históricas mas, se voltarmos nossa atenção para a Década de 1970 e perguntarmos quais eram os exames de imagem disponíveis para ajudar o médico no seu diagnóstico encontraremos somente os raios-x, porque o ultra-som é uma tecnologia da década de 1970 que começou a se difundir na Década de 1980. Se você estiver falando de ressonância, tomografia, são tecnologias da Década de 1980 que começaram a se difundir na década de 1990.

Estamos vivendo um fenômeno muito recente no mercado de diagnóstico – apesar de todos nós, como indivíduos, fazermos muito mais exames de Análises Clínicas em nossa vida – hoje 60% do mercado já é composto por diagnósticos de imagem e apenas 40% são de análises clínicas. É uma verdadeira revolução e o que a nossa empresa busca fazer é realmente atender a essa necessidade e estar preparado para prestar todos os serviços sob o mesmo teto. Além disso, temos como estratégia a *multi-marca*. Saúde é um serviço extremamente regionalizado. Se tomássemos a marca Delboni Auriemo, que é bem conhecida em São Paulo, e a levássemos para o Rio de Janeiro, que está a 35 minutos de vôo, simplesmente essa marca não significaria nada lá. A estratégia aqui é poder usar as marcas locais. Utilizamos a marca como uma âncora para a operação das nossas empresas em cada uma das cidades e, ao mesmo tempo, também para permitir que a operação seja segmentada. Na cidade de São Paulo, operamos com três marcas: o *Club DA*, para o público *Premium*, a marca Delboni Auriemo e a marca Lavoisier, cada um trabalhando com seu nicho de mercado, buscando atender todos os segmentos. Isto porque somos um negócio de escala, não somos um negócio, por exemplo: não somos uma joalheria que você vai em cada Aeroporto e encontra uma *HStern*, e aquela *HStern* por si só se sustenta. Não; no nosso caso, no nosso modelo de negócio, uma vez que decidimos entrar no mercado, precisamos ter uma escala mínima necessária. E é por isso que, uma vez que o mercado é segmentado, precisamos atuar em cada um dos segmentos para poder ter essa escala mínima e maximizar os resultados.

*Multi-região* é uma estratégia óbvia quando se está falando de escala e de consolidação. No mercado não havia um *player* que extrapolava os seus limites geográficos da região metropolitana. Nós começamos a fazer isso em 2000, com a aquisição do *Bronstein* e depois do *Lâmina* que, dado o grau de sinergia que se obtém com a operação, a estratégia é continuar consolidando e se tornar um *player* nacional.

E, finalmente, *multi-pagador* é muito mais uma conseqüência: quando éramos só Delboni Auriemo, na cidade de São Paulo, tínhamos uma dependência muito maior das seguradoras – ex.: *SulAmérica* e *Bradesco*. À medida que crescemos, vamos entrando em outros mercados e começamos a ter uma diminuição natural dessa concentração das fontes de receita, à medida que se começa a atender outros segmentos e outras regiões. Também desenvolvemos algumas outras estratégias, como o próprio produto hospitalar. Hoje, atuamos em 25 hospitais, no Brasil, prestando serviços de Análises Clínicas ou de Imagem, de forma com que busquemos diluir sempre o perfil dos pagadores.

Em resumo, a estratégia da DASA é a de utilizar a escala como uma ferramenta de consolidação do mercado. Acreditamos que a flexibilidade financeira e a escala que obtivemos, a partir do momento em que instituímos tanto o *private equity* como depois sucessivamente o IPO – a abertura de capital – e a oferta adicional de ações permitiram que nós crescêssemos a nossa empresa e, com isso, buscássemos equipamentos de volume crescente que, por si só, trazem não só mais qualidade; trazem não só um prazo muito menor para o cliente; mas, se você tiver volume, trazem um custo por exame inferior e a estratégia nossa é buscar então, com isso, uma redução do custo por exame. Esse é um ponto muito importante: o que significa redução do custo por exame? Do nosso setor, por exemplo, desde 1997 sem nenhum reajuste de preço. Isto já significa naturalmente uma redução do custo do exame, uma vez que vivemos aí um período grande de inflação, dissídio e são certas coisas que você não consegue simplesmente escapar. Isto com o intuito de expandir a base do cliente. Nós acreditamos que essa busca incessante por eficiência, essa tentativa de você conseguir fazer os exames a um custo mais barato, se justifica porque a situação do Brasil da Década de 1960 e da Década de 1970, onde apenas uma pequena elite tinha acesso a serviços de Saúde, é uma realidade que não vai existir mais. Acho que, cada vez mais, vamos ter um Brasil buscando serviços de Saúde. E, para a prestação desse tipo de serviço com qualidade, é necessário realmente o apoio na produtividade, na escala e no volume.

Nossa estratégia é justamente repetir o que fizemos em São Paulo, onde combinamos um crescimento orgânico – abertura de novas unidades, reformas dessas unidades para colocar equipamentos de imagem – com aquisições. Estas têm dois componentes para nós: o primeiro é simplesmente a entrada em um novo mercado. Sempre buscamos entrar em um novo mercado a partir de uma aquisição, uma vez que a aquisição traz não só a marca, mas traz também a escala mínima necessária para a operação naquela cidade. Mas, essa primeira aquisição, em geral, deve ser seguida de aquisições adicionais, de forma com que elas sejam de alguma forma complementares. Por exemplo, é possível posicionar em um segmento *premium* e fazer aquisição de uma empresa no segmento *standard*. Outro exemplo: eu posso ter uma operação de análises clínicas muito bem estruturada, não estar presente na imagem e eventualmente fazer uma aquisição de imagem. Então, a idéia de uma forma simplista, é pegar as últimas aquisições que fizemos – em 2006 Fortaleza, Florianópolis e Goiânia, por exemplo – e, ao longo dessa combinação – crescimento orgânico e aquisição – levar estas operações ao porte que a gente tem em São Paulo.

Bom, essa é um pouco da perspectiva histórica, nós tivemos um CAGR – crescimento anual médio ponderado da receita ao longo dos últimos cinco anos de 21% – isso aconteceu tanto na receita quanto na nossa rentabilidade. Para 2006, o que aconteceu foi uma aceleração disso, justificada até pelos movimentos que fizemos graças à oferta adicional de ações.

O Mercado de Capitais procura projetos de criação de valor. O investidor e, por exemplo, todos nós, quando poupadores, esperamos no momento em que fazemos uma aplicação é que essa aplicação renda alguma coisa, de preferência alguma coisa acima da taxa de juros, uma vez que a taxa de juros teoricamente é a aplicação *risk free*, sem risco. Na hora que se aceita tomar algum risco, espera-se com essa tomada de risco, um retorno superior.

O que é realmente o projeto da DASA? É um projeto de criação de valor, porque quando fomos a mercado, quando fomos fazer o *roadshow* fizemos 104 reuniões com investidores em um período de três semanas mostrando a empresa. O quê era necessário vender? Não era necessário vender a DASA; é lógico que o histórico conta bastante, o histórico é um pouco da fotografia do seu *background*, mas só isso não bastaria para você

vender as suas ações. Era importante que houvesse realmente um Projeto de Criação de valor. E, em nosso caso, o projeto de criação de valor passava por um crescimento e por uma aceleração desse crescimento, tanto orgânico como por aquisições. Agora, para que a abertura de capital acontecesse, só isso não é suficiente. Além da necessidade de uma estratégia clara para comunicar o que se está fazendo, além de desse modelo de expansão, é preciso ter – e o mercado cobra bastante isso – um modelo de governança. Ou seja, a sua organização como um todo tem que evoluir, não só operacionalmente como societariamente para estar pronto para uma abertura de capital.

Nossa estrutura, anterior abertura de capital, ou seja, até meados de 2004**.** A Diagnósticos da América era uma empresa detida por duas sociedades: a *BALU*, que é a sociedade, a *holding* do Dr. Caio e a *Platypus*, na qual os fundos de *private equity* investiram por meio dessa empresa. Essa era a forma com que a empresa se estruturou para estar presente basicamente em São Paulo e no Rio de Janeiro, com uma pequena operação em Curitiba. A partir do momento em que é lançado um desafio de criar essa empresa nacional, o que acabou acontecendo é que a própria estrutura acionária da empresa teve que evoluir junto com o negócio. Após o IPO os percentuais não se alteram, continuam os mesmos, mas se ocorre a abertura de 40% da empresa para investidores diversos – a DASA tem milhares de investidores, 1 800 investidores que compraram ações da empresa e que detém hoje 40 na verdade detinham, após o IPO, 40%.

Em 2006 e motivados pelo sucesso da abertura de capital, no qual foram captados recursos, mas estes recursos foram todos aplicados em aquisições, uma nova rodada de captação é feita, de forma com que hoje a DASA se encontra aí nesse restrito grupo de poucas empresas que têm o capital e controle na Bolsa. O controle da empresa está na Bolsa, os acionistas detém apenas 37,5. Ou seja, hoje a DASA é uma empresa de capital pulverizado. Nós acreditamos que esse é um processo que irá continuar a acontecer, não existe hoje uma empresa que saiu de 70 milhões de faturamento para mais de 700 milhões de faturamento, não haveria um outro caminho a se buscar, pelo menos em um período tão curto como foi – de menos de 7 anos – hoje, ao olhamos para o mercado – e eu acho que essa é a grande equação que vivemos para abertura de capital – existem oportunidades efetivas que estão presentes no mercado de crescimento? A resposta foi e continua sendo, sim. Existem benefícios concretos dessa consolidação? Sim. Desse modo, nossa filosofia do ponto de vista dos acionistas: é preferível ter 1% da Toyota do que ter 100% da Gurgel. E, em nosso caso, esse era um cenário extremamente real e factível, visto que a consolidação era algo como, pelo menos encarado por nós, como algo inevitável. Era preferível liderar essa conciliação do que simplesmente fazer parte dessa consolidação.

Para fazer isso, com o suporte desse crescimento de uma empresa com 18 unidades em São Paulo, com uma única marca para uma Diagnósticos da América, agora com 250 unidades, foi preciso haver essa evolução conjunta, não só da estrutura societária como da estrutura operacional. Do ponto de vista societário, é muito importante, em um primeiro momento, um choque de governança. É necessário acostumar-se a viver e a tocar uma empresa pública. Empresa pública significa não só ter ações em Bolsa, mas significa que tudo o que você faz no seu dia-a-dia é público. E isso é um processo que realmente tem uma adaptação necessária, inclusive para começar a criar um formato de comunicação para o mercado, porque o mercado é ávido por informações. Desde que nós abrimos o capital, em 2004, semanalmente pelo menos dois grupos de investidores vão visitar a empresa. Eles querem conhecê-la: *Eu quero conhecer as suas operações, quero ver sua unidade. Depois que formos à unidade eu quero ver a fábrica de São Paulo. Como funciona isso?* Existe, portanto, uma demanda muito grande por informações.

Tivemos um choque de governança. Na verdade, o choque inicial aconteceu basicamente em 1999 com a entrada do *private equity*. Os *private equities*, em geral, já requerem um nível de abertura de informações muito grande para os seus investidores, na verdade foi quase uma preparação para o IPO. Outro fator importante para nós: os acionistas acabaram indo para o Conselho de Administração, formaram um grupo e deixaram para executivos a missão de tocar a empresa. Esse momento do *private equity* simplesmente aprimora sua empresa para abrir o capital. Nossa opção foi pelo novo mercado da Bovespa, que requer o nível mais alto de governança corporativa, e por temos toda a questão dos comitês do Conselho, até chegar ao ponto que hoje o nosso Conselho é de sete membros, dos quais quatro são independentes.

Ao mesmo tempo, na estrutura operacional, o que aconteceu também foi uma evolução, a começar lá em 1999 por uma necessidade de um monitoramento muito próximo do dia-a-dia. Nós acreditamos que realmente a ferramenta de planejamento já era importante, mesmo em um cenário de instabilidade macroeconômica onde vivíamos. Hoje, ela é ainda mais importante, já que estamos começando a viver com uma relativa estabilidade. E porque um planejamento é importante conjuntamente com o monitoramento? Porque o planejamento, como todos sabem, é aquele momento em que se analisa e que se trabalha, durante meses, para fazer um plano que dada a intensidade do nosso dia a dia, muitas vezes temos a tendência de guardá-lo na gaveta. A importância do monitoramento é alinhar para que as ações do dia-a-dia da empresa, aconteçam estritamente em linha com que há na estratégia.

Além disso é necessária a auditoria externa, no nosso caso, cinco anos auditados. Em geral Três anos é o mínimo necessário exigido para as empresas; que tenham uma auditoria externa, de preferência uma das *big four* ou *big three* – grandes empresas, tais como: *Price*, *KPMG*, *Deloitte* ou *Ernest Young*. A partir daí, adotamos um sistema de gestão integrada, no qual todos os modelos da ISO passam a permear a empresa como um todo, e temos então, um sistema integrado. Hoje a DASA tem o *Balanced Score Card* como a ferramenta que amarra tudo isso. E, finalmente, como eu comentei, a profissionalização da gestão.

Também é muito importante que a estrutura de gestão da empresa acompanhe esse movimento. No nosso caso, além dessa quebra principal que aconteceu entre o Conselho e a parte operacional, acabamos dividindo a nossa empresa em duas grandes unidades de negócio: uma é o que chamamos de Unidades Estratégicas de Negócio – carinhosamente, são as nossas UENs . As UENs são cada uma das nossas marcas; cada marca tem um dono e, internamente, chamamos realmente essas pessoas, esses gestores, de donos de marcas. Esta é aquela pessoa que, do momento em que acorda até o momento em que vai dormir, está pensando na sua operação, na unidade de atendimento, na concorrência, onde ela pode abrir uma nova unidade, onde a agenda de ultra-som já está cheia de manhã, precisa ter uma agenda à tarde, quais são as unidades que precisam de reforma. E, ao mesmo tempo, essas pessoas contratam, das unidades de serviço compartilhado, serviços de produção de análises clínicas, serviços de imagem e mais até. O objetivo é, de um lado, não perder a individualidade de cada marca, mas, ao mesmo tempo conseguir ter todos os ganhos de escala e sinergia.

Bom, isso aqui é um pouco do modelo do *BSC* – muito resumidamente: a partir do momento que se abre o capital e é exigida uma transparência muito grande, ela acontece não só do ponto de vista financeiro. A curiosidade sobre a estratégia da empresa passa a estar presente no dia-a-

dia, a DASA acabou resolvendo esse assunto pelo uso da ferramenta do *Balanced Score Card*. Este desloca o foco única e exclusivamente da métrica financeira para medir se a empresa está tendo uma performance de acordo com a sua estratégia. Ou seja, de uma única métrica financeira, passa-se a ter também métricas de satisfação do cliente, de desempenho dos processos e das pessoas, de forma com que, resumidamente, dizemos que, na Diagnósticos da América, acreditamos que pessoas motivadas e qualificadas, trabalhando com processos eficientes, trazem a satisfação do cliente e com isso o resultado financeiro.

Abrimos o capital com o valor das ações a R$ 16. Em geral, os bancos contratados estabelecem uma faixa com um piso e um teto – em nosso caso o piso era R$ 16 e o teto era R$ 20. Em função de toda a demanda que houve pelas ações, as lançamos a R$ 20. Hoje, estava em cerca de R$ 46. Mas, no primeiro momento a *performance* da DASA, em geral, vai muito em linha com o que acontece com a *Bovespa*. No momento em que tínhamos uma liquidez um pouco mais restrita, a ação tendia a *magnificar* ou amplificar os movimentos. Se a Bolsa subia, nossa ação subia muito mais, ou se caía, também caía muito mais, então, você tinha uma liquidez muito restrita. Isso foi inclusive um dos objetivos que levou a nossa empresa a fazer uma oferta adicional de ações, no começo de 2006 e de forma com que hoje a DASA tenha mais liquidez em Bolsa.

Para concluir, em uma estratégia de longo prazo acreditamos que nosso setor, como um todo, vai sair de um setor de diagnóstico para um setor de conhecimento médico. Acreditamos nos pilares da qualidade, por sermos uma empresa médica, acreditamos na sustentabilidade, não somos um grupo de aventureiros. Na verdade, os próprios resultados da empresa demonstram uma consistência muito grande no modelo de negócios que estamos buscando. No Brasil, qualquer forma de alavancagem muito agressiva é perigoso. Já vimos aqui, no caso do Brasil, boas empresas, bons negócios, sucumbirem em função de taxas de juros absolutamente exorbitantes. Somos conservadores nesse ponto de vista e acreditamos aí também no nosso modelo de gestão.

A abertura de capital foi importante para a nossa empresa e não é um evento isolado. No fundo, a abertura de capital é algo que realmente deve ser intrínseco à operação; é uma mudança profunda. Para que ela aconteça, é necessário um projeto de criação de valor muito extenso. Em geral, os benefícios que acontecem na organização vão muito além do que simplesmente a abertura do capital. O que resulta como benefícios adicionais, do ponto de vista de financiamento, por exemplo, com as linhas de financiamento mais baratas, trazem ao seu público interno uma motivação muito grande, porque, afinal de contas, agora o profissional participa de uma empresa de dinamismo.

Assim, esses são os reflexos d a abertura de capital, que é um processo muito extenso, desgastante, em que um grupo de advogados, banqueiros vão a fundo no interior da sua organização para tentar entender cada detalhe para justificar, ter certeza de que as informações são corretas, se essas informações que são passadas no mercado, se traduzem na forma de um prospecto, contém informações fidedignas. Mas, acredito que o benefício para isso é muito positivo.

Uma boa notícia é que essa alternativa – que anteriormente era restrita a um pequeno grupo de empresas, seleto, com o mercado muito demandante, pois exigia um tamanho mínimo obrigatório para que a empresa fosse à Bolsa – ampliou-se. Na atualidade, o que observávamos, ao longo das aberturas de capital de 2005 e especialmente de 2006, é que essa faixa de faturamento cada vez é menor, estamos vendo empresas de menor porte irem para a Bolsa e, nem por isso, ou por serem de menor porte, o IPO tem menos interesse nelas, do ponto de vista dos investidores.

# Novos produtos na Saúde

Álvaro Escrivão Junior

O tema *Novos Produtos na Saúde* é, na verdade, um assunto amplo e impreciso. Faz referência a práticas de "Medicina Preventiva". As aspas se devem ao fato de que essa é uma das questões que temos debatido nos nossos estudos e pesquisas: a adequação da expressão "Medicina Preventiva" para designar uma série de coisas que são feitas no setor de Saúde Suplementar e que acabam, de alguma forma, incluindo – ou tendo como ações e programas auxiliares – mecanismos de acompanhamento como gerenciamento de casos e de doenças.

A primeira questão geral a ser esclarecida é: se são tendências ou modismos no setor de Saúde. Em princípio, esses novos produtos são apresentados como ações e programas voltados para a melhoria das condições de Saúde das populações, ou dos grupos populacionais de que cada sistema de Saúde toma conta. Também como uma grande preocupação com a redução de custos, principalmente de curto prazo. As questões que foram colocadas pelo GVsaúde, para serem debatidas, seriam: a motivação para o desenvolvimento desses novos produtos, os objetivos pretendidos no momento em que foram desenvolvidos, os resultados obtidos, a aceitação da população alvo e dos clientes empresariais que, no fundo, são os financiadores – existe o hábito de chamar os operadores de planos de Saúde de *financiadores* mas, na verdade, os financiadores são os que os contratam – e as conseqüências da oferta desses novos produtos para os prestadores de serviço, para os sistemas de Saúde como um todo.

São questões, que remetem mais especificamente para o futuro: existe espaço para novos produtos? Quais seriam esses novos produtos? Para quem? E uma questão que surge no momento em que temos duas pessoas muito importantes na área do SUS e na área do setor Suplementar debatendo a complementaridade: o conflito e a relação entre o SUS e o setor Suplementar.

Algumas pesquisas refletem diretamente uma importante preocupação nossa relacionada a estes

Coordenador adjunto do GVsaúde e professor da FGV-EAESP

vínculos: a avaliação do impacto dessas ações sobre a Saúde das populações. Um desses trabalhos avaliou o impacto do PSF na mortalidade infantil. Seus autores fizeram um esforço no sentido de ver: *Afinal o PSF está causando impacto? Como ele está fazendo isso?* Os resultados são bastante interessantes e chamo a atenção para um aspecto: eles identificam, nesses 13 anos de estudo, uma queda da mortalidade infantil, atribuída ao PSF, de 49,7 para 28,9, indicando que há, realmente, um impacto importante. Isso, controladas todas as variáveis capazes de interferir e confundir os resultados, eliminando o efeito de todos os outros determinantes importantes que poderiam estar em jogo.

Um outro exemplo é o *Projeto Hipertensão*, executado pela Secretaria de Estado da Saúde, juntamente com a UNESP de Bauru e de Botucatu, que mostra que 80% das internações hospitalares são por problemas cardiovasculares e relacionados à hipertensão; mostra que a prática regular de exercícios físicos poderia gerar uma economia regular de 36% nos custos com tratamento da hipertensão, 28% dos custos relacionados às consultas seriam reduzidos, assim como 45% de despesas com exame, 25% na distribuição de medicamentos. Os autores mostram uma economia para o SUS da ordem de R$ 28,8 mil para cada grupo de 100 pacientes.

Como se vê, a academia tem pesquisado, os estudos têm ido à busca das evidências dessas iniciativas e aqui também temos diversos trabalhos que têm olhado para esses novos produtos, para as chamadas *ações de Medicina Preventiva*. Outro trabalho consegue, além de avaliar o impacto na Saúde nos beneficiários – há várias pesquisas discutindo esse assunto –, fazer um esforço para tentar mostrar o retorno do investimento do ponto de vista de quem poderia ter interesse em investir recursos. Assim, o trabalho faz referência a um estudo anterior, que indicou a diferença do valor do atendimento em domicílio, ou em hospitais, uma diferença de 1 para 4, praticamente, em termos de custo médio e usou indicadores financeiros para avaliar o retorno desses investimentos.

Para encerrar, lembro que o SUS tem a responsabilidade histórica – já há muitos anos que ele está aí – de tomar conta da sua população. Hoje, vivemos o momento em que o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, da OMS, pretende que as operadoras de planos de Saúde passem a ter um papel semelhante de gestor de Saúde.

Como provocação para os debates, trago um trabalho bastante polêmico, feito pelo Ministério da Saúde. Esse trabalho tem uma conclusão de impacto, segundo a qual os planos de Saúde não aumentam a expectativa de vida do brasileiro. Comparou a mortalidade da população em geral e a dos beneficiários de planos de Saúde, fez um *linkage* de dados do Sistema de Informação de Mortalidade com cadastro da OMS e processou um milhão de óbitos.

Esse estudo revelou que os maiores índices de mortalidade por doenças cardiovasculares estavam entre os usuários de planos, o que é mais ou menos compatível com o perfil demográfico distinto dessa população, em relação ao usuário do SUS como um todo. Mostrou também que há mais casos fatais de câncer de mama do que se podia esperar entre as mulheres que pagam um plano e que não há uma diferença na mortalidade entre quem tem e quem não tem plano, até 69 anos de idade – o que é uma coisa interessante para o debate, porque o esperado é que houvesse uma diferença menor para quem tem plano de Saúde. Mostra que as diferenças importantes só começam a aparecer depois dos 70 anos e só aí, quem possui um plano de Saúde tem sobrevida maior.

Segundo os autores, o problema é que os planos de Saúde não estão detectando o câncer de mama precocemente e, portanto, não previnem a perda de vidas de mulheres, porque não fazem a intervenção oportuna.

Essas eram algumas provocações que gostaria de fazer inicialmente para, mais ou menos, pautar as discussões destes *Debates GVsaúde*.

# Uma secretaria de Saúde para 2 milhões de pessoas

Paulo Sérgio Barros Barbanti

O trabalho que será apresentado a seguir é o resultado do esforço de um excelente grupo que inclui os seguintes nomes: Maria Inês Onuchi Shultz; Walter Moschella Júnior; Rodolfo Pires de Albuquerque; Omar Salles de Lima. Descreverei alguns produtos desenvolvidos na área de promoção, prevenção e cura, em um grande produto que oferecemos como plano de Saúde, segundo um conceito inovador: somos virtualmente a secretaria de Saúde de uma população de dois milhões e 200 mil pessoas, o universo que atendemos, principalmente pela Intermédica Sistema de Saúde, NotreDame Seguradora, e Odontologia. Os números estão na *Figura 1*.

Desde o começo, aprendemos muito com pessoas de gabarito, como foi o professor Carlos Gentile de Melo. Se o SUS é um grande exemplo, somos copiadores do SUS. Nosso sucesso é saber reconhecer o valor e a capacidade do fornecimento de Saúde, de entregar a Saúde que o SUS possui. O que pensávamos no inicio? *Eu preciso seguir este professor, porque ele sabe o que está falando, pratica Medicina Social. Se eu quiser fazer uma coisa bem feita nesse setor, tenho que ouvir o que ele diz.* Lembro-me de uma frase dele: *O sistema de pagamento por serviço prestado é corrupto*

Presidente do Grupo NotreDame Intermédica Brasil

*por natureza*.

Aqui, gostaria de apresentar meu testemunho sobre a razão de tomarmos esta direção. Neste negócio, precisamos pensar na comunidade e não no lucro. Este deve ser conseqüência de um trabalho, no qual a lógica econômica caminha ao lado da lógica social.

O nosso entendimento de *Saúde* é igual ao da Organização Mundial de Saúde (OMS): Saúde não é só a ausência de doença, mas o bem estar bio-psico-social do indivíduo. É uma definição abrangente que se aproxima muito do próprio conceito de felicidade. Vários fatores interferem na Saúde: saneamento básico, habitação, alimentação e outros.

Grupo NotreDame Intermédica número de vida

| | |
|---|---|
| - NotreDame Seguro Saúde: | 99.573 |
| - Interodonto | : 688.920 |
| - Intermédica | : 1.401.736 |

Fonte - ANS nov. / 06

Figura 1

O Sistema Suplementar de Saúde pode contribuir muito com o estado brasileiro se todas as operadoras fizerem o mesmo que fazemos. O Brasil passa por mudanças epidemiológicas importantes, cujo impacto econômico é muito grande, como se vê na *Figura 2*.

Qual a melhor forma de trabalhar no cenário descrito anteriormente? Nossas ações, desde a época do Omar são orientadas por conceitos fundamentais. Ele foi quem iniciou as ações de promoção e prevenção na Intermédica em 1979 e foi chefe de gabinete de Walter Leser na década de 70 e secretário de Adib Jatene em duas gestões. Foi necessário um convencimento interno para que suas ações fossem implantadas.

Nossos conceitos fundamentais estabelecem que as lógicas econômica e social devem andar juntas; possuir um sistema de Saúde adequado à visão de Saúde Pública. Somos uma verdadeira Secretaria de Saúde para mais de dois milhões de habitantes, temos que garantir Saúde para essas pessoas, de acordo com o limite do que podemos e da receita que temos. Fazer uma gestão integral de Saúde com promoção e prevenção – nos três níveis – e cura é não ficar fixado apenas em fornecer um livreto para a pessoa usar quando está doente, mas sim adotar um comportamento proativo, com visão de Medicina Social. Oferecer um plano de Saúde é mais do que atender a pessoas doentes e é com esta visão que a trabalhamos. Uma visão de suplementaridade e da amplitude da prestação dos serviços. Contudo, é necessário observar o limite atuarial pois, caso contrário, a empresa quebra e não pode prosseguir em seu mister.

A partir desses conceitos fundamentais e dessa população, temos que adequar uma estrutura, um sistema de Saúde para o atendimento sintonizado com as necessidades da população, em termos de localização, área de abrangência na qual ela trabalha ou mora e de acordo com as suas necessidades.

Por que a nomenclatura Intermédica Sistema de Saúde? Porque estamos tentando criar um sistema que se adapta à prestação de serviços para essa população de acordo com aqueles conceitos. Estamos falando em recursos próprios, de rede credenciada complementar; trabalhamos com centros clínicos, que são – transportando para o Estado – são os Centros de Saúde descentralizados e hierarquizado nos três níveis, com referência e contra-referência. Essa é razão do sucesso. Trabalhamos com promoção, prevenção nos três níveis, outros programas e com responsabilidade corporativa . Esse é o pacote do sistema de Saúde com o qual trabalhamos.

Em 1978, uma circular interna já mostrava que fazíamos ações de prevenção e promoção. Pouca gente sabe disso, em função do fato de que nos comunicamos pouco com a Sociedade. Desse modo, pouca gente sabe o que se faz na Intermédica ou em nossas empresas, de modo diverso de quem investe muito em *marketing* e mostra aviões e uma série de coisas. Temos duas alternativas: ou mostramos avião ou investimos em assistência. Por várias vezes houve tentativas – de uma ou duas empresas do mercado – de nos convencerem: *Estamos iniciando a promoção e prevenção..* Fazemos isto há vinte anos. Pelo menos isso deveria ser reconhecido.

A *Figura 4* esquematiza nossa forma de trabalho.

São as seguintes estratégias:

- 95% da população de um plano de Saúde são pessoas sadias ou portadoras de doenças agudas de menor gravidade, onde a fundamental é promoção de Saúde, desenvolvimento de autocuidados e ações educativas;
- 4% são pacientes com doenças crônicas que necessitam de um gerenciamento de sua Saúde;
- 1% desta população é composta por pacientes portadores de doenças complexas que necessitam de um tratamento multidisciplinar agressivo;
- 65% dos custos estão em 5% da população.

Outros estudos mostram dados semelhantes. Em nossa população, que também tem a mesma distribuição, tentamos fazer o trabalho que, reconhecemos, tem muito a melhorar. É pequeno, é cheio de dificuldades, mas é uma tentativa, é um avanço que nos dá muita satisfação. O que foi feito em 2006 está exposto na *Figura 5*. Foram quase quatro milhões de ações educativas em Saúde. Nas salas de espera dos centros médicos – temos 86 deles em todo Brasil – os orientadores falam por quinze, ou vinte minutos no máximo, sobre uma determinada doença: diabetes, hipertensão, doenças sexualmente transmissíveis. Falamos, em tese, três vezes para cada associado. Como poderemos orientar sobre os 60 temas ? É pouco, mas estamos à frente de quem faz dez ou cinco mil. No mesmo ano, realizamos quase 9 000 cursos para grupos de apoio, envolvendo 181 000 pessoas. Estas Ações são realizadas nas nossas empresas ou em nossas unidades.

O BRASIL: MUDANÇAS EPIDEMIOLÓGICAS

IMPACTO ECONÔMICO*

- Doenças crônicas são responsáveis por 72% das mortes no Brasil (928 000)
- Economia brasileira perde $3 bilhões por ano devido às seguintes doenças crônicas: Doenças Cardíacas, AVC e Diabetes

MUDANÇAS EPIDEMIOLÓGICAS

- Envelhecimento da população
- Maior prevalência das doenças crônicas - responsáveis por 60% dos custos do SUS em 2005
- Maior prevalência dos transtornos mentais - 45% da população terá ao menos um transtorno mental ao longo da vida (dados da cidade de São Paulo)

*Fonte:
Preventing Chronic Disease a Vital Investiment WHO

Figura 2

Temos quase 50 000 pacientes portadores de doenças crônicas em programas de gerenciamento. Este nome, em minha opinião, deveria mudar para "acompanhamento de paciente". Temos, também, um

trabalho forte de acompanhamento multiprofissional de pacientes complexos, programa para idosos com AVD (atividades da vida diária) comprometido e outros programas.

As ações em promoção de Saúde preventiva primária se iniciaram em 1982, embora em 1979 já fizéssemos alguma coisa. Nossas ações nesta área são:

Ações educativas;

Avaliação de estilo de vida;

Palestras com equipes multiprofissionais;

Folhetos e cartazes educativos;

Perfil Saúde das empresas. Este é um trabalho realizado dentro das empresas que, por meio de questionários e medidas de parâmetros vitais, permitem a definição das doenças e fatores de risco mais freqüentes naquela população.

Em 1998, o Walter com o pessoal do Agita São Paulo – que hoje é o Agita Mundo –, iniciou um programa telefônico de orientação para a prática correta da atividade física (30 minutos, três vezes por semana). O resultado – exposto na Figura 6 – foi uma duplicação no número de pessoas que, após doze meses, praticavam atividade física corretamente – de 26% para 52%. Este programa não tem como objetivo a redução de custos e sim melhoria na qualidade de vida dos nossos associados. A razão de tal programa é a preocupação com a Saúde de nossos clientes, é obrigação da empresa. Redução de custos, se houver, será um subproduto.

Em 2001, fizemos uma mensuração do efeito da ginástica laboral (duas sessões por semana, coordenada por fisioterapeuta) na redução do absenteísmo. O resultado foi um retorno de R$ 4,00 reais para cada R$ 1,00 investido. O mercado não conhecia isto. Os jornais repetidamente afirmam que as empresas de Saúde não se preocupam com a prevenção. Mas, quanto custaria divulgar esta ação na mídia?

A problemática das doenças crônicas – *Figura 7* –, ou seja,

a ausência de sintomas, o aumento crescente dos custos assistências, o aumento da prevalência pelo envelhecimento da população e o despreparo do sistema de Saúde. Se todos fizessem estas ações, o funcionário mudaria de empresa sem que houvesse descontinuidade no seu programa de acompanhamento de doenças. Isso não existe.

Este é um exemplo de Perfil Saúde que fizemos em uma empresa de 1 000 funcionários, com preenchimento de questionário, avaliação de pressão arterial, de glicemia e colesterol. Em seguida, tiramos os dados e a avaliação de como está a empresa. Procuramos captar os pacientes crônicos, seja ativo, afastado ou aposentado. Por meio do questionário, captamos o crônico não só o funcionário, como também, o aposentado, o afastado. Temos, portanto, uma facilidade maior, em comparação ao Estado, para captar e acompanhar o crônico.

No âmbito da preventiva secundária fazemos: acompanhamento de Saúde de pacientes com determinadas doenças crônicas – aquelas que são elegíveis, como diabetes, obesidade, hipertensão arterial, insuficiência coronariana, DPOC, depressão, problemas de coluna e dislipidemias. Os pacientes mais graves têm outro programa, que é a preventiva, que chamamos de terciária. Como nós chamamos, *CASE.* Este programa possui monitoramento proativo permanente, integrado à assistência médica dessa população, incluindo *Call Center,* equipe multiprofissional, um sistema informatizado de acompanhamento do crônico e orientação permanente sobre o que ele deve fazer. Se você há um curso sobre diabético, ou sobre estresse, busca-se convidá-lo para participar. Se a pesquisa apontar que necessita de uma avaliação médica, ele é chamado para esse procedimento. Buscamos – de uma maneira proativa – a Saúde, apesar da doença. Porque é justamente o que temos que fazer. Tratar para que não compliquem e tenham uma vida com um nível de Saúde adequado. Vamos propiciar a longevidade, a melhor qualidade de vida e, em conseqüência, isso, teoricamente, trará menores custos ao Estado ou, se fosse o caso, para o plano ou para quem nos paga.

**CONCEITOS FUNDAMENTAIS**

- Neste setor a lógica econômica tem que andar junto com a lógica social
- Ter um sistema de Saúde dentro da visão de Saúde Pública. Somos como uma secretaria de Saúde de uma cidade com 2 190 220
- Fazemos uma Gestão Integral de Saúde (Promoção, Prevenção nos três níveis e cura)
- A assistência é integral e holística
- Visão de Medicina social
- Oferecer um plano de saúde é mais do que atender pessoas doentes
- Visão de suplementariedade da Saúde Pública e da amplitude da prestação dos serviços (com a limitação atuarial)
- Abolir a prática abusiva da alta tecnologia em favor da promoção da Saúde e prevenção primária, secundária e terciária
- O resultado é: melhor qualidade de vida para o associado assistido; maior satisfação para seus familiares; maior produtividade nas empresas onde trabalham e, de sub-produto, redução dos custos no plano de saúde

**Figura 3**

O programa de acompanhamento de pacientes com problemas de coluna, realizado em 92 e 93, ensinava educação postural, relaxamento, enfim, a viver com a coluna. O resultado é exibido pela *Figura 8.*

Percentual de pacientes com forte dor passou de 62,6% para 28,80%;

Aumentou de 2% para 30% o percentual de pacientes sem dor, o que significa excelente qualidade de vida;

Redução de 82,1% no número de consultas;

Redução de 83,4% no número de sessões de fisioterapia; e

Redução de 84% no número de radiografias solicitadas.

Nosso programa de gerenciamento de pacientes com depressão – hoje com 2 000 pacientes cadastrados – mostra a importância do acompanhamento. A medicação escolhida, sertralina, demora trinta dias para atuar e, sem esse acompanhamento, os pacientes desistiriam com maior freqüência, como se vê na *Figura 9*.

Na obesidade nós temos um trabalho bastante interessante, principalmente na mórbida (Fig. 10).

Os resultados do PAP – Programa de Apoio ao Paciente Crônico, quando avaliamos a internação um ano antes e comparamos com um ano após o inicio do paciente no programa, são:

60% de redução na internação dos hipertensos;

43% de redução na internação dos obesos;

50% de redução na internação dos diabéticos;

73% de redução na internação dos deprimidos;

Na área de Saúde Mental, ganham relevo as seguintes ações:

Grupos psicológicos de acolhimento para suporte emocional do paciente com stress agudo;

Grupos psico-educacionais para ensinar o paciente a conviver melhor com seus sintomas;

Programa de dependência química com 29% de alta no ano e 36% de adesão.

Existem, também, vários programas voltados para a Saúde da mulher:

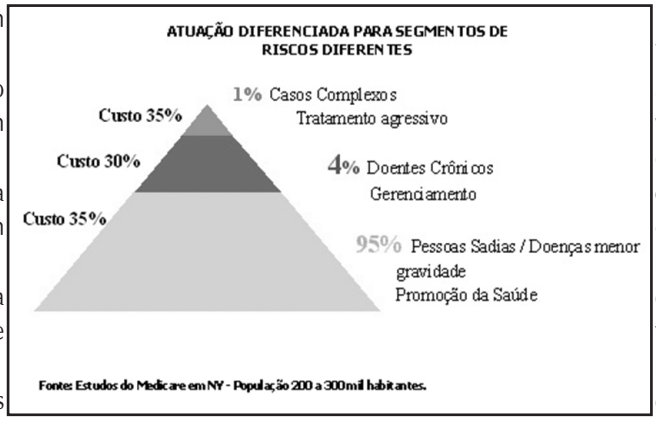



Figura 4

- Projeto Mãe Canguru: é voltado para humanização da relação entre mãe e bebê prematuro. O bebê neste programa tem alta mais cedo da UTI. Outros resultados positivos desse projeto são: maior satisfação do usuário, melhoria no vínculo mãe – filho; menor utilização de diárias de UTI e de hospital. Temos doze leitos em nossas maternidades dedicadas ao projeto;

- Programa Gestação Segura: voltado para o acompanhamento das gestantes, orientando: pré-natal, grupo de gestantes, sintomas; estratifica o risco da gestante, permitindo o encaminhamento das gestantes de alto risco para o recurso correto. Os resultados, na *Figura 11*, demonstram redução de 31% nas diárias de UTI – Neonatal/parto;

- Incentivo ao parto normal: nossas maternidades são dotadas de obstetrizes, protocolos de incentivo ao parto normal, comissão que revisa os partos cesáreos. A conseqüência deste trabalho é que a cada 100 partos nos hospitais próprios realizamos 27,2 cesarianas a menos do que o setor da Saúde suplementar (*Figura 12*);

- Incentivo ao aleitamento materno, principalmente no hospital Paulo Sacramento.

O nosso programa do idoso foi desenvolvido pelo Prof. Luiz Ramos, da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. Você seleciona, dentre os idosos, aqueles que têm AVDs (atividades de vida diária) comprometidas, ou seja, não conseguem: subir um lance de escada ou entrar em um ônibus. Este programa é conduzido por uma equipe multidisciplinar composta por auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e médicos geriatras. A primeira consulta demora 40 minutos e os retornos 20. Os resultados estão nas *Figuras 13 e 14*. O PAI – Programa de assistência ao idoso – conta hoje com 3 000 pacientes.

A preventiva terciaria é o programa CASE. Este atende os pacientes crônicos complexos, ou seja, pacientes portadores de múltiplas patologias, com dificuldades sociais e regimes terapêuticos complexos. Este programa tem um número de pacientes entre 2 500 e 3 000, com uma rotatividade por mês de 100 pacientes. O nosso *homecare* próprio e ligado ao CASE.

A evolução de 56 pacientes com AVC exemplifica a importância do programa CASE, de acordo com a *Figura 15*. Inicialmente, somente 10% estavam independentes ou com comprometimento funcional mínimo e após seis meses o número de pacientes independentes subiu para 32,84%.

O histórico dos programas de promoção de Saúde e prevenção de doenças podem ser avaliados pela *Figura. 16*. A primeira fase teve início em 1979 e 1982, com promoção de Saúde e prevenção (PAP I). Em 1995, iniciamos a segunda fase, com gerenciamento dos pacientes crônicos. A terceira fase começou em 2005. Os bons resultados são mais fáceis no começo.

Na atualidade, estamos em uma fase de refinar esses processos todos e essa é a grande dificuldade que está exigindo do grupo um trabalho mais forte. Nessa reciclagem temos programas de hipertensão, de asma, de controle de insuficiência cardíaca, da ampliação do programa PAI, clínica de anticoagulação. A clínica de anticoagulação, até 2003, quando os pacientes necessitavam de controle de coagulação, cada médico fazia isoladamente e havia, em média – 4.7% dos pacientes com um nível terapêutico adequado. Mudou-se a maneira de

NÚMERO DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO 2006

**MAIS DE 12 000 000**
DE AÇÕES CURATIVAS REALIZADAS EM NOSSA REDE PRÓPRIA E CREDENCIADA

**3 952 140**
AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE

**181 719**
PARTICIPANTES DOS 8 950 CURSOS/GRUPOS DE APOIO

**107 629**
PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS INSCRITOS E ATENDIDOS PELO PAP EM TEMPO REAL, COM 49 583 CASOS PERMANENTES

ISSO SEM CONTAR AS MILHARES DE PESSOAS ATENDIDAS EM OUTROS SERVIÇOS DIFERENCIADOS COMO:

- PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL A CASOS COMPLEXOS (CASE)
- PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO (PAI)
- NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL DE RISCO (NAMIR)
- PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER
- OUTROS

Figura 5

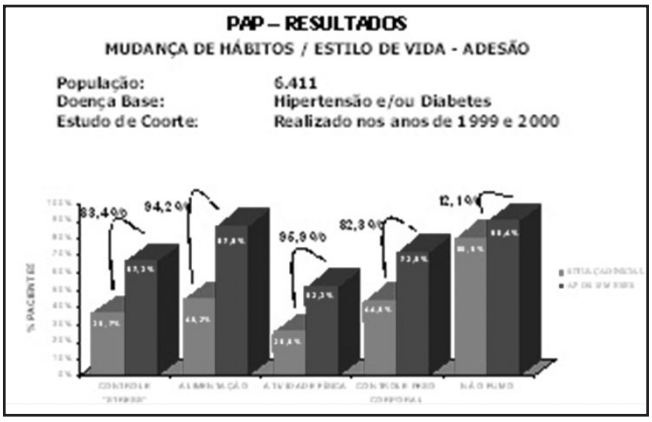



Figura 6

PROBLEMÁTICA DAS DOENÇAS CRÔNICAS

**- Ausência de causa específica (multifatorial)**

**- Ausência de sistomas**

**- Aumento crescente dos custos assistenciais**

**- Envelhecimento da população aumenta a prevalência e a incidência**

**- Elevada mortalidade**

**(32,4% doença cardiovascular; 14,8% câncer; 14,6% causas externas)**

**- Falta de preparo dos sistemas de Saúde**

**- Não aceitação da doença**

**- Não adesão ao tratamento**

**- Busca da Saúde apesar da doença por/níveis de Saúde**

**- Na doença crônica, o local de atuação é o domicílio/ambulatório e na doença aguda, é o hospital**

Figura 7

trabalhar, passou-se a centralizar esse tipo de atividade no *case,* com especialistas, com protocolo de anticoagulação, centralizado em um médico e um auxiliar de enfermagem com conhecimento, suporte de *Home Care* para anticoagulação aguda e orientação. O índice que foi atingido: 73,6% no nível terapêutico de 2007, conforme a *Figura 17*.

A abordagem Multidisciplinar da dor crônica é outro exemplo dos programas mais recentes. Os pacientes submetidos a este programa tiveram uma redução sensível de sua utilização de hospital e PS, reflexo do controle de sua sintomatologia. Em abril de 2007, havia 510 pacientes em acompanhamento, de acordo com o que se vê na *Figura 18*.




Figura 8

A Intermédica Sistema de Saúde é, entre as dez maiores empresas, aquela que tem menor nível de queixa no *ranking* da ANS. Somos o 501º. lugar do ano 2005, quer dizer o seguinte: a classificação 501 em queixas. As maiores têm as seguintes classificações: uma é na casa dos 200, outra é na casa dos cem (dados de 2005). Em 2006, isso se mantém,. Dizemos que vai bem, porque somos o primeiro em algumas coisas e último em outras e nisso, estamos em último.

Estamos preocupados com a Saúde do empregado e do patrão. Eles têm que ter a mesma Saúde e se der problema com qualquer um, iremos nos desdobrar da mesma maneira. Construímos um produto com grande componente de humanidade. O preço com o qual trabalhamos é competitivo, pois é nossa missão ter, também, responsabilidade corporativa. Nosso produto maior: somos, como já foi dito, uma secretaria de Saúde de uma cidade com dois milhões de habitantes. Fazemos assistência integral a Saúde, com uma visão de Medicina Social e Saúde pública. Somos proativos, procuramos evitar que as pessoas fiquem doentes. Nossa taxa média de R$ 50,00 é, 20 a 30 %, menor que o das empresas de porte semelhante.

Nossos projetos de responsabilidade social são:

Compromisso de empregar aposentados em até 5 % do nosso quadro de pessoal; Hoje está em 4 %. Promovemos uma busca constante de diversidade;

O nosso programa de voluntários não é forte, porém já contamos com 400 funcionários que, entre outras ações, arrecadaram em 2006, 102 mil brinquedos que foram distribuídos em favelas;

Na Interodonto, outra empresa de nosso grupo, fizemos uma parceria com a Abrinq, no qual cada dentista se responsabiliza pela assistência odontológica de uma criança até ela ficar adulta. Este programa já tem 1.500 participantes;

Damos suporte médico nas creches do sindicato dos metalúrgicos;

O Hospital Santa Cecília tem ISO 14 000, demonstrando nossa preocupação com aspectos sócio-ambientais.

Com o que foi mostrado aqui, é possível concluir que criamos um grande produto. Criamos não, copiamos e isto eu acho muito bonito. O SUS inventa e, se puder, iremos inventar mais. Só não nos é possível fazer o Programa Saúde da Família, pois cada família nossa mora em um bairro diferente. Tentamos no Bairro do Belém, em Pediatria, mas não deu certo.

Criamos um conceito de Saúde que muitos tentarão copiar. Hoje, as outras empresas, por mais que se empenhem, não conseguem, pois a visão de assistência integral tem que vir em primeiro lugar e não a financeira. A lógica social e financeira tem que andar juntas na Saúde. Isso vale também para a Educação.

Esta experiência, na qual uma empresa do setor de Saúde suplementar opera segundo uma visão de Saúde Pública e Medicina Social, oferecendo uma gestão integral de Saúde, é única. Os americanos privatizaram tudo e não comandam como deve. No Brasil e no Chile temos um *mix* de público e privado. Na Europa também não existem grandes empresas médicas.

Dizem, com freqüência, que *vocês tem que fazer estes programas porque atendem à massa*. Pergunto-me quantas pessoas ricas possuem estes programas à mão. Exceto em situações em que existe um bom médico de família, mesmo as pessoas mais ricas não têm acesso a programas de Saúde, coordenados e multidisciplinares, como são os nossos. Nossa assistência é mais voltada para o trabalhador, pois 85 % de nossos associados são operários semi-qualificados ou não qualificados, que é o retrato das empresas no Brasil.

Medicina preventiva - nível secundário - depressão




Figura 9

PAP OBESIDADE

**- Protocolo de tratamento e monitoramento PAP**
**- Grupos com nutricionistas/psicólogas**
**- Quatro sessões de modelo cognitivo-comportamental**
**- Dois meses de duração**
**- Média de perda = 2kg/mês**
**- Número de pacientes em acompanhamento no Brasil: 12 568**

**<u>Tratamento da obesidade mórbida</u>**

**- Avaliação multiprofissional (nutricionista, psicóloga, endocrinologista, psquiatra)**
**- Tratamento clínico agressivo**
**- Avaliação e orientação pré-operatória para as pacientes com falência de tratamento clínico (70%)**
**- Número de obesos mórbidos em acompanhamento Brasil (2006) - 1 325**
**- 827 em tratamento clínico**
**- 194 em pré-operatórios**
**- 356 em pós-operatório**

Figura 10

RESULTADOS 1º TRIMESTRE 2007
INTERVENÇÕES ALTO RISCO + PGS



| | PGS | FORA PGS | % de redução |
|---|---|---|---|
| % partos com UTI NEO | 8,20 | 9,21 | 10,98 |
| Média dias de perm UTI NEO | 5,85 | 7,57 | 22,78 |
| Nº dias UTI/parto | 0,48 | 0,70 | 31,26 |
| Nº de partos | 805 | 2215 | |

Figura 11

PERCENTUAL DE PARTO CESÁREO NOS HOSPITAIS PRÓPRIOS DO GRUPO

| HOSPITAIS | PARTO NORMAL | PARTO CESÁREO | TOTAL PARTOS |
|---|---|---|---|
| Hospitais Próprios 2005 | 3296<br>42% | 4552<br>58% | 7848<br>100% |
| Hospitais Próprios 2006 | 3478<br>47,5% | 3840<br>52,5% | 7318<br>100% |
| Hospitais (Empresas de Saúde) 2003 | 24% | 76% | 100% |
| Setor de Saúde Suplementar 2004 | 20,3% | 79,71% | 100% |

1- Fazemos em nossos hospitais próprios, 27,2% a menos de cesarianas quando comparada com o Setor de Saúde Suplementar.

2- Fazemos em hospitais próprios, 23,5% a menos de cesarianas, quando comparada com as Operadoras de Saúde.

3- Fazemos, a cada 100 partos, 27,2 cesarianas a menos, nos hospitais próprios, do que o Setor de Saúde Suplementar.

4- Fazemos, a cada 100 partos, 23,5% cesarianas a menos, nos hospitais próprios, do que as outras Operadoras de Saúde.

Figura 12

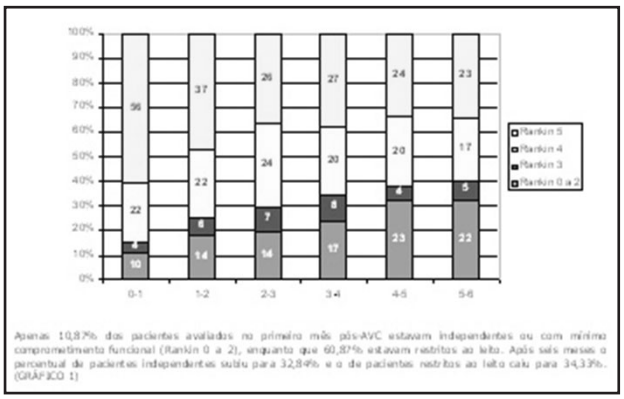
PREVENTIVA SECUNDÁRIA - PAI - 2006

| * POPULAÇÃO | COMPARATIVO 1 ANO ANTES E DEPOIS (Nº DE EVENTOS, INTERNAÇÃO) | COMPARATIVO 1 ANO ANTES E DEPOIS (Nº DE EVENTOS, CONSULTAS/PS) | COMPARATIVO 1 ANO ANTES E DEPOIS (CUSTO TOTAL) |
|---|---|---|---|
| 972 | -31,23% | -37,38% | -7,98% |

* Pacientes com 60 anos ou mais com 4 ou mais AVDs comprometidos (população estudada foi admitida no PAI entre 01/01/05 e 31/12/05

Figura 13

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO
MENOR UTILIZAÇÃO DEVIDO A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA




Apenas 10,87% dos pacientes avaliados no primeiro mês pós-AVC estavam independentes ou com mínimo comprometimento funcional (Rankin 0 a 2), enquanto que 60,87% estavam restritos ao leito. Após seis meses o percentual de pacientes independentes subiu para 32,84% e o de pacientes restritos ao leito caiu para 34,33%. (GRÁFICO 1)

Figura 15

RECICLAGEM DOS PROGRAMAS
CASE - CLÍNICA DE ANTICOAGULAÇÃO

| ANTES (ATÉ 2003) | DEPOIS (APÓS 2003) |
|---|---|
| - Pacientes que necessitavam anticoagulação (fibrilação atrial aguda, tromboembolismo pulmonar, trombose venosa profunda) eram acompanhados pelo seu próprio médico. | -Protocolo de anticoagulação;<br>-Toda e anticoagulação é centralizada em uma auxiliar de enfermagem e supervisor médico;<br>-Suporte de home-care para anticoagulação aguda.<br>-Folheto de orientação para os pacientes. |
| **RESULTADO** | **RESULTADO** |
| -INR* terapêutico (2-3)= 4,7% dos pacientes<br>-Nº de pacientes= 47 | -INR terapêutico (2-3)=73% dos pacientes<br>-Nº de pacientes= 83<br>(resultados de 2007). |

*INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO - NORMATIZAÇÃO DA MEDIDA DO TEMPO DE PROTROMBINA

Figura 17

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO
MENOR UTILIZAÇÃO DEVIDO A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA

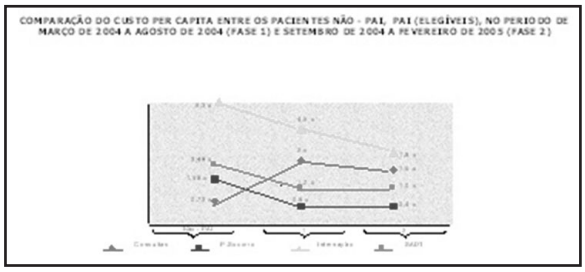
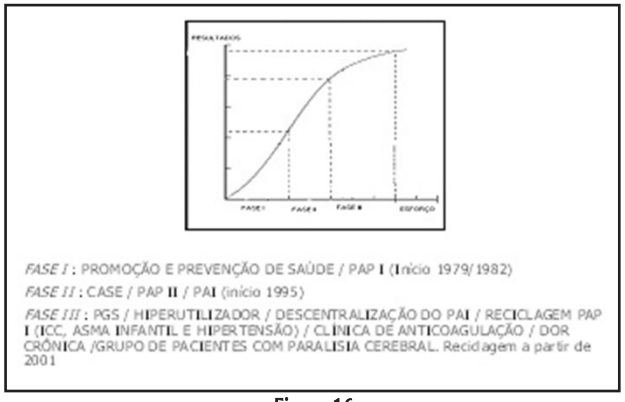



Figura 14

RECICLAGEM DOS PROGRAMAS




*FASE I* : PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE / PAP I (Início 1979/1982)

*FASE II* : CASE / PAP II / PAI (início 1995)

*FASE III* : PGS / HIPERUTILIZADOR / DESCENTRALIZAÇÃO DO PAI / RECICLAGEM PAP I (ICC, ASMA INFANTIL E HIPERTENSÃO) / CLÍNICA DE ANTICOAGULAÇÃO / DOR CRÔNICA /GRUPO DE PACIENTES COM PARALISIA CEREBRAL. Reciclagem a partir de 2001

Figura 16

RECICLAGEM DOS PROGRAMAS
CASE - ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA DOR CRÔNICA

| ANTES | DEPOIS |
|---|---|
| - Pacientes refratários ao tratamento de dor apresentando múltiplas passagens pelo PS, elevada freqüência de depressão e insatisfação com o sistema de saúde. | - Consulta em grupo multidisciplinar: médico reumatologista, médico psiquiatra, fisioterapeuta, psicólogo. |

**RESULTADO (2005), 6 MESES ANTES, DURANTE E 6 MESES DEPOIS**

A análise de uma amostra aleatória de um grupo de 29 pacientes mostrou os seguintes resultados:

| | ANTES | DURANTE | DEPOIS |
|---|---|---|---|
| VISITA AO PS | 13 | 5 | 2 |
| DIÁRIAS HOSP. | 10 | 0 | 1 |

Obs: Nº de pacientes abril/2007 – 510 pac atendidos.

Figura 18

# O SUS, um produto inovador

Renilson Rehem

Na dúvida sobre qual dos muitos novos produtos da Saúde escolher para esta apresentação, optei por aquele que é uma inovação em termos de política pública e no modo de organização do Estado. Esse produto novo é o próprio SUS. Pretendo também mostrar, de forma muito resumida, um caso específico dessa inovação acontecendo na prática, com benefícios reais para a população.

Uma coisa que vale para todos nós – pouco importando se tratamos de SUS ou de operadoras de planos de seguros de Saúde – é o contexto de uma incorporação tecnológica em uma velocidade alucinante. Não temos tempo nem mesmo de nos familiarizarmos com uma tecnologia e já surge outra nova. Uma velocidade também crescente do envelhecimento da população e, conseqüentemente, temos pessoas vivendo mais tempo e que, ao viverem por uma maior período, ficam mais tempo a demandar os serviços do sistema. Com o tempo, demandam de forma mais intensa e mais complexa os serviços desse sistema. Há uma enorme difusão da informação da Sociedade, o que apresenta aspectos positivos e negativos. Hoje, se um medico atende alguém no consultório e faz uma suspeita diagnóstica ou estabelece um diagnóstico, na próxima consulta ele tem que estar muito bem preparado, porque essa pessoa – ou algum familiar – pode perfeitamente acessar a Internet e ter acesso ao que há de mais recente a respeito daquela doença.

O profissional, como conseqüência, fica em uma situação aflitiva. Desse modo, essa difusão da informação é um fenômeno extremamente significativo do ponto de vista de alteração da qualidade da demanda, da alteração da noção de necessidade da Saúde ou de serviços da Saúde e, muitas vezes, induzindo a um consumo ou uma demanda com graves distorções. Isso leva a novos padrões de consumo e existem, em meio a tudo isso, os interesses corporativos que não são pouco significativos. Existem aí, muito mais em relação ao sistema público do que ao privado, necessidades crescentes com recursos limitados. Necessidades crescentes, com recursos sempre limitados. Infelizmente, essa não é uma situação transitória.

Por que no Brasil resolvemos inventar essa história de ter um Sistema Único de Saúde? O que nós tínhamos antes, de restrição de acesso não era uma coisa muito dramática, porque os recursos, do ponto de vista de atenção à Saúde, ou de conhecimento, era muito menos do que o que se tem hoje.

Mas, o que se discutia nas décadas de 1960 e 1970 era a necessidade de acabar com essa situação

Secretário Adjunto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

de que quem podia pagar tinha acesso e quem não podia não tinha acesso – quem tinha direito ao INAMPS tinha acesso e quem não tinha direito não tinha acesso. Esse drama era muito menor, porque, por exemplo, não existia a Terapia Intensiva. Assim, se não existia a UTI, não havia nenhum drama em alguém morrer porque não tinha acesso a ela. Não existia a necessidade de Terapia Intensiva desde quando não existia o recurso Terapia Intensiva. Não era dramático não poder fazer uma ressonância magnética, de joelho ou tornozelo, porque isso não existia; não era dramático ficar em uma fila de transplante e morrer, porque não se faziam transplantes. Mas, se essa situação persistisse hoje, seria um grande drama, porque existem todos esses recursos. Porém, com o SUS, se persiste a dificuldade de acesso, não resta nenhuma dúvida quanto ao direito que está constitucionalmente assegurado.

Por outro lado, é do ponto de vista da organização do Estado que temos uma inovação significativa, um novo produto. Porque o que tínhamos era um *salve-se quem puder*. Muitas vezes, no mesmo município, a Secretaria Estadual de Saúde tinha um hospital, o INAMPS tinha um grande Posto de Assistência Medica (PAM), o Ministério da Saúde tinha alguma unidade e por aí afora. Muitas vezes, onde havia a ação de um desses entes, freqüentemente havia a dos outros, porque onde havia disputa política havia maior interesse político. As pequenas cidades e as regiões mais pobres não tinham nem a presença da Secretaria de Saúde do Estado, muito menos a do município, pois a Secretaria Municipal de Saúde era uma raridade. Até cerca de vinte anos atrás, praticamente não existia Secretaria Municipal de Saúde. O que havia era esse conjunto de entes atuando sobre a situação, a atenção à Saúde da população, muitas vezes ou quase sempre de forma competitiva, principalmente pelas motivações político-partidárias.

Não tínhamos um sistema de Saúde e nem um gestor para esse sistema. Do ponto de vista do financiamento, o que existia, na verdade? O seguro, que era o INAMPS, financiado por contribuições dos empregados, empregadores e, com esse gerenciamento da união. É importante dizer que, na verdade, com a união gerenciando recursos privados – porque é das empresas e dos trabalhadores – o acesso era restrito àqueles contribuintes. Os seus dependentes tinham problemas sérios de desequilíbrio financeiro. Quem não lembra do tempo de tantas confusões de crise da Previdência. Depois, o mais grave é que se retirou toda a despesa com a Saúde e a crise da Previdência continua existindo da mesma forma. Mas esta é uma outra questão.

Antes do período mais critico, houve uma grande expansão de cobertura da Previdência, do ponto de vista de parcelas da população. Além do já mencionado envelhecimento da população, eclodia naquela época a crise do petróleo, com o agravamento de dificuldades da economia com queda de arrecadação.

É nesse contexto de crise que surge o SUS e – destaco – também a *universalidade* e a *integralidade*. Seria mais fácil: *Para todo mundo, vamos garantir vacina e vigilância epidemiológica* ou se, ao inverso, fosse: *É tudo, mas para uma parcela da população.* Ou seja: *Para quem não tem renda ou tem renda familiar inferior a meio salário mínimo, nós vamos fazer alguma coisa.* Isso também seria mais fácil. Mas não é, a nossa ousadia é muito maior: é tudo para todos. Inclusive, essa questão da integralidade é o principal problema que enfrentamos no SUS hoje, inclusive colocando em risco sua sobrevivência – qual é o limite da integralidade?

Com isto, um juiz manda fornecer um medicamento que não tem registro no Brasil e o secretario tem que dar um jeito de importar para fornecer, pois senão vai preso. O que aconteceu foi que se trouxe um pouco da universalidade para a integralidade: a integralidade não tem fim, como o Universo – ficou uma conjugação de conceitos. Mas, além disso, o SUS tem como princípios: a *igualdade* e a *participação da comunidade*, *descentralização* com direção única em cada esfera e aí começam os nossos desafios. Temos, então, o que está constitucionalmente definido de que os governos Federal, Estadual e Municipal são responsáveis pela gestão e financiamento de forma articulada e solidária. Quer dizer, isso é maravilhoso; agora, colocar isso para funcionar, é extremamente complicado e aí vem o nosso novo produto.

Essas são as nossas dificuldades. Assim, os recursos são insuficientes e sempre serão. E as transferências... aí é um dilema, porque não estão de acordo com a capacidade de gasto dos municípios e fica aquela coisa: *Quem tem mais capacidade você transfere mais dinheiro e aí o pobre fica cada vez mais pobre? Não, mas você transfere igualmente tendo uma base per capita. Então, o mais pobre ter menos capacidade de gasto aumenta o desperdício?* Há, sem dúvida, um gerenciamento inadequado, aqui relacionado intencionalmente em terceiro lugar; nunca em primeiro, pois o principal problema é falta de dinheiro, que é pouco. Há dificuldade de gerenciamento? Claro que há, mas, antes de tudo, o dinheiro é muito pouco. Acho que no SUS, são feitos pequenos milagres com o pouco dinheiro de que se dispõe.

Existe uma iniqüidade na distribuição de recursos porque estamos implantando o SUS; estamos desde sempre implantando o SUS tendo, por base, a distribuição de recursos que o INAMPS nos deixou. Essa distribuição de recursos do INAMPS era coerente com a lógica de um sistema contributivo. O INAMPS gastava mais dinheiro nos estados que tinham mais beneficiários e assim tinha que ser. Conseqüentemente, mos locais em que havia mais atividade econômica formal, mais gente contribuindo com carteira assinada. Quando se pega essa base de um sistema que é contributivo e se faz a aplicação a um sistema universal, leva-se uma distorção absurda. Ocorre que, na vida real, infelizmente faz-se mais o que é possível do que o que é desejável. Desse modo, o ajuste disso tudo caminha bem devagar. Comenta-se muito essa diferença entre os Estados, mas a diferença entre os municípios é muito mais grave.

Em relação ao nosso produto, à nossa inovação, por que essa coisa é tão complicada? Primeiro: existe uma necessidade de pactuação permanente, na qual tudo deve ser negociado e conversado. Isto porque esse grande empreendimento do SUS tem três sócios. Já não é pouco problema ter três sócios, mas é um pouco mais complicado, porque os três têm a mesma quantidade de ações e do mesmo tipo de ações do empreendimento. Desse modo, um não manda mais do que outro e é mais complicado ainda, porque um desses sócios é um só – o Ministério da Saúde – e o outro tem que ter um esquema de representação, porque são 27 sócios. Existe uma outra parte, que é muito mais complicada, que são 5 050 sócios que têm que dar um jeito de se conseguir representar. Aí, existe entre esses, desde município com mais de 10 milhões de habitantes até municípios com menos de 1 000 – um município do interior da selva amazônica e o Município de São Paulo.

Existe ainda um complicador adicional, que é como fazer essa representação. Independentemente da determinação constitucional, da definição legal de que a gestão é compartilhada e solidária é que na Saúde não tem jeito, há uma interdependência absoluta. Não é possível aos municípios terem, como divisa: *Nós estamos vivendo uma situação transitória de que o município não pode resolver todos os problemas da população. Vamos estabelecer uma meta que em dois anos ou em dez anos nós vamos resolver.* É impossível, ou seja, sempre haverá necessidade de uma integração e de uma articulação entre os municípios para constituir um sistema regional e, por sua vez, um sistema estadual; depois, então, um sistema nacional.

Isso torna esse processo extremamente complexo. Normalmente, não se comenta sobre esse aspecto, por isso preferi adotar essa linha de apresentação. Existe a questão do controle social. É uma grande vantagem,

mas se compararmos como os planos e seguros de Saúde, o controle social com que temos que lidar no SUS é extremamente mais complexo. Na verdade, em um determinado momento, pretendemos que a Saúde redemocratizasse o país. Quando, na verdade, a Saúde pode e deve contribuir, mas não é a Saúde que vai redemocratizar o país, não é a Saúde que vai fazer com que cada cidadão seja efetivamente cidadão.

No controle social, fico profundamente angustiado quando se fala em formação de conselheiros, porque o conselheiro de Saúde deve ser um cidadão e se você começa a profissionalizar o conselheiro, este deixa de ser uma representação do cidadão e passa a ser uma ocupação, uma profissão. Essa é uma questão complicada e isso leva, por um lado, à insuficiência, por outro lado, ao excesso: em alguns lugares o conselho diz a*mém* para tudo que o executivo faz e, por outro lado, o Conselho quer assumir o papel de executivo e assinar cheques, contratar, demitir, comprar, pagar, não pagar e isso cria uma grande dificuldade. Fazer a gestão desse sistema dessa forma, sempre compactuada para fazer a universalidade, a integralidade com três sócios e com esse estagio do controle social é um grande desafio.

Em certa ocasião, a convite da Organização Pan-americana de Saúde – ainda estava no Ministério nessa época – fui a uma reunião em Santiago do Chile para representar o SUS. À medida que ia apresentando esse sistema falando de comissão gestora tripartite, bipartite, conselhos e planos, a platéia me fitava, um tanto incrédula. Comecei a ficar inseguro do meu Espanhol. Comecei a ficar preocupado e vi que na verdade eles estavam era incrédulos que uma coisa dessas pudesse funcionar, porque é um arranjo muito complicado. Eu disse*: Funciona, mas não assim uma Brastemp, mas funciona.*

Usei como um exemplo, a questão da assistência farmacêutica, de modo especial os chamados medicamentos excepcionais que é, talvez, o principal problema que se tem hoje no SUS; o Estado de São Paulo, somando recursos do tesouro e recursos federais, nesse ano de 2007 deve gastar mais de 1 bilhão de reais. Alguma coisa em torno de 500 milhões de dólares com medicamentos excepcionais, dos quais um pouco mais da metade são recursos federais e a outra metade é recurso do tesouro do Estado. Os medicamentos excepcionais é uma relação basicamente, do ponto de vista do gestor, entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde. Já a assistência farmacêutica básica tem uma participação importante do Ministério, inclusive, no financiamento, mas tem uma questão de negociação logística, inclusive no caso de São Paulo, de produção muito importante com o Programa Dose Certa.

No sentido de procurar cada vez mais ampliar o conceito de prevenção, vejo que os planos e seguros de Saúde também começam a fazer trabalhos específicos com populações específicas e isso é uma coisa extremamente significativa. Viu-se que o trabalho que se fazia com a população de diabéticos ainda tinha uma fragilidade muito grande, mesmo com a atenção ambulatorial com fornecimento de hipoglicemiantes orais e outros recursos. Observou-se que muitos pacientes não conseguiam utilizar adequadamente, porque não conseguiam ter esses insumos, que é uma coisa absolutamente simples. Assim, chegou-se à conclusão da necessidade de se fazer um programa de dispensação de insumos para o controle da glicemia. Para quem tem o dinheiro e pode ir ali comprar é a coisa mais fácil do mundo, que é seringa; lanceta, tira de dosagem e o glicosímetro. Então, a idéia foi como fazer isso chegar a todos os pacientes no Estado.

A Secretaria de Saúde elaborou um projeto e, resumindo bastante a ópera, apresentou na Comissão Intergestores Bipartite, o exemplo concreto de uma pactuação – Secretaria Estadual de Saúde e representação dos Municípios – a idéia de fornecer esse *kit* para todos os pacientes diabéticos cadastrados, insulinodependentes. A Secretaria fazia uma proposta que era*: Eu entro com 75% e vocês entram com 25%. Mas, por que entra com 75? Porque não integral?* Não, vamos compartilhar para que haja uma maior responsabilidade em relação a isso, o município deve cadastrar todos os pacientes no sistema e a Secretaria de Saúde se encarrega de fazer uma ata de registro de preços e transferir para o município, tendo por base esse cadastro de pacientes o valor correspondente a 75% desse *kit* multiplicado pelo numero de pacientes cadastrados por determinado período; o município adquire os *kit*, acrescentando os 25% e faz a entrega ao paciente.

Desse modo, a Secretaria faz a ata de registro de preços, os municípios adquirem os insumos, cadastram os pacientes, entregam os insumos e a Secretaria transfere o valor correspondente dos 75% do valor da ata de registro de preços que a Secretaria Estadual de Saúde fez e acompanha, avalia e controla, por um sistema de informações que tem dados inclusive por paciente. É possível, inclusive, identificar se o paciente não recebeu, não procurou, não teve acesso ao *kit* em tempo real. Isso faz com que hoje no Estado de São Paulo tenham 171 041 pacientes, recebendo regularmente em seu município, sem se deslocar para outro município. Hoje, temos 100% de adesão; todos os municípios do Estado estão integrados nesse programa. 2007 é o terceiro ano; em 2005, quando começou, 30 municípios não aderiram.

Em 2006, foram apenas três municípios que continuaram fora do programa. Hoje, todos os municípios aderiram e temos 171 041 pacientes que recebem regularmente em seus municípios, esses insumos para o controle da glicemia e o uso da insulina. Entendo ser este um produto novo e interessante, mas queria usar mais como exemplo da operacionalização desse sistema, que é extremamente motivador, mas extremamente complexo. Fazer tudo isso com muito dinheiro já seria difícil mas, com pouco dinheiro, é um dos nossos pequenos milagres.

# Evolução da remuneração dos serviços médicos

Márcio Vinícius Balzan

Tomando como foco as mudanças nas organizações de Saúde e, de modo particular, os novos modelos de remuneração dos serviços médicos, tentarei apresentar um apanhado sintético da história da remuneração dos serviços médicos, de 1983 até esta data. Em uma primeira fase, existiu o chamado pagamento por serviços prestados (*fee-for-service)* ou seja, o médico recebia pelos procedimentos que realizava, o mesmo acontecendo com os demais fornecedores da saúde. O principal inconveniente desta forma de remuneração era o risco dos resultados da assistência ficar todo por conta das operadoras, assumindo de alguma forma a ineficiência administrativa dos hospitais. Lembrando a esfera pública, em que quanto mais tempo o paciente ficasse internado, mais interessante isso seria para o médico e mais ainda para o hospital.

No final da Década de 1980 a tabela do SUS, trazia como um dos seus componentes o tempo de permanência, em dias, da internação para cada quadro patológico ou procedimento cirúrgico. Inicialmente, a internação era paga quando o tempo de permanência de determinada doença correspondesse a 50% do tempo previsto, mais um dia. Esse modelo de remuneração foi copiado pela Saúde Suplementar, segundo o qual , recebia mais quem fizesse mais. Tal modelo trouxe muita desvantagem para o todo o sistema de saúde, pois seu financiamento é finito e, hoje principalmente, com toda regulamentação existente no setor, há um grande problema, um grande desafio, no equacionamento das receitas e das despesas. Apesar de ultrapassada, esta forma de pagamento ainda é praticada por boa parte das operadoras de planos de saúde, principalmente pelas cooperativas médicas. Na seqüência, houve alteração na forma da remuneração, com o médico tornando-se assalariado, com registro em carteira. Na atualidade, o médico tem uma forma de remuneração como funcionário público, principalmente com a abertura das frentes de Programa de Saúde da Família. As prefeituras, assumindo a gestão da saúde, passaram a contratar mais médicos para poderem ocupar o espaço que o Ministério e o Estado acabaram deixando como compromisso das prefeituras. Uma variante do assalariamento é o *mix* salário mais produtividade, configurando um modelo nacional do *fee-for-performance*. Pouco estruturado e praticado em algumas cidades brasileiras, apresentava uma única meta: não se admitia a existência de filas. Não havia nenhuma outra meta, nenhum outro compromisso. Era interessante, pois o piso salarial era garantido e conforme o volume cirúrgico, ou a quantidade de consultas – enfim, de procedimentos –, o profissional recebia um *plus* (calculado como percentual da tabela de referência), para poder eliminar a fila e garantir o acesso aos serviços. Não existia nenhum outro critério para a remuneração.

Uma outra forma de remuneração praticada no início dos anos 90, com experiências pontuais – não no Brasil todo – na qual, dependendo da especialidade e do que era feito durante a consulta, era estabelecido um "*porte*" para a consulta. Este porte era medido por pessoas que não tinham capacitação para a tarefa. Desse modo, se houvesse a utilização de algum equipamento do tipo eletrocardiógrafo, um espirômetro, ou um simples *peak flow*, por exemplo, os médicos recebiam um *porte* diferenciado da consulta e, com isso, o valor desta consulta ficava maior. Isso também não deu certo: quebrou. O que se vê hoje é a verticalização da assistência, praticada pela grande maioria das operadoras de planos de saúde, atendendo os beneficiários em seus serviços próprios (ambulatórios, laboratórios, clínicas de fisioterapia, hospitais). Remuneram os médicos como assalariados registrados em carteira ou através de contratos com pessoas jurídicas (empresas de prestação de serviços dos próprios médicos) ou na forma de pacote de serviços, onde a remuneração é resultante das coberturas e responsabilidades acordadas com as equipes.

Um dos modelos mais atuais o *capitation*, não está sendo aplicado com maior ênfase por nós, em virtude da falta de profissionalização do setor saúde e pela falta de dados e informações para os cálculos. É mais comum com as especialidades cirúrgicas que são convidadas a dar atendimento a uma população de uma determinada região geográfica. Dessa forma, estima-se a demanda por serviços naquela população por exemplo, para oftalmologia há 4% de necessidade dessa especialidade numa população fechada, gerando um determinado número de consultas por mês; outro tanto de procedimentos; cirurgias ou não; e, com isso, é estabelecido um valor fixo para a remuneração. Como conseqüência, a equipe tem que trabalhar com esse valor, dando conta de atingir algumas metas pré estabelecidas, como volume cirúrgico, prazo de agendamento, as urgências devem ser atendidas no mesmo dia e outros. A equipe fica responsável pelo gerenciamento das cirurgias, seus agendamentos e os resultados das várias metas acordadas.

Algumas especialidades consideradas difíceis tais como reumatologia, neurocirurgia e hematologia, requerem remuneração maior, em virtude da menor quantidade desses profissionais. Em geral não aceitam o formato de *capitation*, mantendo o *fee for performance*. Antes de ouvirmos as experiências dos expositores desta noite, lembramos as iniciativas de algumas Unimed s com o modelo de meta-referencial. Definia-se dentro de cada especialidade um número de consultas, o valor agregado por exames e os procedimentos gerados por essas consultas. Quem estivesse com um desvio padrão para cima ou para baixo, ótimo; quem estivesse na média, melhor ainda. A remuneração era variável na dependência do comportamento dentro das metas estabelecidas, compartilhando a utilização do sistema com os médicos. Caso se afastasse da média para cima, o responsável era chamado para conversar com a Diretoria, gerando vários atritos entre os cooperados.

Existem casos hoje onde determinados serviços estão com dificuldades para encontrar cirurgiões vasculares para o tratamento de aneurisma de aorta abdominal, pois dependendo do valor da remuneração do coeficiente de honorário médico (CH) , o valor que o cirurgião receberá poderá não alcançar R$ 800,00 – sendo que ele fica responsável pelo paciente durante dez dias de pós-operatório sem auferir nenhum outro ganho. O mesmo ocorre com outras especialidades cirúrgicas.

Na outra ponta está surgindo a cirurgia endovascular, com a utilização de endopróteses. A curva do aprendizado disso tudo e o resultado: quem está ganhando? Os fornecedores, porque o médico continua nos mesmos R$ 800,00.

Pesquisador associado e membro do comitê assessor do GVsaúde da FGV-EAESP

# A experiência da UNIMED Franca

Ricardo de Oliveira Bessa

Nossa UNIMED, sediada em Franca, a 400 quilômetros de São Paulo, com 282 médicos cooperados, está assistindo a uma das maiores crises econômicas de que a história recente da cidade tem notícia: a crise do dólar. Isto porque essa moeda, para nós, nesses preços, significa crise para o mercado exportador de calçados, que é um dos principais mercados brasileiros.

Estamos vendo a nossa curva de clientes declinar nos últimos anos, porque eles não têm condições de bancar o preço da assistência médica. São demitidos das empresas e temos vivido uma crise sem precedentes na cidade: a invasão dos calçados chineses. As nossas empresas não estão preparadas para enfrentar dificuldades dessa natureza. E o que acontece nas empresas de calçados de Franca, de uma maneira geral, acontecia também na UNIMED local, que é uma cooperativa médica.

Há alguns anos, a Cooperativa ouviu falar de um gerente – do chamado *gerentão*. Mas ela não possuía o nível intermediário, capaz de entender a estratégia, colaborar para o seu desenvolvimento junto à alta Direção e que pudesse organizar o grupo que está abaixo de si.

Minha intenção é mostrar como estava a empresa que assumimos, qual a proposta nesse momento e uma série de ferramentas que foram utilizadas na gestão. Uma delas é uma variação do sistema de remuneração, coisa não muito diferente daquilo que se faz hoje na maioria das empresas.

Fomos os pioneiros em *meta referencial* e isso causava um sofrimento brutal. Porque era um gerador de conflitos mensais e de um terrível desgaste. Evoluímos e, ao menos, o modelo atual, além de tudo que foi construído, respalda a Diretoria, diminui os conflitos. Mas, estes ainda existem. Temos que avançar muito, com todas as dificuldades.

Temos um hospital próprio, com 124 leitos. O hospital é acreditado pela ONA. Existem, na região, cinco hospitais credenciados, inclusive a Santa Casa de Franca.

O universo de Franca é o de uma cidade de 320 000 habitantes. A grande massa da população é de trabalhadores das indústrias de calçados e seus componentes. Possuímos um plano próprio privado de Saúde, uma Medicina de Grupo própria da cidade – nosso concorrente, com aproximadamente 40 000 clientes. Chama-se Hospital Regional. Era uma dissidência da classe médica. Médico vive brigando a vida toda. Essa dissidência da Santa Casa deu origem a um hospital privado, com um bom padrão para a cidade e, algum tempo depois, estruturou a Medicina de Grupo, que concorre com a UNIMED. A concorrência nunca foi na qualidade, mas sim nos preços. E brigamos por preços a vida toda, conseguindo baixá-lo muito. Ninguém ali ganhava dinheiro pelo trabalho que fazia.

Quando assumimos, as dívidas eram ligadas a obras e reformas. Eleições a cada dois anos, com os 282 cooperados votando em um modelo de chapa presidencialista, com sufrágio bianual.

Fazíamos oposição a um outro grupo político. nossa oposição era por discussão de sistema de gestão. Não tínhamos problemas do ponto de vista moral, ou de honestidade, nada disso. Mas, brigávamos muito. Ganhávamos e perdíamos as eleições. A diferença era de onze votos; dois anos depois, de cinco votos. Quando um ganhava, o outro não deixava trabalhar. Íamos baixando progressivamente os preços e, em uma empresa que faturava R$ 3,6 milhões por mês, quando assumimos, as dívidas eram muito grandes: cheque especial, *hot money*, CH (coeficiente de honorários) há cinco anos a 0,18.

O Hospital próprio veio de uma segunda Medicina de Grupo que, há cerca de quinze anos, resolveu fazer uma dissidência também, porque brigou e perdeu o poder. Mas era um grupo de médicos mais velhos, que tinham ganhado dinheiro com Medicina, com trabalho médico numa fase anterior a essa. Conseguiram ser um grupo de empresários, médicos empresários, com outros negócios e construíram o hospital.

Com 124 leitos, é um hospital de bom padrão, em uma área boa da cidade. Essa Medicina de Grupo, quando da regulamentação, contava com 12 000 clientes. O hospital era muito grande para eles. Trabalhavam com 30 leitos. Fomos por eles procurados e ajudamos a intermediar o negócio. Compramos esse hospital há oito anos e pagamos R$ 12 milhões.

Ao assumirmos, em fevereiro de 2004, o cenário estava complicado, a tendência era quebrar, era a insolvência. Cooperativa não quebra, mas seria a insolvência, se continuássemos por aquele caminho.

Em função da alternância nos resultados eleitorais, estávamos na gestão, mas com grandes dificuldades até mesmo frente ao nosso próprio grupo. Eu era um dos diretores. Em um determinado momento, resolvi parar de brigar com o outro grupo. Abri mão de algumas coisas e fui conversar com eles, que eram meus colegas. Éramos adversários, mas nos encontrávamos socialmente, a cidade não é tão grande. Disse a eles: *Olha, eu sou o candidato natural do meu grupo...* Já havia aberto mão disso há dois anos, porque escolhemos um com menor

Diretor presidente da UNIMED Franca

rejeição. *Precisamos ganhar a eleição.* Fiquei na retaguarda. Procurei o outro grupo dizendo: *Olha, não tem jeito mais. A última eleição foi por cinco votos, a gente conseguiu produzir muito pouco. Vamos tentar nos unir politicamente, definir algumas premissas básicas, fazer planejamento estratégico.* Eu já tinha aprendido isso, já tinha lido, convivia com algumas pessoas, fui diretor aqui da Associação Paulista de Medicina alguns anos, fui diretor da Associação Médica Brasileira nos mandatos do Dr. Eleuses Paiva.

Nossa intenção era a de fazer algumas coisas diferentes. Mas a grande vontade era introduzir as ferramentas de gestão e alguns modelos. Na UNIMED Franca não havia metas, indicadores, ou produtividade. Havia um saldo bancário. A administração se dava pelo saldo: dá para fazer, dá para pagar, dá para comprar.

Em um determinado momento, entendemos que havia a necessidade de tentar fazer uma coisa diferente. Conversamos com o outro grupo: *Vamos nos unir politicamente, vamos tentar criar cinco cargos de Diretoria Executiva e colocar algumas pessoas que entendam de gestão.* Fizemos as premissas – conseguimos construir isso –, fomos para uma eleição com chapa única, em fevereiro de 2004. Estou no último ano do segundo mandato como presidente.

Juntamos o grupo, contratamos uma consultoria e fomos para o planejamento. Fizemos o diagnóstico da organização, elaboramos toda a documentação do diagnóstico, das metas principais a serem atingidas. Levamos isso para uma assembléia e foi aprovado. Em fevereiro assumimos; em maio, isso estava aprovado em assembléia. Na cooperativa, convoca-se uma assembléia de 280 médicos. Normalmente comparecem 20%, mas é com esse grupo que você tem que debater e obter autorização para implementar mudanças. Chegamos a isso e conseguimos reverter a situação. Foi isso o chamou a atenção: uma virada muito rápida.

No primeiro ano, imaginávamos conseguir ter um resultado de R$ 2 milhões e alguma coisa, e eu duvidava que aquilo fosse possível. E conseguimos isso muito rapidamente.

Alguns exemplos: redução de custo operacional, despesa administrativa. Fizemos uma negociação com o Unibanco, simplesmente para depósito de folha de pagamento – na época gerou um recurso R$ 1,3 milhões –, que foi pago à vista. Aumentamos a receita do hospital, fizemos redução de custo assistencial na UNIMED, mas os valores aí não interessam muito. O fato é que conseguimos fazer planejamento estratégico, o diagnóstico, implementar o PDCA, envolver a Diretoria, cooperado e os funcionários. Conseguimos acompanhar esses indicadores. Porque uma coisa também é construir dois volumes e não acompanhar isso mês a mês. Conseguimos fazer um acompanhamento por meio da RMVR.

Como estamos longe de São Paulo, não temos a mesma facilidade de acesso à educação continuada que existe nas regiões próximas à Capital. Um exemplo é o da contratação de um gerente para uma determinada área: fazemos contato com as grandes empresas de recrutamento de pessoas, que colocam cerca de 2 000 currículos à nossa disposição. Na seleção, escolhemos algo em torno de 200. quando é divulgada a informação de que a vaga é para o Interior do Estado, esse número cai para 50. Após a revelação de que o posto de trabalho localiza-se em Franca, restam, finalmente, três ou quatro candidatos. Isto porque, se a preferência não recai diretamente sobre São Paulo, é possível que se destine a cidades como São José dos Campos ou Campinas. Temos dificuldade na contratação de executivos.

Mas, profissionalizamos a empresa, com a definição dos seus níveis gerenciais. Não possuíamos um gerente financeiro, um gerente de provimento de Saúde, ou um administrador com conhecimento de Administração hospitalar.

Definimos as missões de cada unidade de negócio, os seus indicadores e cada uma delas. Fizemos planejamento orçamentário e é interessante notar que essas reuniões de RMVR são aquelas clássicas. Aquela reunião de PDCA mesmo, que repassa tudo e as pessoas têm as metas para cumprir. Definimos isso em planejamento estratégico no início do ano, com o grupo de colaboradores, de gestores e cooperados: envolvemos todo mundo. Fazemos isso há três anos. Definição de metas, que são mostradas para diretor, gestor, colaborador; supervisor e coordenador, em diferentes níveis da empresa. E é verde ou vermelho. O vermelho é relatório de três gerações, não é de justificativa. Trabalhando assim, temos conseguido avançar.

Reposicionamos a empresa e, aí, as coisas melhoraram. Isso é um resumo das diferentes ferramentas. Começamos dessa maneira: chamamos isso de casa da qualidade, que é a visão sistêmica do nosso negócio. Começou no planejamento estratégico, temos vencido essas diversas etapas. Avançamos muito em responsabilidade social, mapeamento de processo. Fazemos isso continuamente.

Uma das áreas que ainda não está completamente estabelecida, é a de TI. Estamos resolvendo isso este ano, como adequação de sistema de gestão, pois, para obter informação, do jeito que está é a coisa mais difícil do mundo.

Chegou o momento em que estávamos dentro do hospital, ocupando áreas nobres, com três ou quatro casas alugadas em volta e era necessário alugar mais uma. Foi quando disse: *Não, pára! Não tem. Eu preciso ir falar com o comercial, e leva 40 minutos para atravessar a rua e vim aqui. Como é que faz? Não tem jeito. Arruma um imóvel na cidade, para a gente alugar.*

Quantos metros quadrados naquele imóvel? 1 600; 1700 metros quadrados. Conseguimos esse imóvel inicialmente para alugar. Não deu certo e compramos, por R$ 1,5 milhões, fizemos uma reforma de cerca de R$ 600 mil. Três vãos livres eram alugados para um banco.

A operadora está inteira ali, no centro da cidade, com um suporte excelente de atendimento ao cliente no térreo, com autorização, atendimento ao cliente, auditoria. O cliente não precisa ir para o primeiro e segundo andar. O nível operacional no primeiro andar; e gerência e nós da diretoria, no segundo e terceiro andares.

Investimos permanentemente no hospital, em melhoria de infra-estrutura. Estamos fazendo isso lá ao longo desse tempo porque, com a introdução dessas ferramentas de gestão no sistema cooperativo, isso era feito de forma empírica. A introdução dessas ferramentas possibilitou que tivéssemos grandes resultados e os resultados possibilitaram que fizéssemos grandes investimentos.

Uma das coisas que fizemos na ferramenta de gestão foi a contratação de uma empresa, pois queríamos sair da meta referencial e tinha muito desperdício, sem nenhum controle sobre produção médica. Confesso que a primeira coisa que nos aproximou dessa empresa foi o fato de que eles contavam com um sistema via *web,* no qual era possível que o médico acessasse e olhasse aquilo que ele tinha produzido. Não tínhamos nenhuma ferramenta na UNIMED que pudesse mostrar isso para o doutor. Quando íamos fazer alguma discussão sobre ele, o máximo que conseguíamos fazer era a média e isso era complicado discutir com o doutor, porque ele também tem muito conhecimento.

Esse acesso *on-line* permitia, por exemplo, que o médico fizesse comparações com os demais colegas da especialidade e o quanto ele solicitava de exames, o quanto internava, em relação aos outros colegas da especialidade.

Sei que isso pode gerar críticas, mas o nosso problema era diminuir o desperdício, porque não era possível prosseguir assim. A operadora de Plano de Saúde tinha problemas terríveis porque não era mais possível fazer uma consulta por R$ 18,00 e isso já há vários anos. Tinha que mudar isso de alguma maneira. Esse sistema possibilitou tudo isso, que o doutor pudesse olhar a sua performance.

Os indicadores são muitos. O doutor olha para a situação dele, vê que

atende 550 consultas por mês – um cardiologista –, faz 65% de retorno e que todos os 282 têm que pagar por isso, o retorno remunerado no mês seguinte. No mês seguinte esse colega atendia 65% dos clientes. Isso mostra, os doutores que são donos de serviços próprios, o percentual de exame que pedem para o laboratório deles. São médicos cooperados, mas possuem o próprio laboratório. A quantidade de exame que pedem para o próprio laboratório é completamente diferente da média dos outros colegas. Boa formação, título de especialista – existem os critérios de entrada na cooperativa –, e os números eram completamente diferentes. Isso chocou, a princípio. Mas era bom que ficasse desorganizado. Para algumas especialidades médicas, os doutores detestaram quando organizamos a casa. Porque quanto mais bagunçado, para eles, melhor era.

Para não incorrermos nos erros, nas dificuldades e nos conflitos com a meta referencial que já tivemos, fizemos inúmeras reuniões com especialidade, com cooperados. Definimos algumas parametrizações de especialidade, colocamos o modelo no ar, disponível para o doutor, de agosto a dezembro. Numa assembléia no final de novembro a início de dezembro, depois de todo mundo conhecer o método, conseguimos a aprovação, implantamos definitivamente em janeiro de 2005.

Utilizamos somente alguns indicadores que nos interessavam: gasto por consulta, reconsulta, consultas não vinculadas na especialidade, exames auto-gerados, e os gastos por internação. Alguém poderá dizer: *Puxa, um doente grave: ninguém mais quer operar doente grave.* Esses casos serão tratados como exceção e o médico não perde ao atendê-los.

Estamos envelhecendo, a cidade não cresce, a massa de usuário não cresce, a cooperativa está fechada. Essa é a realidade nossa e da maioria das operadoras, de cooperativas médicas no Estado. E isso vem gerando uma dificuldade. Conseguimos colegas para trabalhar, para ficar à distância ou para operar o caso grave. Evidentemente que esse método não contempla todos. E o doente grave, o doente que distorce e o trauma; o doente que precisa ficar internado muito tempo, gente tem os níveis de avaliação de justificativa. Não nos interessa de forma alguma brigar com o médico, puni-lo porque ele tem um paciente grave que ficou internado e isso estourou no indicador de gasto com internação. Isso é aceito na justificativa na auditoria, imediatamente.

Algumas dificuldades fora da auditoria, vão para o Comitê de Especialidades, que é votado por esses 282 integrantes, com representantes de quase todas as especialidades. Dificuldades como, por exemplo, o caso de algum colega sem bonificação, são tratadas pelo Conselho de Administração. Mas, normalmente, isso não chega a esse organismo, não existe esse tipo de discussão.

Isso permite analisar os cirurgiões que têm um índice médio de operação de apendicectomia / ano, historicamente de 5% ou 6%; e existe cirurgião que tem 38%, o que provoca imensa distorção. Um colega da Diretoria, que é cirurgião, pediu os laudos, o que normalmente não fazemos. Toda essa documentação chega à UNIMED, mas normalmente isso não é analisado em todos os casos, principalmente casos de apendicectomia. 67% por cento das apendiceptomias são brancas. Segundo o cirurgião, isso não é o habitual de se encontrar na prática médica adequada. Isso foge do padrão de qualquer outro cirurgião que trabalha conosco. Essa ferramenta metodológica tem a capacidade de coibir esse tipo de prática.

Há o caso, por exemplo, um ecocardiografista que quase nunca foi bonificado, durante todos esses meses porque ele faz um número muito grande de exame auto-gerado. Assim, ao fazer os valores, não interessa para ele ser bonificado. Interessa para ele receber a mais, porque o ecocardiograma – ele pede demasiadamente – dá um valor maior do que se fosse bonificado e diminuísse a quantidade de exames. Esses exageros, têm sido enfrentados de modo pontual, com muita tranqüilidade e calma. Temos chamado os colegas, procurado orientar. Temos evitado até de levar os casos para o Comitê de Especialidades. É possível mostrar: *Olha, os seus indicadores são esses. O próximo fórum é o Comitê de Especialidades.* E eles vão, de uma maneira ou outra, tentando se adequar.

São alguns indicadores que são colocados, aí o colega pode observar o gasto por consulta, a quantidade de exame pedida, as solicitações que ele fez de exame. E vai clicando nas telas, mostrando o laboratório onde o paciente fez os exames. Ele tem uma noção de tudo que ele faz e todos os relatórios que ele pode pedir com relação a exames, internação, os pacientes cirúrgicos, ambulatoriais etc.

Alguns resultados: antes da implantação, o custo médio por consulta era na faixa. Com a implantação em 2005, as pessoas procuraram se adequar evitando os exageros. Sempre dialogamos. Continuamos estimulando os protocolos, a Educação médica continuada, as reuniões clínicas. Procuramos fazer isso, dentro do que é possível em uma cidade do Interior. Porque em nenhum momento gostaríamos, com essa diminuição de despesas, tornar precária a assistência médica. Não era esse o nosso objetivo.

Em 2006, houve uma elevação, em 2007 também, muito mais pela quantidade de alguns novos procedimentos que colocamos ali. Mas vem se mantendo em níveis como o de 2005.

Aí existe uma redução preocupante do nosso número de clientes. Infelizmente, não temos conseguido aumentar a carteira de porque a cidade vive uma crise. Hoje discutimos na UNIMED Franca, que já atende classe B e C; já atende classe B, que é o maior grupo de clientes, um pouco da classe C que tem condição de pagar o plano de Saúde. E discutimos se vale à pena, hoje, lançar um produto para a C e D. Não temos certeza disso, e não queremos lançar produto só para aumentar a carteira de clientes, ter uma melhor performance nisso. Então estamos tolerando dessa maneira. Mas isso está dentro de um contexto.

A média de exames que diminui drasticamente de 2004 para 2005. Houve uma elevação em 2006, pois alguns procedimentos não estavam sendo contemplados. Em 2007, já há uma elevação que consideramos natural.

Média do número de consultas. Vem tendo uma queda discreta muito semelhante ao número de clientes. O custo médio de consulta apresenta uma elevação. Ela é justificada, mais ou menos uns 12% dessa elevação de 2005 para 2006, com relação a alguns procedimentos que não tinham sido colocados inicialmente. Isso é um exemplo.

Já ouvi dizer que uma ressonância magnética, ou tomografia, bem indicada é um exame barato. Um hemograma, mal indicado, é caro. Os dez exames mais solicitados na UNIMED Franca são: ecocardiograma; TSH; PSA; mamografia; hemograma completo; endoscopia digestiva alta; ECG; TC de crânio; US do aparelho urinário; e US pélvica transvaginal.

Algumas outras coisas não reduziram muito, mas alguns desperdícios temos certeza que coibimos. Essa é a evolução da produção médica, o que dá sustentabilidade à Diretoria, embora daqui a pouco haja novas eleições. E já há uma corrente dizendo que agora que o negócio já está bom, o salário nosso aumentou, tem muita gente querendo.

Cooperativa é algo sempre muito complicado. É difícil existir o reconhecimento. Ela está estável, sem uma movimentação política muito exacerbada.

Mas, essa é uma coisa que dá respaldo no nosso trabalho e o médico entendeu isso. Isso já tendeu a uma estabilização em 2004. Nós não penalizamos mais. Nós conseguimos aumentar dentro do possível em 2005.

O sistema cooperativo no Brasil, se tiver que pagar todos os impostos que estão colocados, todo o passivo, vai para insolvência. Elevamos o ticket médio, o *per capita* médio – na época que assumimos era menos de R$ 40,00 – para, hoje, na faixa de R$ 78,00 reais. O universo de São Paulo é diferente.

apresentávamos um dos *per capita* mais baixos do sistema UNIMED, mais baixos do Brasil, por causa da concorrência predatória que nós mesmos construímos dentro da cidade. São Carlos, hoje, que é uma cidade próxima, 180 quilômetros de Franca, tem um *per capita* de R$ 130,00, de R$ 120,00. Nem por isso o médico recebe o dobro. Mas o médico é muito melhor remunerado, os serviços são completamente diferenciados. Está certo que a renda *per capita* da cidade é diferente também.

Os impostos que a UNIMED Franca devia ao INSS eram de R$ 15 milhões. Nosso faturamento hoje é de R$ 5,4 milhões. Pretendemos fechar o ano – a nossa meta – com faturamento de R$ 65 milhões, entre operadora e hospital.

Devíamos para o INSS, por causa da lei da regulamentação. A cooperativa foi arbitrada em 15% do faturamento. Ela devia R$ 15 milhões porque os advogados do sistema nos disseram: *Não deposita em juízo, isso é inconstitucional. Vamos brigar.* E eles cobravam 7% para nos defender, quando a causa estava em R$ 15 milhões. Isso eu falo aqui, mas já falei isso do sistema várias vezes, até para os advogados que nos orientaram mal. Quinze milhões a gente devia, a cooperativa ia para leilão em outubro do ano passado. Chegou a ser marcado o leilão, execução fiscal, bens indisponíveis de 18 diretores, inclusive de um espólio que tinha sido diretor há seis anos e o colega havia falecido.

Com toda essa melhoria, com a sobra de dinheiro que teve, nosso contingencial para pagar o INSS, pagamos à vista R$ 11 milhões no final de 2006. Se não houvesse esse problema, essa remuneração médica seria completamente diferente. Teríamos até condição de discutir o *capitation*, que é o sonho de muito gestor de cooperativa, principalmente se a Oftalmologia levasse só 4%, como se viu em alguns casos.

E reconhecemos uma dívida de PIS e COFINS de mais R$ 11 milhões de reais. Essa, nós optamos pelo REFIS para pagamento em 130 meses. Nós não pagávamos impostos de ISS, a prefeitura de Franca resolveu cobrar. Hoje nós pagamos todos os impostos. Isso dá mais de R$ 300 mil / mês. Pagamos tudo. Não tem nada para trás. Está regularizada a situação da empresa.

Conseguimos mudar a curva de remuneração. É por isso que o médico está tranqüilo. Aumentaram as faixas salariais de maior ganho.

Mas essa é a nossa realidade. Melhorou muito, mudou a curva e as pessoas estão se sentindo mais valorizadas.

E aí, saímos do CH de 0,18, para o CH de 0,20; ou 0,22. Foi progressivamente, pouco a pouco, mas nunca recuamos. Isso vai dando cada vez mais credibilidade. Nós estamos com 0,33; estamos indo para 0,36 agora em julho.

Desde o início, a bonificação atingiu o percentual de cooperados que esperávamos mesmo que atingisse. Porque, com um modelo desses, implementa-se os indicadores, discute com todo mundo e o índice de bonificado é 20 ou 30%, o negócio não iria para frente. Isso vem sendo a nossa realidade desde 2005.

Essa é a nossa realidade: era 0,18 e foi para 0,22; foi para 0,33 e meta de 0,36, com a cooperativa saneada, organizada, o cliente mais satisfeito. Temos os indicadores; avaliação, nós temos isso por pesquisa. Temos vários outros benefícios que são colocados para o médico cooperado que tem as suas dificuldades. Não são ainda do jeito que gostaríamos, mas estamos evoluindo para isso. Existe programa de férias, seguro de vida; o plano de Saúde absolutamente subsidiado, tanto para o cooperado quanto para o parente de cooperado. Há sinistro, em caso de falecimento. Temos até telefone celular, com um dos preços mais baratos do Brasil. Até há pouco tempo, fomos o maior cliente corporativo da Claro. Temos um VC-1 lá de R$ 0,22. Isso é benefício indireto, não é coisa que se que fazer, mas faz também. Essa conta reduz em R$ 60 000,00 o gasto em telefonia celular. Estamos em uma cooperativa, desse modo, fazemos isso também.

Não ficamos só nisso. Essa é a realidade: todo mês fazendo as reuniões de RMVR, procurando aperfeiçoar etc. Isso está indo bem. Existe uma outra realidade de que não podemos ficar mais só na administração. Temos que olhar a assistência e o custo assistencial, pois em nossa pirâmide etária há uma grande concentração de idosos.

Existe um conjunto de 10% de clientes que consome 58% do custo assistencial. Então nós estamos olhando para esse grupo de clientes.

Nossa realidade atual é de que falta integração dos nossos serviços de SADT, de Medicina Preventiva, de Unilar, de alta médica, de doente crônico. E estamos agora fazendo a discussão disso. Será que é possível melhorar, implementar políticas de remuneração, fazendo a discussão do modelo assistencial, revendo isso? É possível potencializar a política de remuneração? Evoluímos para isso, tudo está em fase de discussão, algumas coisas sendo implementadas, as outras sendo discutidas com a Cooperativa. Continuamos fazendo atendimento individual, mas podemos fazer o atendimento de grupos de população, principalmente de grupos de risco, de alto risco, de re-internado, de doentes crônicos, dos doentes que têm o maior custo assistencial.

Estamos discutindo a qualificação do atendimento médico, com protocolo e capacitação. Queremos o médico disponível para atender o cliente diferente. Porque o médico, a maioria, tem uma carteira de clientes. E o cliente que não é atendido, que não é abordado, que não sabe o que a UNIMED pode fazer por ele? Esse cliente não é atendido. Então nós queremos discutir com o médico o atendimento do cliente diferente, que não está na base de cliente dele.

Estamos discutindo a otimização. Temos hospital, laboratório próprio, clínica de fisioterapia. O nosso laboratório é um dos pioneiros do sistema UNIMED. Podemos fazer otimização de todos os nossos serviços. Estamos fazendo o monitoramento da população de alto custo.

Já temos toda a avaliação epidemiológica, possuímos o nome, o endereço e sabemos como abordar esse cliente. Se avançarmos sobre esse cliente, é daí que podemos fazer economia, tratar dele melhor, proporcionar a ele uma assistência mais qualificada e fazer economia para remunerar melhor. Talvez, do grupo de idosos, com 1 355 pacientes, tenhamos 1 200 que foram internados mais do que quatro vezes no ano passado. Cinqüenta desses pacientes, representam um gasto de R$ 593 000,00 e o que cabe ao médico é menos de 10% de honorários. Quem leva aqui é a indústria.

A matriz gerencial é uma ferramenta importante na gestão da Cooperativa. Política de remuneração, instrumento de indução de novas práticas assistenciais na busca da sustentabilidade da Cooperativa. Os recursos financeiros necessários para estimular um novo modelo de atenção à Saúde serão gerados em curto e médio prazos, a partir da gestão de cliente de alto custo. Os ganhos de qualidade de atenção médica poderão resultar em melhor remuneração dos profissionais, devido à redução dos custos, a partir da melhor utilização dos insumos.

Efetividade da política de remuneração como indutora de mudanças do modelo de atenção. Depende de uma orientação estratégica clara, que integre modelo de atenção, modelo de gestão, de infra-estrutura.

Este não foi um relato teórico, mas o compartilhar de uma experiência vivida. A avaliação final do cooperado, do colaborador e dos clientes é muito produtiva.

Franca é conhecida como a cidade dos calçados, mas é também a cidade do basquete. Somos campeões paulistas, com patrocínio exclusivo da UNIMED Franca e da Federação das UNIMEDs do Estado de São Paulo. Somos Vice-Campeões Sul-americanos. Estamos entre os quatro semifinalistas do campeonato brasileiro. Convido todos a que torçam por nós.

# A remuneração dos profissionais no Hospital Israelita Albert Einstein

Míriam Branco da Cunha

Diretora de Recursos Humanos do Hospital Israelita Albert Einstein

O Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) é um grande hospital geral, capaz de atender a todas as demandas do ciclo que envolve prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A opção preferencial da organização é pela alta complexidade. Atende a uma população de classe A. É uma entidade filantrópica, com acreditação pela *Joint Commission*.

O HIAE conta atualmente com 512 leitos. Seu atual Plano Diretor é bastante agressivo, com uma proposta de expansão para cerca de 800 leitos. Alguns números atuais do hospital: saída/ano: 35 500; cirurgias/ano: 26 000; 3 000 partos/ano; 230 transplantes/ano; 97 000 atendimentos no Pronto Atendimento; taxa de ocupação de 80%; e 5 800 funcionários. Com o Plano Diretor, o número de funcionários deverá chegar próximo a 8 000 funcionários. O atendimento diário é de 2 000 pacientes.

Como é esse universo Albert Einstein no que diz respeito aos Recursos Humanos? Como estão distribuídos os seus profissionais? Existe, em uma posição central, uma Diretoria eleita. O Einstein –

uma instituição israelita – conta com um Conselho e há eleições que elegem, a cada três anos, o Presidente e os Vice-Presidentes da instituição.

Existem hoje cerca de 300 lideranças formais, 68% na área assistencial. Dos demais 5 500 profissionais, 54% estão na assistência direta, 21% no apoio à assistência e 25% na área administrativa. Há ainda um corpo clínico aberto de aproximadamente 5 000 médicos cadastrados.

Dos funcionários da assistência, 67% do grupo estão na enfermagem, 16% são médicos e os demais estão nas diversas outras categorias, como farmacêuticos, biomédicos, fisioterapeutas etc. Sessenta e sete por cento do nosso quadro são de mulheres. Na enfermagem esse percentual é de 76%. A média de tempo de casa alcança cinco anos e a média de idade é de 35 anos.

Os médicos atuam nas mais diversas áreas, com maior concentração nas de Pronto Atendimento, UTI e de diagnósticos. Apesar de diferente do mercado geral, a opção por manter os médicos de diagnóstico como funcionários foi resultado de um amplo estudo relacionado à remuneração desses profissionais.

Há cerca de três ou quatro anos, havia uma grande discussão dentro da instituição sobre o tipo de vínculo que deveria ser estabelecido com os médicos: funcionários, parceiros, ou com um vínculo de prestador de serviço como Pessoa Jurídica, por exemplo, que é muito comum nas instituições hospitalares.

No que se refere a recursos humanos de um modo geral, um hospital é um mundo autônomo e complexo. São vários negócios dentro de um só negócio. Uma UTI é um negócio, uma Maternidade é um outro negócio. São outras expectativas de clientes e os profissionais precisam de capacitações e conhecimentos técnicos diferenciados.

Além dos processos de atendimento direto ao paciente, existem ainda diversos setores de apoio como por exemplo farmácia, suprimentos, alimentação e lavanderia. Há um alto grau de exigência em especialização pelos serviços primários. Diferente de outros tipos de organização, no concernente à alimentação, higiene, segurança, há uma exigência grande de especificações.

Existem diversas formas de regulação profissional: mais de 30 jornadas de trabalho, mais de 150 horários diferentes de trabalho, mais de 25 sindicatos distintos, mais de 30 especialidades na Saúde e as mais variadas especialidades médicas.

Qual foi a estratégia de remuneração adotada pela instituição? Primeiramente a busca por uma gestão de remuneração que pudesse refletir todas as necessidades dentro desta grande comunidade. As primeiras necessidades seriam as das áreas. Quando se fala em Albert Einstein, a referência não é apenas a um hospital. Além do hospital, há um serviço grande de Medicina Diagnóstica e Preventiva, um Instituto de Ensino e Pesquisa, com professores universitários, mestres, doutores e pesquisadores. Existe também toda uma área corporativa, administrativa, pois a busca do Einstein em se profissionalizar cada vez mais traz uma demanda diferente, que é trazer do mercado, profissionais preparados nas diversas áreas administrativas. Assim, o desafio de Recursos Humanos nessa instituição é ter um olhar para todas as diversas expectativas.

Qual a estratégia para poder manter uma eqüidade interna dentro deste grupo tão diverso? A opção foi pela utilização de uma metodologia reconhecida internacionalmente e que pudesse adaptar-se, nessa imensa diversidade de necessidades, de expectativas e de especialidades. Foi adotada a metodologia *HAY*.

A metodologia *HAY* trabalha a eqüidade a partir da pontuação das posições. É possível, desta forma, fazer comparações, ainda que não se consiga encontrar no mercado os mesmos cargos, é possível avaliá-los a partir do mesmo peso em pontuação.

A competitividade é um grande objetivo do HIAE. Mapear e obter a competitividade da remuneração no mercado para, então estabelecer estratégias internas de acordo com esse mercado, para que possamos ser atrativos.

O grande desafio é a comparação tanto com os mercados da Saúde quanto com o mercado em geral. Porque, se existe a necessidade de atração de profissionais de outras áreas, é preciso haver uma competitividade com o mercado como um todo além de políticas que possam direcionar a gestão de remuneração.

Para tanto, promovemos a determinação de uma estrutura de cargos e salários a partir da identificação de um valor relativo para cargos diferentes. A metodologia escolhida, a *HAY*, proporcionou e proporciona a medição de cargos diferentes a partir de alguns atributos que permitem uma avaliação eqüitativa interna na instituição.

Acreditamos que a gestão das pessoas é feita por quem está lá na linha de frente, gerindo esses diversos negócios. Precisávamos dar suporte aos gestores e não centralizar uma metodologia. Foram criadas políticas para possibilitar aos gestores que tomassem para si a responsabilidade na gestão da remuneração em suas áreas. Nesse grupo, criamos políticas para a diferenciação de desempenho favorecendo o alcance dos resultados em cada área de negócio e políticas para promoção, mérito, bônus e benefícios.

O processo de conceituação de remuneração começou a ser trabalhado em 2001 e 2002, porém apenas em 2004, principalmente em função da remuneração médica, acabamos optando pela metodologia *HAY*. Já tínhamos tido uma experiência com outra parceira, sem sucesso e então decidimos utilizar essa metodologia, inicialmente para os médicos e depois com expansão para as demais categorias.

A proposta era criar a base da carreira médica utilizando workshops com a participação de representantes médicos. No início, trabalhamos com grupos representativos de lideranças médicas, explicando o conceito, na proposta de mudar até uma cultura estabelecida no hospital em relação à remuneração e às expectativas de crescimento de carreira.

Havia uma tendência muito forte de se avaliar as pessoas e não o cargo. Existia dificuldade em entender o que realmente era necessário ser feito nos cargos, pois se remetia sempre às pessoas que os ocupavam.

Após o estabelecimento dos cargos, a próxima tarefa foi estabelecer quantas posições, ou cadeiras de cada nível, seriam necessárias em cada negócio. Só então o foco foi deslocado para as pessoas, usando a metáfora: qual o tamanho de cada pessoa em relação à cadeira? Quem está iniciando no cargo normalmente é pequeno e ainda tem espaço para crescer, conforme vai crescendo a cadeira vai tornando-se pequena. É preciso portanto ter na empresa espaço para crescimento em uma mesma cadeira e criar espaços e processos que facilitem a mudança para novas e maiores cadeiras. Sem isso, corremos o risco criar cargos a partir das pessoas e definir a remuneração em função das pessoas e não das

necessidades, dos cargos e do negócio. E, por fim, algo que pudesse estar atrelado aos resultados da Instituição. Porque, caso contrário, poderia não ter sustentabilidade.

A metodologia HAY parte da descrição do cargo. A avaliação é feita utilizando três fatores: *know-how* - técnico, gerencial e de relações humanas; processo mental - contexto, tamanho do desafio daquela cadeira, o quanto que ele realmente tem um impacto nos resultados, ou para o paciente, ou financeiros, ou de qualidade, ou seja, qual o processo mental envolvido; e a responsabilidade por resultados - a atuação, a magnitude, o impacto das ações dentro daquela cadeira. Isso de acordo com uma técnica e uma metodologia específica.

No caso dos médicos, esta avaliação foi realizada a partir dos *workshops*. Especialistas da *HAY*, juntamente aos vários grupos de médicos, atribuíram os pesos a cada um desses três fatores e chegaram a uma pontuação de cargo. Isso foi alocado numa tabela e homologado por um comitê de remuneração interno na instituição.

O comitê de remuneração utilizou além da pontuação HAY, uma análise de quais são as principais áreas estratégicas dentro da instituição, onde seria necessária maior competitividade para atrair profissionais de alto nível. Tudo isso foi feito num trabalho em conjunto, com várias cabeças.

Em um primeiro momento, nossa proposta era colocar todos os profissionais em uma única tabela salarial, mas foi necessário fazer uma tabela específica para os médicos. As duas remetem a uma carreira em Y.

No grupo geral de profissionais, a carreira começa com o auxiliar, passando pelo técnico operacional e depois vem a carreira profissional. Essa carreira profissional é para os cargos que exigem uma formação superior. Depois há a possibilidade de crescer ou para um lado mais gerencial, ou para um lado de especialista. De um lado, estão os profissionais, os cargos com responsabilidades sobre pessoas; do outro, os cargos de contribuição individual. Isso permite, por exemplo, que os cargos que estão em ambos os lados do Y tenham o mesmo nível de *status*, mesmo nível de benefícios, o mesmo nível de remuneração. É a mesma coisa para os médicos. Foi permitida a criação de um médico com o mesmo nível de um coordenador de uma área, com o mesmo nível de *status*, mas sabendo que a expectativa é de uma contribuição individual, é um especialista naquela área. As movimentações podem ocorrer tanto para cadeiras verticais, quanto horizontais.

A metodologia permite que haja crescimento dentro do próprio cargo, dentro de uma faixa salarial. Esse crescimento está atrelado a um programa de mérito – anualmente revisto – e os crescimentos horizontais são permitidos.

A faixa salarial oscila de 80% a 120% do valor médio do mercado. Isso cria um horizonte no qual é possível começar em um cargo antes do ponto médio (100%), ou seja, há a possibilidade de aproveitar pessoas não tão maduras ainda dentro de um cargo, desenvolver essas pessoas – são aqueles magrinhos ainda dentro da cadeira que ainda têm espaço para crescer – e fornecer um espaço para seu desenvolvimento e reconhecimento, antes de pular para uma outra cadeira, em um novo cargo. Assim como é possível manter pessoas com salários acima do mercado por desempenhos destacados ou em fase de desenvolvimento para novas oportunidades.

A gestão ideal é que haja a distribuição dos profissionais em uma curva normal. Cada vez que há um processo de mérito, essa distribuição é apresentada para a Diretoria, como está essa distribuição interna e quanto será necessário de verba ou de trabalho ou em que áreas é preciso investir mais para se chegar na gestão ideal.

As promoções surgem quando há uma oportunidade devido ao crescimento de quadro ou a necessidade de substituição de um profissional. Se o profissional está com desempenho adequado, preparado para assumir outro patamar de responsabilidade e atende aos critérios estabelecidos, ele migra verticalmente para o outro cargo. Isso é para todos. O médico que entra como médico I pode passar para médico II, médico III, médico IV etc.

Especificamente no tocante à remuneração médica, como abordado anteriormente, o processo iniciou-se em 2004. A motivação para este trabalho foi o desgaste instalado na relação com os médicos devido aos seguintes fatores: falta de diretriz clara em relação ao tipo de vínculo que a instituição queria manter com alguns médicos - principalmente os médicos ligados a diagnóstico que no mercado não possuem vinculo empregatício com os hospitais – que ocasionava discussões a cada nova contratação; a contratação de vários executivos do mercado inclusive do primeiro CEO que ocasionaram a percepção de desvalorização da inteligência médica.

Como a percepção estava longe do que a instituição realmente acredita, iniciou-se rapidamente a criação de um sistema de incentivo diferenciado, revendo o modelo de remuneração, resgatando a valorização da inteligência médica e, principalmente, contando com a participação desses médicos.

Esse processo todo de construção foi a partir da criação de uma comissão de médicos, representantes tanto das áreas de diagnóstico, da Medicina Diagnóstico e Preventiva, quanto do Hospital, com a participação da Diretoria de Prática Médica e com apoio dos Recursos Humanos. Não foi um programa de Recursos Humanos, na verdade nos posicionamos como apoio para esse grupo. Houve um *benchmark* internacional. Este grupo de representantes esteve em algumas instituições americanas, conhecendo como funcionava a remuneração médica, como se dava essa contratação e esse pagamento a partir de todos estes estudos e encontros foi elaborada a proposta de remuneração médica, com o apoio da *HAY*.

Finalizado o trabalho os resultados foram apresentados de forma transparente para os demais grupos de médicos. Precisávamos ser competitivos, estimular a motivação. O sistema anterior não estava adaptado à cultura de algumas áreas médicas e isso acabava ocasionando uma falta de motivação. Alguns grupos passaram a receber remuneração variável e outros não, porém todos os médicos passaram a receber bônus anual.

Uma cumplicidade com o ganha-ganha entre médico e instituição foi necessária. Para se manter, periodicamente o programa é avaliado e validado junto a Diretoria Financeira, a Diretoria de Prática Médica e grupo de médicos.

Respeitar a meritocracia e a produtividade, tendo a avaliação do desempenho como alicerce do reconhecimento, era algo que trazia muita dificuldade também: estabelecer um alicerce do reconhecimento em função de dados concretos de desempenho. Contar com formas de valorizar ações extraordinárias de atividades assistenciais, como pesquisa,

ensino, dedicação à filantropia, dentro do processo de remuneração. Privilegiar a qualidade e valorizar o compromisso com a instituição.

O desenho ou o modelo de remuneração médica possui três componentes que são: um salário-base mensal, um bônus anual e mais um variável mensal.

A composição da nossa verba para os componentes variáveis: o bônus e a variável mensal, á avaliado a partir do resultado operacional líquido. Este indicador para pagamento está vinculado a um alcance de no mínimo 80% e um teto de 120% do compromisso com o resultado da instituição.

E qual é a métrica utilizada para definir a verba que será distribuída*?* Os nossos programas estão atrelados a número de salários de acordo com as categorias e os cargos profissionais, utilizando como base o mercado e a estratégia da instituição. Só para ilustrar, é como definir que para atingir a meta em 100%, consideraremos um salário para um médico I e II e, três salários para o médico III e IV. Se atingir 80%, meio salário e um salário respectivamente; e, ultrapassando, até 120%, dois e cinco salários respectivamente.

Com esta base é montada uma tabela-referência, por nível de posição. Esta base definirá a verba total que será distribuída aos profissionais considerando o número de profissionais que existem em cada uma das categorias, e na média de salário. Isso vai formar a verba, não a distribuição desta verba. Isso não significa que as pessoas recebem aquilo. Aquilo só constrói um *funding*, uma verba para ser distribuída.

Como se faz a gestão do desempenho e da recompensa médica? Para o bônus anual, considera-se o resultado operacional líquido das áreas diretamente ligadas ao Hospital e MDP. Todos os médicos que atingiram os objetivos são elegíveis para receber esse bônus. A gestão de desempenho considera a avaliação técnica e comportamental, sendo que o peso de cada uma oscila entre os percentuais de 50-50, 60-40. É algo que pode ser mobilizado desde que acordado no inicio do processo. Na nossa experiência, começamos com o impacto maior na parte comportamental (60-40), pois já existia uma avaliação de desempenho focada em competências comportamentais, para todos os profissionais. Essa avaliação já era algo que fazia parte da nossa cultura. Ela foi a primeira base. Decidimos por considerar um peso maior, num primeiro momento, para essa avaliação, que é a avaliação do gestor.

Existe ainda muito para ser melhorado. Por exemplo, teve início em 2004, exercitada em 2005, uma prova de conhecimento técnico que todos os médicos, para serem elegíveis, devem realizá-la.

É considerado ainda, como indicadores da parte técnica, a adesão a protocolos, a qualidade dos laudos e a educação médica continuada - um programa institucional que pontua o nível do desenvolvimento dos nossos médicos, são pontuados os congressos de que participam, artigos publicados, aulas ministradas entre outros. Tudo isso passa por um processo, onde é estabelecida uma pontuação que será considerada na avaliação, na distribuição do bônus.

O variável mensal hoje está em quatro áreas elegíveis. A nossa proposta é de que com o amadurecimento desse processo possamos estender isso a outras áreas.

Hoje, as áreas elegíveis são a Cardiologia Intervencionista, Endoscopia, Imagem e UTI. O critério para escolher essas áreas levou em consideração um conjunto de características. Uma delas foi que estávamos buscando as áreas onde houvesse procedimentos intervencionistas e onde há maior competitividade no mercado. Estão relacionadas à alta complexidade, que é onde o Einstein procura se colocar e busca um posicionamento diferenciado. São áreas nas quais há uma maior receita, há uma maior participação médico-paciente, e áreas que já recebiam uma remuneração variável anteriormente. Ou seja, não a criamos e sim aperfeiçoamos o que historicamente era realizado, focando especificamente em resultado e procedimentos realizados.

Os critérios são bem parecidos com o do bônus anual. Existe um gatilho a partir dos resultados da área, um resultado calculado no final de cada mês e pago no exercício seguinte.

A tabela de referência é a mesma, ou seja, existe o número de salários médicos e é nesse número que é a base para fazer o *funding*, a verba, e o pagamento máximo limitado a 120% do ROL.

A pontuação de produtividade tem que ser algo mais simples, porque isso é refeito mensalmente, mas de uma forma clara e transparente. A pontuação está focada em três grandes pilares: atividades assistenciais extraordinárias, que chamamos de AAE, que é adesão a protocolos e qualidade de laudos; atividades administrativas extraordinárias; e, um terceiro, ensino e pesquisa.

Quem vai estabelecer isso, nessas quatro áreas, quem estabelece esse parâmetro para distribuição daquele *funding* são os gestores das áreas. Eles vão estabelecer quais são as atividades sujeitas à pontuação e que vão ser validadas e consideradas mensalmente na distribuição desse variável. Os 3 pilares e as suas atividades são customizadas por área, ou seja, não tem um padrão para todas as áreas. Na Unidade de Terapia Intensiva os padrões são uns, na Imagem os padrões são outros totalmente diferentes.

Estamos em um processo de aprendizado. Não pensamos que chegamos ao ápice, o melhor que se podia ser feito nesse assunto. São discussões e mais discussões. Praticamente todos os meses fazemos reuniões para discutir, compartilhar com as equipes médicas como estamos, como está a aceitação do grupo etc.

Quando se falava em resultado operacional líquido, dentro dos cálculos financeiros, estava lá a depreciação. Só esse assunto é tema para vários debates e discussões. Os médicos diziam: *Então a instituição está comprando equipamento de alta tecnologia, e nós vamos pagar por essa depreciação?* E do outro lado: *Precisamos realmente trocar os equipamentos em períodos tão curtos? Os resultados são diferentes?* Isso é discutido constantemente e analisado em relação ao nosso histórico. Porque nada disso é novo. Começamos em 2004 com esse sistema participativo, mas temos todo um histórico de remuneração desses médicos e temos possibilidade de analisar mercado em função disso.

No final de cada ano são estabelecidas as metas de resultados para o próximo ano. Os primeiros resultados são resultados financeiros porque são eles que vão iniciar ou não o processo. Uma área que não consegue ter um resultado capaz de sustentar essa remuneração variável mensal, fica com difícil implantação do modelo. Isso também cria um movimento interno para buscar, cada vez mais um aprimoramento.

No final de cada ano, é definido qual é o resultado esperado para aquela área específica e, com base nisso, se estabelece um percentual. Por exemplo, existe uma meta com um resultado esperado de R$ 80 milhões, possuo uma massa salarial de R$ 20 milhões e a minha verba para remuneração variável é de R$ 6 milhões. A remuneração

médica variável vai representar, então, 30% do total, porém 8% do resultado operacional líquido daquela área, não há problema nenhum de se aumentar ou reduzir os dispêndios com os médicos, desde que sejam entregues os resultados conforme foi estabelecido e com a qualidade exigida. Se houver a decisão de se aumentar os gastos com os médicos, tudo bem, desde que isso represente também um aumento na receita, porque está ligado diretamente ao percentual do resultado operacional.

Aumentando essa massa salarial, devo aumentar também os resultados operacionais. Isso cria um compromisso diferenciado na gestão e na forma de encarar a remuneração médica na instituição.

As premissas para a remuneração médica são de um modelo dinâmico, em constante revisão, que as melhorias sejam sempre implantadas para melhor atender às expectativas mútuas. Isso exige discussão, e não vem da Diretoria e nem do grupo de médicos, mas vem das discussões que são feitas constantemente entre ambas as partes. Primeiro, porque quando se fala de resultados financeiros, são necessárias várias reuniões com a Diretoria Financeira e com o grupo de médicos; explicar o que cada coisa quer dizer dentro dos demonstrativos financeiros; conquistar, a cada dia, a credibilidade, a confiança dos médicos nesse processo; e do financeiro, toda uma dedicação para explicar e eliminar as dúvidas. Por fim, entendemos que esse modelo está em aperfeiçoamento e é merecedor de uma análise contínua.