



**UM RELATÓRIO DAS MESAS-REDONDAS DO INSTITUTO DAS  
AMÉRICAS**

# **MESA-REDONDA SOBRE O SETOR SAUDE NO BRASIL**

**O Relatório da Mesa-Redonda  
São Paulo, Brasil  
19 e 20 de abril de 1999**

Por Cesar Massaro  
STRA Consultores Associados  
Institute of the Americas

## Relatório sobre a Mesa-Redonda Executiva sobre Saúde no Brasil

# MESA-REDONDA - SAÚDE BRASIL – 1999

*Por: Cesar Massaro  
STRA Consultores Associados*

### SUMARIO EXECUTIVO

O Instituto das Américas iniciou o programa das Mesas-Redondas em 1998, reconhecendo a necessidade de facilitar o diálogo entre os setores público e privado sobre o processo de reforma e regulamentação do setor de saúde e considerando mesas-redondas o formato mais apropriado para a obtenção dos resultados almejados. As Mesas-Redondas são eventos fechados, cuja participação depende de convite, e que contam com a presença de lideranças do setor de saúde. Elas estabelecem um ambiente adequado para a discussão franca e aberta dos temas do setor, com o objetivo de estabelecer recomendações para as políticas a serem adotadas.

Através de suas atividades, o Instituto tem como objetivo facilitar a adoção de políticas de reforma que contribuam para o desenvolvimento de áreas importantes das economias dos países latino-americanos. O Programa de Saúde do Instituto das Américas foi estabelecido para facilitar o diálogo contínuo entre as partes que atuam, controlam e influenciam o setor de saúde. Esse diálogo inclui dirigentes dos setores público e privado, entidades locais e internacionais e outras instituições que influenciam as políticas do setor.

A Mesa-Redonda realizada no Brasil em 1998 concentrou-se na nova regulamentação das empresas privadas financiadoras da saúde e fornecedoras de atenção médica, bem como no contexto econômico e político da nova regulamentação. Este evento decidiu realizar no ano seguinte uma análise do progresso das novas normas e considerar outros aspectos importantes das prioridades do Ministério de Saúde, como o estabelecimento da Agência de Vigilância Sanitária.

Estas foram as finalidades da segunda Mesa-Redonda sobre saúde realizada no Brasil pelo Instituto das Américas e que contou com uma participação representativa dos vários seguimentos do setor de saúde. O evento contou com a presença de aproximadamente 60 pessoas, todas em cargos de direção, representando as mais importantes instituições do setor de saúde no Brasil, além de importantes instituições internacionais.

Destacaram-se as presenças do Ministério da Saúde, com três representantes nas áreas de Saúde Suplementar, Vigilância e Acreditação; da Associação

Médica Brasileira (AMB) e do Conselho Federal de Medicina (CFM); de hospitais e laboratórios, como Einstein, Sírio-Libanês, Fleury, HC-FMUSP e Mayo Clinic; de fornecedores, como Bristol, GE, HP, J&J e IBM; de seguradoras e planos de saúde, como AIG, Sul América, Blue Cross/Blue Shield, e Unimed; de agentes financeiros, como Icatu, International Finance Corporation (IFC) e Rabobank; de consultorias, como a Booz Allen, Diagonal e Stra; de instituições de ensino/educação, como a Faculdade de Medicina da USP, Proahsa e Canal Médico; e do Terceiro Setor (Organizações Não-Governamentais), como a Fundação Faculdade de Medicina e o IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde.

As mesas transcorreram com pouca polêmica, principalmente em virtude da clareza e objetividade das apresentações, particularmente dos representantes do Ministério da Saúde, que situaram em um contexto realista as iniciativas recentes do poder público e os principais acontecimentos do setor no último ano.

No decorrer das mesas, além da regulamentação do setor, tema focal dos eventos, alguns assuntos vieram à tona, com destaque para a formação de recursos humanos (principalmente médicos), os sistemas de informação (gerenciais, operacionais e epidemiológicos) e a relação paciente-cliente com os serviços de saúde. Um tema comum em todas as análises foi a qualidade, tanto da atenção médica quanto do sistema de saúde como um todo.

### CONCLUSOES

As ações de promoção e prevenção da saúde são hoje uma questão de sobrevivência. A informação epidemiológica passa a ser um fator de sucesso para o setor. Muitos operadores perceberam as dificuldades e as oportunidades no desenvolvimento de sistemas de informações gerenciais associadas às informações clínicas e epidemiológicas para melhor gerenciar as carteiras das operadoras e as áreas de suporte.

Os prestadores de serviço não estão gerencialmente preparados. Sofrerão pressões de preços com tendência a prejudicar a qualidade do atendimento. A regulamentação não deve permitir que a competitividade prejudique a qualidade, garantindo a transformação da qualidade num quesito de sobrevivência.

A perspectiva de privatização do sistema de resseguros no Brasil vai intensificar a necessidade de informação sobre distribuição de riscos e profissionalização dos produtos existentes nas carteiras das operadoras.

A redução no número e na duração das internações significa o aumento da eficiência, um fator necessário para garantir a cobertura da população sem um grande crescimento na oferta de leitos.

O aumento da participação do setor privado no fornecimento de serviços de assistência à saúde é uma tendência que se manterá e crescerá com a nova regulamentação de planos. A consolidação dos planos e sua relação com provedores de serviços, especialmente hospitalares, oferecerá oportunidades para investimentos, tanto no aumento do número de hospitais e clínicas, como no aumento da eficiência da base operacional existente.

Dessa maneira, entendemos que a regulamentação criou regras mais claras para o mercado. Transformou um mercado de desconfiança num mercado de oportunidades.

Os estrangeiros que já vieram para o mercado brasileiro aproveitaram excelentes oportunidades. A regulamentação garantiu as condições para entrada e permanência no mercado, tanto para os investidores estrangeiros, como para os investidores nacionais. Além disso, parceiros locais em vários setores, como na operação de planos de saúde, serviços hospitalares e áreas de suporte para o sistema de saúde têm tomado a iniciativa de buscar as alianças no exterior que viabilizam a entrada de operadoras estrangeiras.

Os investidores estão voltando e virão mais rápido atrás dos grandes bancos, especialmente porque os bancos de investimentos têm experiência de avaliar condições econômicas e setoriais com maior precisão. Será uma associação entre experiência nas formas de investimento no Brasil e a competência técnica e operacional dos parceiros estrangeiros.

## **OPORTUNIDADES**

A regulamentação e o respectivo aumento de competitividade do setor exige uma rápida profissionalização dos participantes, abrindo excelentes oportunidades para aqueles que oferecem sistemas de gestão, sistemas de informação etc.

Sistemas de informação, gestão e custos são críticos para todos os envolvidos. A regulamentação do setor de saúde aumenta a exigência de bons sistemas, abrindo oportunidades para empresas de consultoria e informática.

Muitas das oportunidades que estão crescendo estão relacionadas com a terceirização de serviços de apoio de atuação direta hospitalar.

As ações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária vão criar uma grande demanda por laboratórios para o processo de certificação.

Os recursos humanos continuam sendo críticos para o setor, tanto nas áreas médicas, técnicas e administrativas. Novos arranjos operacionais têm impacto sobre as necessidades específicas de recursos humanos.

Alguns agentes econômicos não possuem escala econômica para investir o necessário para certificar seus produtos. As exigências de reservas técnicas para planos de saúde vão criar dificuldades para muitos planos. É um momento especialmente interessante para investimentos em incorporações e fusões.

## **PRINCIPAIS EVENTOS OCORRIDOS ENTRE AS MESAS DE 98 E 99**

No ano anterior, foram apresentadas as seguintes sugestões: a única maneira de conseguir progresso relevante quando se tem poucos recursos e muito a fazer é criar incentivos para o setor privado fazer a maior parte do trabalho. Portanto, os importantes desafios na próxima fase podem ser resumidos da seguinte forma:

- Definir o pacote mínimo de serviços que, a partir dos recursos disponíveis, possam atingir qualidade e confiança.
- Definir as funções do Estado e do setor privado – mudando, se necessário, provisões constitucionais – para a viabilização da nova estrutura na qual os recursos escassos do governo sejam divididos com base na necessidade.
- Definir os critérios pelos quais a população será dividida de acordo com sua capacidade de pagamento, para ajudar a direcionar o gasto público.
- Aprovar a nova regulamentação sem atrasos ou emendas. Embora haja muito espaço para melhorias, alguma regulamentação nesta etapa é melhor que nenhuma.
- Estabelecer a relação funcional entre os setores público e privado, que pode incluir mais contratos com o setor privado para prestar serviços de melhor qualidade dentro do sistema público.

- Criar incentivos para a expansão do setor privado, fornecendo àqueles que podem pagar a oportunidade de uma opção fora do sistema público e alocando parte de suas contribuições de impostos para um fundo solidário de assistência àqueles de menos posses.
- Preparar os caminhos para maiores investimentos, reduzindo a incerteza na regulamentação e preparando regras que permitirão ao setor privado identificar suas opções, pelo menos a médio prazo.
- Continuar o processo de descentralização com a implementação de instrumentos apropriados de gerenciamento e, se necessário, novas instituições para assistir na criação, gerenciamento e avaliação de projetos.
- Implementar um processo competitivo de licitação pelo qual o governo possa reduzir custos.
- Criar uma entidade como a “Joint Commision” para avaliar e acreditar as instalações de acordo com a qualidade e o nível de seus serviços.
- Considerar acordos para eliminar a necessidade do registro de equipamentos médicos e de medicamentos de outros países, um processo considerado muito lento e ineficiente no caso brasileiro, onde todos os produtos têm que ser registrados, não importando o fato de que eles tenham sido aprovados em outros países.
- Integrar as organizações filantrópicas e as ONGs no processo de reforma; estas organizações podem oferecer a imparcialidade e os recursos necessários para os planos de saúde básica e de educação.

A Mesa Redonda de 1998 foi realizada num momento de transição no Governo Federal em relação ao setor de saúde. A entrada do Ministro José Serra na pasta da Saúde significou a reformulação de algumas diretrizes e prioridades do setor. Algumas iniciativas estavam em andamento, como a regulamentação dos planos de saúde privados, a implantação de novas regras para o funcionamento do SUS e o sistema de acreditação hospitalar.

A chegada do Ministro Serra, um político respeitado e um economista renomado, trouxe um novo enfoque ao debate sobre os recursos de saúde no país. A reivindicação de aumento de verbas para a saúde foi acrescida da discussão do uso eficiente desses recursos. Outro fator importante de transformação foi a denúncia, depois comprovada, de falsificação de medicamentos, que levou à reestruturação de todo o

sistema de vigilância sanitária do Ministério da Saúde, resultando na criação da Agência de Vigilância Sanitária.

Novas mudanças introduzidas na regulamentação de entidades filantrópicas, propostas no primeiro semestre de 1999, trarão um impacto importante na organização financeira dos principais hospitais privados do país, tanto os que atendem ao SUS quanto os que atendem aos planos privados e a pacientes particulares. Essas mudanças visam reduzir as vantagens fiscais existentes para as entidades filantrópicas e representam um acréscimo importante na sua estrutura de custos.

Algumas considerações e recomendações de 1998 estavam baseadas em um contexto econômico mais estável e num ritmo contínuo de implantação das novas regulamentações. Estes processos foram interrompidos pela crise econômica que se seguiu. Entretanto, as principais tendências de alteração e consolidação do setor não tiveram alterações significativas.

O cenário econômico nesse período foi fortemente influenciado pelo agravamento da conjuntura internacional, iniciada pela crise da Rússia, com reflexos sobre a economia brasileira no segundo semestre de 1998. As pressões foram fortes o suficiente para que em janeiro houvesse uma mudança na política econômica com a definição de uma nova política cambial que incluiu uma grande desvalorização do Real em relação ao Dólar.

Estas mudanças tiveram dois efeitos principais sobre o setor de saúde: a elevação dos custos de importação, em especial de insumos e medicamentos médicos, que afetam diretamente o setor hospitalar e de atendimento médico; e a redução da atividade econômica, com reflexos sobre a participação em planos de saúde e seguros privados.

Ao se analisar o contexto econômico brasileiro em maio de 1999, não se deve avaliar o desempenho da economia somente pelo PIB per capita. Outros aspectos relacionados ao tamanho do mercado brasileiro devem ser considerados. Em 17 anos, com PIB per capita mais ou menos estável, a população brasileira cresceu em 40 milhões de habitantes. Se analisarmos apenas o PIB per capita, ele permaneceu o mesmo. Se considerarmos o tamanho do mercado, ele cresceu algo em torno de US\$ 200 bilhões. Ou seja, a economia brasileira em tempos de ajuste macroeconômico cresceu o equivalente ao total das economias de médio porte da América Latina.

Esse crescimento atingiu diferentemente os setores público e privado, com um crescimento da participação do setor privado no fornecimento dos serviços básicos tipicamente fornecidos pelo setor público. O papel do

Estado sofreu, portanto, modificações importantes, passando a assumir mais a função de regulamentador dos sistemas público e privado do que a de prestador de serviços.

Por conta das restrições de recursos no sistema público e da concorrência no setor privado, há uma crescente preocupação com os custos e a qualidade dos serviços de atenção à saúde, cujo foco ainda não foi definido em benefício do consumidor final.

### **AÇÃO PÚBLICA: REGULAMENTAÇÃO**

A estrutura do setor público de prestação de serviços de saúde vem se transformando desde a década de 60, passando pelos papéis de prestador de serviços, financiador, "transportador" e regulamentador. Sem dúvida alguma, a visão da saúde como negócio gerou avanços para o setor, mas ela tende, todavia, a ignorar completamente o consumidor como foco do serviço.

A regulamentação do setor de saúde é positiva. Não se pode permitir, porém, que se transfiram responsabilidades tipicamente do estado para o setor privado. Deve-se considerar também que o mercado não resolve as questões sociais. O mais importante é a existência de critérios claros e a possibilidade de manter-se atualizado sobre uma regulamentação que muda numa velocidade espantosa.

### **AÇÃO PRIVADA: MODERNIZAÇÃO E EFICIENCIA**

Os grandes e melhores hospitais do Brasil estão realizando com sucesso mudanças equivalentes às dos maiores e melhores hospitais norte-americanos, que contam com mais recursos e que estão sujeitos a pressões competitivas muito maiores. A velocidade do ajuste dos hospitais líderes de mercado frente às necessidades impostas pelo novo contexto é marcante se comparada com a de outros países da região. Eles têm se pautado pela qualidade de serviços dos grandes centros mundiais e perseguido a excelência em suas áreas de atuação. Algumas ações exemplificam esta tendência: a criação de unidades avançadas e a formação de redes, ainda que para ações simples como a compra de insumos, a uniformização da farmácia, a implantação de protocolos clínicos e a implantação de sistemas de informação sobre pacientes, entre outras.

Essas iniciativas dizem respeito principalmente aos hospitais que atendem o setor privado, mas também acabam afetando aqueles que atendem o SUS. Muitos estão funcionando sobre a importante pressão dos custos e alguns hospitais de médio porte, que antes tinham seus próprios planos de saúde, terão que refazer sua estrutura para se adequar aos termos da nova

regulamentação dos planos de saúde e ao acréscimo de custos dos insumos hospitalares.

O desenvolvimento do atendimento está diretamente relacionado ao setor privado, ainda que passe atualmente por uma fase de crescimento mais lento em função do aumento dos custos dos planos resultante da ampliação das coberturas. O papel das lideranças empresariais do setor na promoção de mudanças é fundamental.

A crescente participação do setor privado trouxe a visão de negócios para a saúde e, sem dúvida, possibilitou avanços importantes. O correto equacionamento do setor de saúde como negócio só pode se dar a partir de uma ética de respeito ao consumidor, idéia compartilhada pelos principais agentes atuantes no mercado. Os avanços gerenciais impulsionados pela visão de negócio privilegiaram as auditorias de custo e a busca da qualidade com foco no consumidor e no diferencial de mercado.

### **PLANOS DE SAUDE: LEGISLAÇÃO E TENDENCIAS**

O setor da saúde, composto por empresas de assistência médica, cooperativas, sistemas de autogestão e seguradoras, já movimentou algo em torno de R\$18 a R\$20 bilhões, o equivalente ao orçamento do Ministério da Saúde para o SUS. As operadoras de medicina de grupo, seguradoras, cooperativas médicas, autogestões, hospitais e Santas Casas com planos próprios devem atuar de acordo com a Lei n.º 9.656, de 03.06.98. O texto, sancionado pelo presidente Fernando Henrique após 8 anos de tramitação no Legislativo Federal, tem sofrido importantes alterações através de medidas provisórias e de resoluções específicas do Conselho de Saúde Suplementar.

Para discutir de forma ampla e democrática as políticas para o setor, o Ministério da Saúde conta com a Câmara de Saúde Suplementar que funciona como órgão consultivo do Ministério. Cabe a ela a regulamentação, ou seja, o detalhamento e a especificação dos termos operacionais da lei. A regulamentação do setor resultou de uma ampla articulação dos agentes envolvidos na Câmara de Saúde Suplementar, envolvendo negociações entre o governo e a oposição, alcançando assim uma solução negociada.

A regulamentação criou regras claras para o mercado. Muito embora as novas regras possam ser extremamente abrangentes, entrando em conflito com a forma atual de funcionamento das operadoras, os órgãos reguladores têm sido flexíveis e abertos às melhores formas de ajuste. Dessa forma, transformou um mercado de desconfiança num mercado de oportunidades.

Os planos de saúde passam a ter a seguinte caracterização segundo a Lei e sua regulamentação:

- Ambulatorial – Não cobre embolizações e radiologia intervencionista, nutrição enteral e parenteral, hemodinâmica, procedimentos e exames que impliquem em internação de mais de 12 horas, anestesia diferente da local, quimioterapia intratecal, radioimplantes e braquiterapia. Atende consultas e exames em número ilimitado, incluindo pré-natal.
- Hospitalar sem Obstetrícia – Não atende consultas ambulatoriais e domiciliares, pré-natal, parto, transplantes (exceto córnea e rim), tratamento em clínicas de emagrecimento e de repouso para idosos.
- Hospitalar com Obstetrícia – Inclui, além da cobertura hospitalar, parto e assistência ao recém nascido durante 1 mês.
- Odontológico – Exclui procedimentos bucomaxilares, eletivos, de origem traumatológica, e os possíveis de realização ambulatorial, mas que necessitem de internação.
- Misto – pode combinar os vários planos anteriormente apresentados.
- Referência - Fornece cobertura integral, mas será obrigatório após 03.12.99

As listas de procedimentos que devem ser cumpridos por cada tipo de plano serão revistas e detalhadas pela Câmara de Saúde Suplementar.

O que não será coberto por todos os planos:

- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental
- Procedimentos, cirurgias, órteses e próteses para fins estéticos
- Tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento para fins estéticos
- Inseminação artificial
- Medicamentos para uso domiciliar
- Tratamento no exterior
- Transplantes, exceto rim e córnea

Pontos a serem destacados e comentados:

- Faixas etárias: Foram estabelecidas sete faixas (0 a 17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; e acima de 70 anos). Os valores das mensalidades em cada faixa podem variar entre as empresas, desde que o valor da última não seja superior a seis vezes o da primeira.

- Doenças Preexistentes: Com posição contrária do CFM, o governo definiu estas doenças como aquelas que o paciente sabe ser portador ou sofredor, ou aquelas de que seu responsável tem conhecimento no ato da assinatura do contrato. Cabe à operadora provar que o consumidor teve comportamento desonesto e exigir na Justiça o ressarcimento. Caso a doença seja declarada, ou detectada através de exames prévios sob consentimento, as empresas oferecerão duas alternativas ao consumidor: cobertura parcial temporária ou “agravo”, que significa o aumento da mensalidade.
- Urgência e Emergência: Nenhum tipo de plano ou seguro, mesmo os ambulatoriais, pode deixar de realizar os primeiros socorros. O plano ambulatorial dará direito a um período de 12 horas para que o médico socorrista avalie a necessidade de internação e possa encaminhar ao SUS os pacientes que não possuam plano hospitalar. A responsabilidade pela remoção é da operadora e os pacientes deverão ser transferidos para a unidade de emergência mais próxima. No caso de pacientes que apresentem risco de vida e não possam ser transferidos, o custo da internação deverá ser negociado entre as partes envolvidas.
- Alta Complexidade: São considerados procedimentos de alta complexidade: radioterapia, quimioterapia, implante de marcapasso, revascularização do miocárdio, cateterismo cardíaco, hemodiálise e ressonância magnética. Devem ser cobertos: exames, medicamentos, anestésicos, oxigênio e transfusões referentes a estes procedimentos, desde que o tipo do plano ou o atendimento parcial temporário não exclua alta complexidade.
- Saúde Mental: Assegurada a cobertura de internações de 30 dias para portadores de transtornos mentais e 15 dias para os casos de dependência química. Não há limites para consultas com psiquiatras. As internações além de 30 dias podem ocorrer somente com agravo (aumento da mensalidade), tendo um limite máximo de 180 dias. Acima desse período, o contratante ou familiar será obrigado a participar dos custos da internação com a empresa e pagar a mensalidade. As consultas com psicólogos só serão permitidas para tratamento de crise em número de sessões limitadas, que ainda serão objeto de regulamentação.
- Carência: As carências permitidas são de 300 dias para parto, 180 dias para os demais atendimentos

médicos e de 24 horas para urgência e emergência.

- Contratos: Até dezembro de 1999, os contratos anteriores à lei têm que se adequar às novas regras.
- Rompimento Unilateral: A empresa pode romper unilateralmente o contrato se for comprovada fraude do paciente ou atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias.
- Registro: Os planos de saúde são obrigados a estar registrados no CRM e no CRO, no caso dos odontológicos. Provisoriamente, até que sejam editadas as normas do CNSP, a empresa deve estar registrada na SUSEP e os produtos (tipos de planos colocados no mercado) no Departamento de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde.
- Ressarcimento ao SUS: Quando um paciente com seguro ou plano de saúde for atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a operadora deverá reembolsar aos cofres públicos os custos do atendimento. Ainda não foi detalhada a forma de recolhimento e repasse. O Ministério da Saúde iniciou os estudos de compatibilização das tabelas utilizadas pelo SUS e pelos planos e seguros privados para a caracterização dos serviços reembolsáveis. O ressarcimento ao SUS foi criado para coibir abusos, beneficiando assim o consumidor. Ele não visa “fazer caixa”. O ideal é o ressarcimento zero. Quando isso ocorrer, os sistemas públicos e privado estarão balanceados.

Os planos de saúde pressupõem a existência de uma rede de estabelecimentos e profissionais credenciados. Uma novidade interessante é a exigência de que os estabelecimentos de saúde devem se adequar à demanda que atendem, de tal sorte que novas oportunidades para os consumidores terão de ser explicitadas pelas operadoras para o atendimento da cobertura dos planos de saúde. Os seguros, por sua vez, se limitarão a operações estritamente financeiras de reembolso de procedimentos.

Segundo a opinião da maioria, a Lei é, na média, uma boa lei. Permite o desenvolvimento do setor privado, protegendo o consumidor através da exigência de reservas e recursos de operação. Os preços dos planos acabaram não sendo significativamente afetados e os critérios de qualidade de atendimento passam a ser explicitados.

A crise econômica e outros fatores de natureza setorial atrasaram a aplicação da nova lei. As mudanças reais foram poucas e o ritmo das alterações foi lento. Por

outro lado, a lei está sendo ajustada e os interessados estão contando com mais tempo para se adequar ao novo cenário.

Nos últimos anos, os investidores estrangeiros que já vieram para o mercado brasileiro aproveitaram excelentes oportunidades. A regulamentação garantiu as condições para entrada e permanência no mercado, tanto de investidores estrangeiros quanto nacionais.

A regulamentação deve também levar a uma redução do número de operadoras. Devem sair do mercado aquelas que se mantinham na base da exclusão de tratamentos, agora obrigatórios.

A exigência de reservas de capital é outro importante fator para a consolidação dos melhores planos. Além disso, a regulamentação e o respectivo aumento de competitividade do setor exige uma rápida profissionalização dos participantes, abrindo excelentes oportunidades para aqueles que oferecem sistemas de gestão, sistemas de informação etc.

As ações de promoção e prevenção da saúde são hoje uma questão de sobrevivência dos planos e são fundamentais para a adequação de suas redes de serviços de assistência direta. Os planos de “managed care” devem ser adaptados às condições brasileiras com muito cuidado, devido às particularidades do mercado local, da legislação profissional e da própria lei de planos de saúde.

No cenário brasileiro de planos de saúde e seguradoras, não podemos deixar de citar a presença marcante das cooperativas de serviços médicos, que representam a maior parcela da cobertura privada de saúde. Elas foram criadas num contexto de indefinição das estruturas de atenção à saúde pública e privada, constituindo uma alternativa para os médicos e usuários durante os anos 80 e 90. Embora funcionando de maneira semelhante aos planos de saúde, as cooperativas constituíram uma estrutura diferente e inovadora em comparação com os paradigmas existentes.

Entre as novas iniciativas, destaca-se o SINAM – Sistema Nacional de Atendimento Médico – da Associação Médica Brasileira (AMB). Esse sistema de pagamento direto ao prestador de serviço com base na tabela de referência é uma iniciativa diferente daquelas previstas pela regulamentação dos planos de saúde. Esta nova opção pode se tornar atraente para alguns tipos de serviço com acesso diferenciado que oferecem alternativas ao sistema público e ao sistema administrado pelos planos e operadoras. Este sistema que conta com o apoio institucional da AMB é uma

iniciativa cujos desdobramentos devem ser acompanhados.

Um aspecto importante é o fato de que a população não está bem informada, já que a informação deve suprir as deficiências resultantes do processo de venda dos planos e seguros de saúde. Há ainda que se buscar equilíbrio nos contratos e esse equilíbrio só será obtido com transparência. Alguns temas importantes, ainda não discutidos de forma adequada, incluem a maneira pela qual a redução de renda e emprego pode afetar o desenvolvimento do setor no futuro imediato, bem como as dificuldades impostas pelas empresas na administração de seus planos de saúde.

Em resumo, a regulamentação é boa para o mercado, porque estimula o setor privado sob regras definidas e protege o consumidor determinando novas coberturas. Porém, resta ainda resolver questões sérias como as reservas técnicas, o ressarcimento ao SUS e a TUNEP, tabela que vai regular o reembolso pelos planos privados do atendimento de seus usuários pelo serviço público, e a negociação entre hospitais e planos quanto às cotas de capacidade instalada.

#### **AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA**

1998 foi um ano turbulento para a Vigilância Sanitária. As denúncias de falsificações de medicamentos, depois comprovadas, e os problemas na estrutura de fiscalização obrigaram o Governo a tomar um conjunto extenso de medidas num período relativamente curto de tempo, visando criar condições para ações mais eficazes na proteção da saúde da população.

- Em meados do segundo semestre de 1998, o Dr. Gonzalo Vecina assumiu a Secretaria de Vigilância Sanitária.
- O governo Federal, através da Medida Provisória número 1.791, de 30/12/98, definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Em 13 de janeiro de 1999, o Congresso aprovou, por votação simbólica na Câmara e no Senado, a Medida Provisória 1.791.
- A Lei foi promulgada em 26 de janeiro de 1999, sob o nº 9.782
- Em 19 de maio de 1999, o Poder Executivo instalou a Agência e aprovou seu regulamento, por decreto do Presidente da República, fixando sua estrutura organizacional e investindo-a no exercício de suas atribuições.

A rapidez dessas medidas decorre das repercussões dos casos de falsificação de medicamentos que tiveram lugar, muitas vezes, com a anuência de setores das próprias empresas envolvidas, gerando graves conseqüências para a saúde dos envolvidos. A partir das primeiras denúncias, uma série de ações tiveram como objetivo a revisão do sistema de vigilância sanitária e de suas formas organizacionais. O objetivo foi o de reconstruir o sistema dentro de novas bases e com o compromisso de modernizar a estrutura regulatória, tornando-a mais eficiente para o setor produtivo sob controle sanitário e mais eficaz em termos de saúde pública.

A Agência foi criada como uma autarquia especial com a finalidade de promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à Vigilância Sanitária. O controle inclui os ambientes, os processos, os insumos e a tecnologia a eles relacionados, bem como o controle dos portos, aeroportos e de fronteiras. A Agência poderá delegar atribuições a Estados e Municípios e deverá assessorá-los no cumprimento de suas atribuições.

A criação da Agência de Vigilância Sanitária visa garantir a segurança sanitária da população, conferindo o necessário dinamismo às tarefas da secretaria. O objetivo da nova estrutura é mudar o caráter cartorial nos processos de registro para encurtar prazos e aumentar a produtividade. O principal critério de avaliação da vigilância sanitária na concessão de certificados é a análise dos riscos dos produtos e processos a serem aprovados. Quando os processos legais resultarem em impasses burocráticos, o bom senso orientará a solução. Sempre que possível, serão estimulados os processos de auto-regulamentação de setores como forma de desburocratizar as ações da Agência. Será aumentada a capacidade de atendimento ao público e formalizado o poder de polícia da agência. Todavia, essa polícia sanitária será fiscalizada por uma corregedoria para coibir excessos e punir desvios de função. A Federação será respeitada. A agência não agirá diretamente nos Estados, a não ser nas tarefas específicas de controle de portos e fronteiras.

A criação da Agência é uma importante medida. Já era tempo do Brasil entrar na era da regulação das atividades que põem em risco a segurança sanitária da população. Entretanto, talvez o plano tenha sido muito ambicioso no alcance e escopo, criando a possibilidade de aplicação arbitrária da lei e do surgimento de gargalos que impeçam o adequado fluxo de suprimentos. É importante, por outro lado, constatar que o governo está disposto a negociar com os interessados e discutir a lei para garantir condições reais de aplicação. Seria importante que se permitisse o

rápido registro de produtos seguros, já em uso no Brasil ou no exterior. Seria interessante ainda não tentar usar a ANVS como fonte de renda para o tesouro.

#### *Conseqüências da criação da Agência e da regulamentação sanitária:*

- A rede de laboratórios para concessão de certificados deve ser habilitada, no nível em que se encontrar, para executar todos os testes que puder realizar.
- Alguns agentes econômicos não possuem os recursos necessários para certificar seus produtos.
- Há disposição para a formação de parcerias internacionais para treinamento de técnicos e transferência de procedimentos em Vigilância Sanitária.
- Existe o desafio de se aglutinar uma capacitação técnica que viabilize o acompanhamento do desenvolvimento tecnológico do país, para atrapalhar o mínimo possível o ritmo de desenvolvimento da economia. O mais importante é a existência de critérios claros para a concessão de certificados e a necessidade de manter informações atualizadas sobre um processo de regulamentação que muda numa velocidade espantosa.
- O fluxo de informações de e para a Agência é fundamental para o seu bom desempenho nas relações com o mercado.
- Parcerias internacionais para a concessão de certificados devem ser mútuas e recíprocas, apesar das disparidades de recursos laboratoriais, humanos e materiais.

#### **ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**

A acreditação hospitalar é um processo de qualidade que independe de fiscalização. A meta não é a acreditação e sim um processo de qualidade. A implantação de um processo de acreditação hospitalar é voluntária e independe de normas do governo para funcionar. Num futuro próximo, somente as instituições com acreditação hospitalar serão escolhidas pelo consumidor.

O processo de acreditação é caro e lento, incluindo consultorias e adequações operacionais. A implantação deve ser feita de cima para baixo com a ajuda da liderança de cada setor. O futuro dos hospitais está na adesão de todos dentro do conceito de trabalho em equipe. A eficiência da implantação do processo de acreditação depende essencialmente do engajamento

de todas as pessoas envolvidas. A solução para o sucesso da implantação do processo de acreditação está no gerenciamento eficiente destas mudanças.

O processo de acreditação por sociedades de especialidades não nacionais (*Joint Commission*, por exemplo) não tem conformidade com a legislação brasileira. O grande desafio da implantação do processo de acreditação hospitalar está em adaptar os padrões à realidade brasileira e provocar as mudanças culturais necessárias. Será preciso esclarecer qual legislação irá prevalecer, para que isso não atrapalhe o processo de acreditação.

Os avanços gerenciais impulsionados pela visão de negócio privilegiaram as auditorias de custo e a busca da qualidade, focalizando não o consumidor, mas sim o mercado. Da mesma forma, a implantação de um processo de acreditação hospitalar não garante que a relação médico-cliente melhore. A qualidade do atendimento na área médica depende do treinamento não só dos médicos, mas também dos paramédicos, administrativos e atendentes. Além disso, o médico não é mais o cliente do hospital, mas sim o paciente.

O modelo atual deve favorecer uma parceria entre hospital-médico-fornecedor-paciente, onde o cliente (paciente) tenha consciência das alternativas de tratamento e possa participar da decisão. Uma constatação importante é que a adesão ao processo de acreditação hospitalar é maior pelos médicos mais novos e por aqueles que sabem trabalhar em equipe. Os processos de acreditação são uma tendência positiva e interessante para os pacientes e pagadores.

#### **RECURSOS HUMANOS**

A regulamentação e o respectivo aumento da competitividade do setor exige uma rápida profissionalização dos participantes, abrindo excelentes oportunidades para os profissionais mais qualificados. Na carreira médica, a seleção natural não pode ser considerada como um processo usual. As faculdades têm que ter a responsabilidade de formação e produção de conhecimento na formação médica, capacitando os profissionais para transformar a realidade de mercado. O compromisso das faculdades de medicina é o de formar profissionais capacitados em saúde em geral e não apenas na área hospitalar. A formação acadêmica deve privilegiar o profissional generalista, evitando a fragmentação do conhecimento. A opção por uma especialidade tem que ser consciente para fazer juz ao título.

A facilidade na abertura de novas faculdades na área médica e a sua segura rentabilidade como negócio não pode deixar de lado a qualificação acadêmica e a

credibilidade dos profissionais formados. A importância da qualidade de formação/atualização do médico para o sistema é hoje um consenso. O médico mal formado ou desatualizado produz custos desnecessários ao sistema, além de prestar um serviço de saúde de má qualidade ao paciente.

Além da formação médica, tem sido enfatizada a necessidade de instruir o médico em temas como gestão de sistemas, custos e marketing. A Educação Continuada é uma necessidade do sistema e interessa tanto aos provedores (hospitais, clínicas) quanto aos "terceiro-pagadores" privados (planos e seguros de saúde) e públicos (SUS).

É importante lembrar que a qualidade do atendimento na área médica depende do treinamento não só dos médicos, mas também dos paramédicos, administrativos e atendentes. Além disso, a discussão quanto à educação do paciente também deve ser considerada, pois ele é o elemento decisivo na garantia da boa utilização e da qualidade dos serviços de atenção à saúde. Esse ponto poderá ser importante para a diferenciação dos serviços privados de qualidade e para assegurar sua colaboração com o sistema de saúde do país.

**###**