

**UFRGS – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
EA – ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PPGA – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

Luciano Stuepp Cavalcanti

**Proposta de um instrumento para avaliação de serviços
hospitalares com base em critérios de assistência,
infraestrutura e práticas de gestão**

Volume I

Porto Alegre – RS, março 2010

**UFRGS – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
EA – ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PPGA – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

Luciano Stuepp Cavalcanti

**Proposta de um instrumento para avaliação de serviços
hospitalares com base em critérios de assistência,
infraestrutura e práticas de gestão**

Dissertação de Mestrado, apresentada para o Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Luis Antônio Slongo

Porto Alegre – RS, março 2010

AGRADECIMENTOS

A minha esposa Ana Lara e ao meu filho Victor pela imensa paciência a que foram obrigados a ter comigo, durante os anos, meses e dias de duração que o curso de mestrado subtraiu do nosso convívio familiar.

Ao professor Slongo que sempre foi atencioso, prestativo e motivador com a proposta desta dissertação.

A minha mãe, Maria Zenaide, pelo auxílio na solução das dificuldades encontradas com a língua portuguesa.

E, finalmente, aos colegas de classe pelo amplo aprendizado humano e técnico, que é somente proporcionado pelo convívio contínuo durante o período em que enfrentamos os bancos escolares.

RESUMO

Esta pesquisa propõe um instrumento para avaliação de serviços hospitalares com base em critérios de assistência, infraestrutura e práticas de gestão, como forma de contribuir para o gerenciamento dos negócios em saúde no Brasil.

Desta forma, identificou-se que os planos/seguros de saúde e os hospitais brasileiros não possuem um instrumento abrangente e adequado para aferir a qualidade dos serviços hospitalares multiespecializados, disponibilizados aos seus clientes, nos três aspectos fundamentais citados acima.

Conseqüentemente, não há diferenciação, nas tabelas de remuneração contratadas entre planos/seguros de saúde e hospitais, que seja fundamentada em critérios técnicos e que estimulem a concorrência entre os prestadores de serviços nos quesitos eficiência, qualidade e custos dos serviços prestados aos clientes/pacientes.

Através da revisão bibliográfica, buscou-se compreender a dinâmica econômica do setor saúde no Brasil, o relacionamento comercial entre os participantes, os métodos de classificação hospitalar disponíveis no mercado brasileiro, os critérios legais e técnicos para avaliação da assistência médico-hospitalar, da infraestrutura hospitalar e das práticas de administração hospitalar.

Obteve-se, ao final desta pesquisa, uma ferramenta de diagnóstico precisa, do tipo *check list*, para mensurar as condições técnicas dos serviços hospitalares disponibilizados aos clientes das instituições avaliadas.

Palavras-Chave: serviços de saúde/economia; administração de serviços de saúde; administração hospitalar; planos de pré-pagamento em saúde; avaliação de serviços de saúde; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; controle de qualidade e assistência hospitalar.

ABSTRACT

This research proposes a tool for evaluation of hospital services on the basis of assistance, infrastructure and management practices as a way to contribute to the health care management in Brazil.

Thus, we identified that Brazilians prepaid health plans/health insurance and hospitals do not have a comprehensive and appropriate instrument for measuring the quality of multi-specialist hospital services, available to their customers for the three aspects above mentioned of this hospital services.

Consequently, there is no differentiation in price scales between contracted prepaid health plans/health insurance and hospitals that are based on technical criteria and to encourage competition among service providers regarding to efficiency, quality and cost of services to clients/patients.

Through literature review we sought to understand the economic dynamics of the health care management field in Brazil, the commercial relationship between participants, the methods of hospital classification available in Brazil, legal and technical criteria for evaluation of medical assistance, the hospital infrastructure and practices of hospital administration.

It was obtained at the end of this research a diagnostic tool, of the check list type, for measuring the technical conditions of hospital services provided to clients by the evaluated institutions.

Keywords: health service/economics; health services administration; hospital administration; prepaid health plans; health services evaluation; quality assurance health care; quality of health care; quality control and hospital care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Gráfico I – Beneficiários de planos de saúde por coberturas assistenciais do plano (Brasil, 2000 – 2008).....	04
Figura 2: Gráfico II – Despesa assistencial das operadoras de planos de saúde por modalidade da operadora (Brasil, 2001 – 2007).....	10
Figura 3: Quadro I – Tabulação da pesquisa realizada com <i>experts</i> para distribuição dos pesos a serem atribuídos a cada critério de avaliação de serviços hospitalares.....	42
Figura 4: Quadro II – Recorte do instrumento de pesquisa - Identificação da Entidade.....	53
Figura 5: Quadro III – Recorte do instrumento de pesquisa sobre critérios de avaliação de Serviços Disponíveis do Grupo Eficiência Assistencial.....	54
Figura 6: Quadro IV – Recorte do instrumento de pesquisa sobre critérios de avaliação de indicadores do Grupo Eficiência Assistencial.....	54
Figura 7: Quadro V – Recorte do instrumento de pesquisa sobre critérios de avaliação da Área Física.....	57
Figura 8: Quadro VI – Recorte do instrumento de pesquisa sobre critérios de avaliação da Área Física.....	58
Figura 9: Quadro VII – Recorte do instrumento de pesquisa sobre critérios de avaliação da Metodologia de Gestão do Grupo Gestão.....	59
Figura 10: Quadro VIII – Recorte do instrumento de pesquisa sobre critérios de avaliação da metodologia de Gestão do Grupo Gestão.....	60

Figura 11: Quadro IX – Planilha de tabulação dos pontos obtidos pela instituição avaliada, em relação aos critérios para avaliação do Grupo Eficiência Assistencial.....62

Figura 12: Quadro X – Planilha de tabulação dos pontos obtidos pela instituição avaliada, em relação aos critérios para avaliação do Grupo Infraestrutura Disponível.....62

Figura 13: Quadro XI – Planilha de tabulação dos pontos obtidos pela instituição avaliada, em relação aos critérios para avaliação do Grupo Gestão.....63

Figura 14: Quadro XII – Planilha de Pontuação Geral, referindo o total de pontos possíveis, os níveis de classificação e o total de pontos obtidos.....63

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. DELIMITAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	4
2.1. O relacionamento entre planos de saúde e hospitais	5
2.2. A influência dos participantes no segmento saúde	7
2.3. Os custos crescentes do sistema de saúde no Brasil	8
2.4. A necessidade de avaliar e classificar os hospitais.....	11
3. JUSTIFICATIVA DO TEMA.....	13
4. OBJETIVO	15
5. O SETOR SAÚDE.....	16
5.1. Perfil dos participantes do setor saúde brasileiro	16
5.2. Dinâmica econômica do setor saúde	17
5.3. Métodos de classificação hospitalar.....	26
5.4. A assistência à saúde	29
5.5. A infraestrutura hospitalar	30
5.6. As práticas de gestão hospitalar	33
6. MÉTODO	38
6.2. Análise dos dados.....	38
6.1. Objetos de análise	39
6.1.1. Pesquisa em fontes de dados secundários.....	39
6.1.2. Pesquisa em fontes de dados primários	39
6.3. Síntese do resultado final.....	43
7. SUSTENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA DO INSTRUMENTO	45
7.1. Critérios para identificação da entidade avaliada.....	45

7.2. Critérios para avaliação da eficiência assistencial	45
7.3. Critérios para avaliação da infraestrutura disponível	49
7.4. Critérios para avaliação da metodologia de gestão	50
7.5. Critérios para pontuação	51
8. INSTRUMENTO DESENVOLVIDO.....	53
8.1. Instrumento de identificação da entidade.....	53
8.2. Instrumento de avaliação da eficiência assistencial.....	54
8.3. Instrumento de avaliação da infraestrutura disponível	56
8.4. Instrumento de avaliação das práticas de gestão	58
8.5. Demonstração da classificação da instituição avaliada	61
8.6. Teste do instrumento proposto.....	64
9. CONCLUSÃO	67
9.1. Sugestões para novas pesquisas	69
9.2. Limitações do trabalho	69
10. BIBLIOGRAFIA	71
ANEXO I – Questionário enviado para os <i>experts</i>	76
ANEXO II – Tabulação da pesquisa com <i>experts</i>	78
ANEXO III – Instrumento para avaliação de serviços hospitalares - constante no Volume II desta dissertação.....	80

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil caracteriza-se em políticas públicas intersetoriais e em subsistemas de serviços de saúde, sendo estes o Sistema Público – SUS – Sistema Único de Saúde e o Sistema Privado – Assistência Suplementar (LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990).

Na Assistência Suplementar, sob a ótica econômica, atuam seis participantes distintos, reconhecidos como: beneficiários, médicos, prestadores de serviços de saúde, planos de saúde, indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares e o governo, que possuem diferentes estratégias, poderes, participação, competição e formas de relacionamento com o restante do grupo (CATA PRETA, 2004; NETO & GASTAL, 1997; PORTER & TEISBERG, 2007 e TAJRA, 2003).

Desta forma, a comunidade possui três opções de acesso à assistência médico-hospitalar: via sistema público, por direito constitucional; via sistema privado, através da contratação de um plano de saúde ou de um benefício obtido na empresa contratante e, por último, em caráter particular, através da contratação direta de médicos, hospitais e laboratórios, com recursos próprios (ANS, 2002; CATA PRETA, 2004; IRION, 2005; TAJRA, 2003).

Pretende-se, nesta pesquisa, caracterizar, no segmento privado ou saúde suplementar, os problemas de relacionamento entre os planos de saúde e os hospitais, com o propósito de contextualizar a importância da contribuição do instrumento aqui proposto (ver volume 2/2) para avaliação de hospitais gerais, conforme o proposto (CATA PRETA, 2004; NETO & GASTAL, 1997; ANS, 2002 e TAJRA, 2003).

Os participantes do segmento saúde atuantes, como operadoras de planos de saúde, são empresas categorizadas como: a) medicina de grupo, cujo controle acionário define quem são os proprietários; b) cooperativista, em que o médico é o sócio-proprietário; c) autogestão, em que as empresas organizam, controlam e

oferecem a assistência médico-hospitalar para seus funcionários; d) filantrópicas, nas quais uma instituição hospitalar, com fins filantrópicos, passa a operar um plano de saúde. Em comum, todas possuem a atividade fim de oferecer planos de assistência médico-hospitalar para seus beneficiários (ANS, 2002; CATA PRETA, 2004; IRION, 2005; TAJRA, 2003).

Os planos de saúde têm suas receitas financeiras obtidas através da remuneração dos contratos de assistência médico-hospitalar celebrados com pessoas jurídicas ou, através do patrocinador, nos planos de autogestão e, em parte, com pessoas físicas (ANS, 2002; IRION, 2005; CATA PRETA, 2004).

Os hospitais privados e filantrópicos, em grande parte, têm capital fechado e são controlados por associações comunitárias, congregações religiosas ou grupos empresariais. Todos têm o objetivo de prestar assistência médico-hospitalar curativa e, em alguns casos, preventiva, para à comunidade. A principal fonte de receitas financeiras dos participantes deste grupo está baseada na remuneração dos contratos de prestação de serviços celebrados com o Sistema Único de Saúde - SUS, com os institutos de previdência e com as operadoras de planos de saúde (CATA PRETA, 2004; IRION, 2005; TAJRA 2003).

O relacionamento entre planos de saúde e hospitais enfrenta uma permanente crise de relacionamento. Dentre os principais motivos, destacam-se os planos de saúde em relação aos custos proporcionados pela utilização desnecessária dos recursos assistenciais disponíveis, gerados pela indicação médica inadequada para procedimentos hospitalares, exames de diagnóstico, materiais especiais, medicamentos, órteses e próteses e, também, com a inexistência de informações sobre a qualidade dos serviços prestados. Conseqüentemente, constata-se a insatisfação, quanto aos beneficiários, no que se refere aos altos valores das mensalidades de planos de saúde e, quanto aos hospitais em relação às tabelas de remuneração praticadas pelos planos de saúde, consideradas insuficientes para cobrir os custos operacionais (CATA PRETA, 2004; HERZLINGER, 2006; PORTER & TEISBERG, 2007; TAJRA, 2003; MACHADO, 2007; IRION, 2005).

Assim, surge a necessidade dos planos de saúde e dos hospitais adotarem um método de remuneração pelos serviços prestados, que esteja pautado em critérios técnicos que valorizem e estimulem tanto a eficiência da assistência médico-hospitalar quanto a infraestrutura e a metodologia de gestão ofertada aos

clientes/pacientes dos planos de saúde (CATA PRETA, 2004; PORTER & TEISBERG, 2007; TAJRA, 2003).

Pretende-se, com este trabalho, propor um instrumento de aferição de eficiência e de qualidade dos serviços prestados por instituições hospitalares, com o objetivo de viabilizar aos contratantes de seus serviços, especialmente os planos de saúde, identificar, reconhecer e diferenciar, financeiramente, os hospitais que executam suas atividades atendendo às melhores práticas de assistência e de gestão, em ambientes adequados.

Através da valorização dos melhores hospitais, estarão estabelecidas as condições ideais para estimular a competição, com foco na eficácia dos procedimentos hospitalares, agregando valor ao consumidor final: o paciente.

Desta forma, propõe esta pesquisa o desenvolvimento de um instrumento para coleta de dados e produção de informações, que possibilitarão a avaliação da disponibilidade e da qualidade dos serviços assistenciais, dos recursos físicos (imóveis e equipamentos), das práticas de gestão (organizacional, funcionamento e recursos humanos) e dos indicadores de qualidade assistencial e de produtividade.

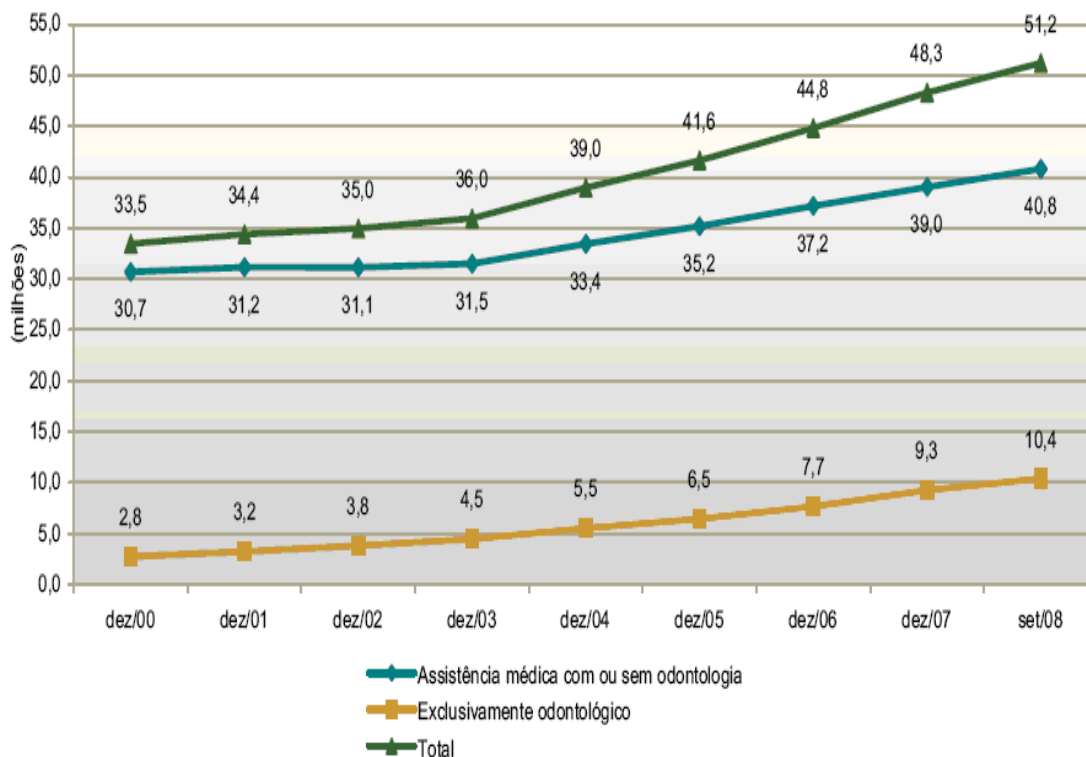
Para tanto, esta dissertação está estruturada nas seguintes etapas: análise do perfil e da situação econômica dos participantes do segmento da saúde; análise da problemática do relacionamento entre os participantes; avaliação dos custos da saúde suplementar; a necessidade de classificar os hospitais; a revisão da base teórica e a construção do instrumento de avaliação hospitalar.

Esta pesquisa é composta por dois volumes, sendo que o volume 2/2 (dois), onde consta o Anexo III – Instrumento para avaliação de serviços hospitalares, não se encontra à disposição para consulta, na Biblioteca devido à garantia de direitos autorais.

2. DELIMITAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Conforme os dados informados pela ANS - Agência Nacional de Saúde - no Gráfico I, entre 2000 e 2008, o Brasil manteve um constante crescimento no volume de pessoas que contrataram planos de saúde (beneficiários) e aderiram ao sistema de saúde suplementar. Pretende-se, a seguir, compreender os fatores que justificam esta tendência.

Gráfico 01 – Beneficiários de planos de saúde por coberturas assistenciais do plano (Brasil 2000 – 2008)



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 09/2008

Nota: O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2.1. O relacionamento entre planos de saúde e hospitais

As receitas dos planos de saúde são provenientes dos contratos celebrados com as pessoas jurídicas e as pessoas físicas. Nestes contratos estão previstos os valores das mensalidades a serem cobradas por cada pessoa (vida) coberta, conforme a faixa etária, o tipo de abrangência geográfica e a acomodação do plano contratado como, por exemplo, nacional, estadual, regional, privativo, enfermaria, com limitação de hospitais ou não, com coparticipação financeira nos atendimentos ou não (ANS, 2002; CATA PRETA, 2004; IRION, 2005; TAJRA, 2003).

As despesas dos planos de saúde têm origem nos custos assistenciais, determinados pela utilização dos beneficiários com consultas, exames, procedimentos e internações e nos custos administrativos, com recursos humanos, infraestrutura, marketing e vendas (ANS, 2002; CATA PRETA, 2004; IRION, 2005; TAJRA, 2003).

O valor da mensalidade é calculado em conformidade com uma base histórica de utilização dos recursos disponíveis, conhecido como cálculo atuarial, que é reajustado conforme os índices inflacionários para as empresas. Para os contratos de pessoas físicas, a atualização inflacionária fica limitada ao índice publicado pela ANS – Agência Nacional de Saúde (CATA PRETA, 2004).

O volume de utilização dos serviços médicos e hospitalares pelos beneficiários, diferente do que a lógica leva a crer, não é o principal fato que ocasiona problemas de relacionamento entre planos de saúde, médicos e hospitais. A demanda dos beneficiários por serviços assistenciais é uma variável facilmente estimada, através de técnicas estatísticas e até controlada por meio de programas de prevenção de doenças ou da verticalização de serviços (CATA PRETA, 2004; HERZLINGER, 2006; IRION, 2005; PORTER & TEISBERG, 2007).

É problema, para os planos de saúde, a imprevisibilidade de custos para os procedimentos médico-hospitalares, realizados pelos médicos e hospitais nos beneficiários, ou seja, para a mesma patologia existem diferentes formas de conduta médica e de tratamento. Conseqüentemente, o uso de diferentes materiais, medicamentos e equipamentos ocasiona consideráveis variações de preços, sem perceptíveis vantagens entre um tratamento médico-hospitalar de maior custo e outro de menor custo (HERZLINGER, 2006; SARAIVA, 2006).

É comum ocorrer um alinhamento de interesses entre hospitais, médicos e indústrias do segmento, com o propósito de evitar a concorrência de preços e de qualidade, para auferir maiores resultados econômicos. Estes são obtidos em prejuízo de outros membros do segmento, ou seja, dos planos de saúde, que absorvem os custos de imediato e dos clientes contratantes desses planos de saúde - empresas e famílias - que absorvem os custos a posterior, pois terão as mensalidades aumentadas através dos repasses de custos (HERZLINGER, 2006; PORTER & TEISBERG, 2007).

O sistema de remuneração praticado entre planos de saúde e hospitais agrava a situação, porque estimula o consumo de materiais, medicamentos e exames de diagnóstico. A lógica do método de remuneração, denominado de “conta aberta” ou *fee for service*, em que é pago pelo que foi utilizado, acaba gerando um resultado indesejável, ou seja, quanto mais insumos e recursos de diagnóstico os médicos prescreverem para os beneficiários, maior será o valor da conta e, conseqüentemente, melhor será à margem de resultado econômico para os prestadores de serviços. Entretanto, esta atitude gera um acréscimo de custos superiores ao da receita da operadora de planos de saúde e, como posteriormente estes custos serão repassados aos beneficiários, cria-se um círculo vicioso de conflitos (HERZLINGER, 2006; SARAIVA, 2006; TAJRA, 2003).

Em contrapartida, os planos de saúde têm investido em serviços de auditoria médica, com o objetivo de controlar a prestação de serviço médico e hospitalar, através de rígidos padrões de práticas de medicina, mais conhecido como Medicina Baseada em Evidências – MBE e de protocolos clínicos. Mas estes investimentos têm se mostrado insuficientes para regular e controlar a utilização dos recursos assistenciais pois as dificuldades, tais como o alto custo da multiespecialização dos médicos auditores, a velocidade das inovações tecnológicas, a utilização de critérios técnicos da Medicina Baseada em Evidências, o corporativismo médico, as fraudes, dentre outros, também são fatores que contribuem para os planos de saúde ficarem distantes de um processo regulatório e de uma padronização que seja ideal para coibir abusos e reduzir custos (HERZLINGER, 2006; SARAIVA, 2006; TAJRA, 2003).

A deterioração do relacionamento entre os participantes do segmento privado de saúde é multifatorial e não é lógico responsabilizar apenas um ou dois membros participantes. Os planos de saúde e os hospitais, com raras exceções, exercem a

competição de soma zero, em que os ganhos de um participante são auferidos às expensas de outros. A luta pela sobrevivência gera condições comerciais desfavoráveis a todos os participantes do segmento, em especial para os hospitais e para os planos de saúde (PORTER & TEISBERG, 2007).

Os planos de saúde defrontam-se com problemas originados, principalmente, na má utilização dos recursos assistenciais (médicos, hospitais e exames de diagnóstico); na falta de controle e previsibilidade sobre os custos dos procedimentos médico-hospitalares; nos sistemas de remuneração ineficazes (que pagam os serviços abaixo dos custos reais e supervalorizam a comercialização de órteses, próteses, materiais especiais, medicamentos e exames); nos problemas de infraestrutura e de assistência praticada pelos hospitais, na falta de controle da conduta técnica dos médicos credenciados e, ainda, com diversos tipos de fraude (CATA PRETA, 2004; IRION, 2005; HERZLINGER, 2006; SARAIVA, 2006; PORTER & TEISBERG, 2007).

Os hospitais, por sua vez, sofrem com tabelas de remuneração dos serviços (diárias e taxas) insuficientes para cobrir os custos operacionais; com a falta de planejamento assistencial, devido à necessidade de especialização no processo de administração e venda de materiais, medicamentos e exames de diagnóstico; com a falta de estímulo e reconhecimento para investimentos em infraestrutura, gestão e assistência, devido à falta de critérios técnicos claros com os planos de saúde (compradores dos serviços) para diferenciar as tabelas de remuneração para os que realizam investimentos em processos e/ou infraestrutura; com a imposição de condições comerciais da indústria para a aquisição e utilização de materiais, medicamentos e equipamentos de alto custo e complexidade; com a necessidade de atender às inovações tecnológicas, por intermédio da pressão de clientes, médicos e da indústria farmacêutica e de equipamentos (CATA PRETA, 2004; IRION, 2005; HERZLINGER, 2006; SARAIVA, 2006; PORTER & TEISBERG, 2007; TAJRA, 2003).

2.2. A influência dos participantes no segmento saúde

O Poder Judiciário, o Ministério Público e a Agência Nacional de Saúde – ANS regulam a comercialização e a assistência médico-hospitalar. E é da responsabilidade destes três órgãos públicos o amparo em relação aos direitos legais dos consumidores contratantes de serviços médicos, hospitalares e de planos

de saúde. E, conforme as demandas legais vão ampliando a cobertura para os clientes dos planos de saúde, os valores das mensalidades dos beneficiários sofre uma pressão inflacionária (ANS, 2002; CATA PRETA, 2004; IRION, 2005).

A indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, impulsionada pela necessidade permanente de beneficiários e de médicos por novas drogas e por equipamentos que proporcionem um melhor diagnóstico ou aumentem a possibilidade de cura têm, ao seu favor, a maior vantagem competitiva do segmento de saúde. O efeito deste fenômeno é a supervalorização de preços porque, de fato, para prolongar a vida ou curar uma doença, um novo material, medicamento ou equipamento tem valor facilmente superdimensionado. Mas, também, neste ramo industrial, a pesquisa e o desenvolvimento em novas tecnologias exigem altos investimentos e é inevitável que estes custos sejam repassados para os demais participantes do segmento (IRION, 2005; PORTER & TEISBERG, 2007).

Além disso, os principais problemas do segmento ocorrem nas especialidades médicas e nos hospitais de alta complexidade, em que existe pouca competição, devido ao número limitado de concorrentes como, por exemplo, nas áreas de oncologia, cardiologia, neurologia e traumatologia. Nestes casos, a formação de oligopólios ou monopólios, com o objetivo de controlar demanda e preços, é rapidamente estabelecida (PORTER & TEISBERG, 2007; HERZLINGER, 2006).

Nestas condições de mercado, as indústrias que comercializam seus produtos para hospitais, clínicas e laboratórios estipulam os preços, de forma que atendam seus interesses, e acabam por gerar efeito inflacionário independente da economia geral (PORTER & TEISBERG, 2007; HERZLINGER, 2006).

2.3. Os custos crescentes do sistema de saúde no Brasil

No segmento econômico da saúde brasileira observa-se um índice inflacionário acima da média, em relação aos demais setores da área. Os fatores que elevam este indicador podem ser relacionados aos seguintes fatos, conforme a análise de CATA PRETA (2004, p. 11):

a) O envelhecimento da população – o fato de que a participação de pessoas com idade acima de 60 anos, na população

coberta nos planos privados de saúde, eleva a utilização dos recursos assistenciais disponíveis.

b) A convivência epidemiológica – a coexistência de doenças crônico-degenerativas, presentes nas sociedades desenvolvidas, com doenças infectocontagiosas, típicas de países em desenvolvimento, com problemas de fiscalização, controle sanitário e saneamento básico.

c) O saneamento básico e o crescimento das cidades – nas localidades onde o saneamento básico é precário e o crescimento da cidade é descontrolado, os custos com a assistência médico-hospitalar são maiores.

d) A violência e os acidentes domésticos – os ferimentos por arma de fogo, os acidentes automobilísticos e os acidentes domésticos.

e) Novos equipamentos para exames diversos e diagnose; novos medicamentos e respectiva efetividade; novos procedimentos estruturados com protocolos clínicos baseados em estudos desenvolvidos em centros de referência (medicina baseada em evidências); novas tecnologias desenvolvidas – biogenética e clonagem de embriões e outras.

d) Uso intensivo da força de trabalho em saúde.

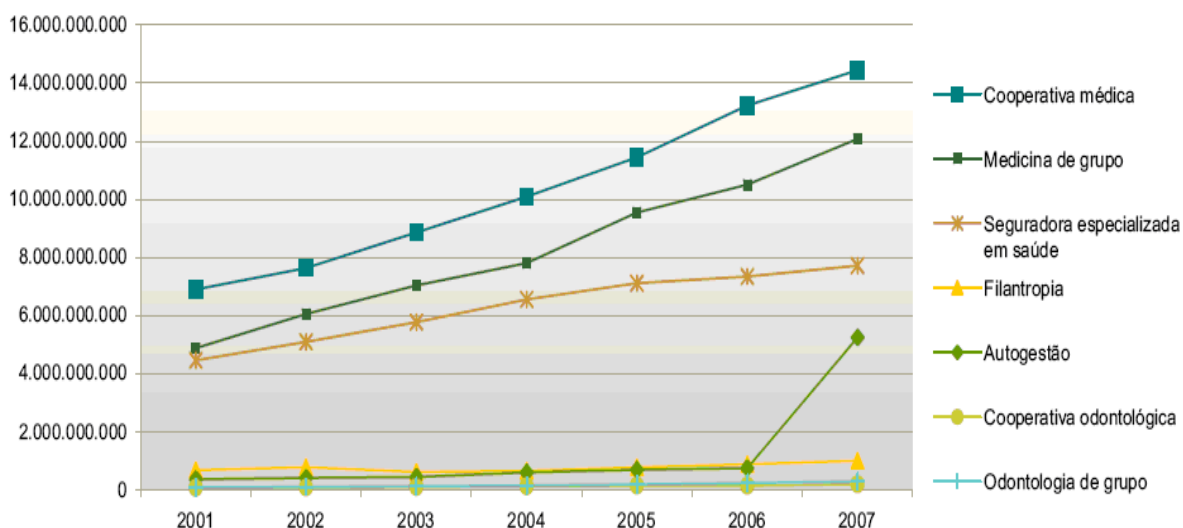
Os índices que medem a inflação, como o IPCA, resultam de uma média ponderada que procura refletir o comportamento de vários setores da economia e, por isto, não podem ser aplicados diretamente a um determinado setor, com características de composição de custo tão específica, como o setor saúde, principalmente no cenário atual, de aceleração das incorporações tecnológicas, de mais e melhores recursos de preservação da vida, com aumento dos leitos e procedimentos de alta complexidade (CAMIMURA, 2007).

A inflação, na área da saúde, quando comparada a outros grupos, é de duas a três vezes superior. Segundo dados do DIEESE, a variação da inflação acumulada no período de janeiro de 1997 a abril de 2004, no setor saúde, foi de 154,28%, enquanto que em outros grupos foi de 64,26%. Essa é uma realidade mundial, não é um problema apenas do Brasil (CAMIMURA, 2007).

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE), por sua vez diz em nota que não há como comparar a inflação geral, medida por qualquer índice de preços (IPCA, INPC, IGP-M) com a inflação dos custos de assistência à saúde, que vêm subindo em ritmo superior ao do custo de vida, tanto no Brasil como em qualquer outro país. “A inflação de custos médico-hospitalares está sendo influenciada, principalmente, pelo aumento de preços de medicamentos e materiais, bem como pela inclusão sistemática de novas tecnologias de tratamentos, novos materiais e fármacos, itens esses que não são regulados pela ANS” (CAMIMURA, 2007).

Os preços de materiais e medicamentos vêm subindo mais de 30% ao ano, desde 2004. Como eles participam com cerca de 35% (trinta e cinco por cento) da estrutura de custos das seguradoras de saúde, apenas este impacto inflacionário foi de aproximadamente 10% (dez por cento) no período, sem contar o aumento de diárias e taxas hospitalares, de honorários médicos e de introdução de novas tecnologias de tratamentos, conforme informa a nota divulgada pela FENASAÚDE (CAMIMURA 2007).

Gráfico 02 – Despesa assistencial das operadoras de planos de saúde por modalidade da operadora (Brasil 2001 – 2007)



Fonte: Diops - 1808/2008 e FIP - 12/2006

O problema do crescimento dos gastos com assistência médico-hospitalar não é um fenômeno nacional. Nos Estados Unidos, por exemplo, ele frequentemente

supera o da economia como um todo. Nos últimos 35 anos, enquanto os gastos gerais da nação com bens e serviços cresceram a uma taxa média anual de 7,2%, o montante despendido com saúde atingiu o índice de 9,8% (CHRISTENSEN, 2009).

2.4. A necessidade de avaliar e classificar os hospitais

Para que os planos de saúde, compradores de serviços hospitalares, possam obter garantias de que os recursos investidos na assistência médico-hospitalar serão utilizados de forma eficaz, é necessário um instrumento de avaliação e classificação de hospitais, através de critérios técnicos. A valorização da qualidade da assistência médico-hospitalar oferecida, a eficiência dos tratamentos realizados, o investimento no desenvolvimento e disponibilidade de especialidades médicas, a qualidade e adequação das instalações disponíveis, dos equipamentos e das técnicas de gestão adotadas pelas instituições hospitalares, é fundamental para uma melhoria significativa do relacionamento entre os participantes (CATA PRETA, 2005; TAJRA, 2003; NETO & GASTAL, 1997).

Para os planos de saúde é fundamental identificar e avaliar, em detalhes, os hospitais contratados que estão disponíveis aos seus beneficiários, bem como quais são seus custos, qualidades e deficiências. Observa-se que, frequentemente, o poder judiciário tem responsabilizado os planos de saúde, quando ocorrem danos aos beneficiários, na prestação de serviço médico-hospitalar, pelos hospitais da rede credenciada (CATA PRETA, 2005; TAJRA, 2003; NETO & GASTAL, 1997).

Utilizar critérios técnicos para excluir da rede credenciada os hospitais com baixo nível de qualidade, que coloquem em risco a vida do beneficiário, e diferenciar as tabelas de remuneração entre prestadores, reconhecendo financeiramente as instituições que mais investem, é fundamental para o desempenho do segmento (CATA PRETA, 2005; TAJRA, 2003; NETO & GASTAL, 1997).

Para os hospitais, a utilização de critérios técnicos é um estímulo aos investimentos em planejamento estratégico, as boas práticas assistenciais e de gestão, os investimentos em infraestrutura, assim como o retorno técnico detalhado sobre os serviços hospitalares prestados em condições precárias (CATA PRETA, 2005; TAJRA, 2003; NETO & GASTAL, 1997).

Atualmente, a contratação e a remuneração dos hospitais são realizadas, pelos planos de saúde, sem a devida utilização de critérios que estejam pautados na

avaliação técnica para verificar o nível de qualificação destas instituições. A diferenciação das tabelas de remuneração é, em grande parte, realizada de forma política (TAJRA, 2003).

Desta forma, o presente trabalho propõe um instrumento de avaliação de serviços hospitalares através da criação de um escore de pontos, com base em critérios de assistência médico-hospitalar, infraestrutura e gestão, disponíveis nas instituições avaliadas, considerando a legislação e as melhores práticas reconhecidas pelo mercado.

3. JUSTIFICATIVA DO TEMA

Justifica-se a proposta de criação de um instrumento de avaliação de serviços hospitalares, com base em critérios de assistência, infraestrutura disponível e gestão, pelos seguintes fatos:

a) Os planos de saúde não possuem instrumentos de aferição que considerem os investimentos em qualidade do atendimento, em recursos humanos, imóveis, equipamentos, metodologia de gestão e controle de resultados (CHRISTENSEN, 2009; HERZLINGER, 2006; PORTER & TEISBERG, 2007);

b) Os hospitais não possuem estímulos para investimentos no desenvolvimento dos seus recursos. Pelo contrário, são desestimulados. A maioria dos planos de saúde remunera, por exemplo, os exames de raios-x, tomografia, ressonância magnética, hemodinâmica, etc., independente das condições do equipamento, tais como ano de fabricação, manutenções preventivas realizadas, qualidade do exame e do resultado expedido. E os investimentos nestes equipamentos, facilmente, atingem grandes somas de recursos financeiros (CHRISTENSEN, 2009; HERZLINGER, 2006; PORTER & TEISBERG, 2007);

c) Os hospitais possuem uma visão distorcida em relação a “como, onde e quando investir”. Para aumentar o faturamento e diluir os custos fixos que, no ramo hospitalar são predominantes, os esforços são voltados para o aumento no volume de utilização dos recursos, ou seja, nos procedimentos cirúrgicos, nos exames de diagnóstico e, de preferência, nos que envolvam equipamentos hospitalares do tipo Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Hemodinâmica, Radioterapia, etc., em ambientes de alto valor tecnológico e custos agregados como: centro cirúrgico, unidades de tratamento intensivo, laboratórios

especializados, etc., (CHRISTENSEN, 2009; HERZLINGER, 2006; PORTER & TEISBERG, 2007);

d) Os sistemas de contratação, relacionamento e remuneração atuais também não estimulam os médicos e os hospitais a trabalharem com uma medicina econômica, baseada em evidências pautada em protocolos clínicos, ou seja, não é interessante limitar os procedimentos e exames de diagnóstico conforme a história clínica e os sintomas dos pacientes, tampouco padronizar as diferentes condutas de atendimento. Isto significa que cada médico adota um padrão diferente para diagnosticar e tratar as mesmas doenças, desencadeando uma série de consequências danosas para a instituição como, por exemplo, dificuldades para controlar os custos por procedimentos, gerenciar os estoques e treinar e especializar os demais profissionais envolvidos (CHRISTENSEN, 2009; HERZLINGER, 2006; PORTER & TEISBERG, 2007).

4. OBJETIVO

Dado o Problema explicitado no Capítulo anterior, o presente trabalho propõe-se a atender os seguintes objetivos:

4.1. Objetivo Geral

4.1.1. Desenvolver um instrumento de avaliação de hospitais gerais com base em critérios de assistência, infraestrutura disponível e gestão.

4.2. Objetivos Específicos

4.2.1. Identificar quais são os critérios de avaliação.

4.2.2. Definir os níveis para cada critério de avaliação.

4.2.3. Estabelecer padrões de pontuação para cada critério de avaliação.

5. O SETOR SAÚDE

Como forma de organizar a análise do conteúdo da revisão bibliográfica e estabelecer um desenvolvimento lógico, propõe-se a seguinte sequência de abordagens teóricas: dinâmica econômica do setor saúde; métodos de classificação hospitalar disponíveis; conceito de assistência à saúde; conceito de infraestrutura hospitalar e conceito de práticas de gestão hospitalar.

5.1. Perfil dos participantes do setor saúde brasileiro

O Sistema Único de Saúde – SUS é subordinado ao Ministério da Saúde, garantidor das políticas públicas de atenção à saúde. De fato, é o maior comprador de serviços na rede pública e privada de saúde do país, responsável pela assistência médico-hospitalar da população brasileira. Por direito constitucional, tem obrigatoriedade de oferecer cobertura assistencial universal, sendo impedido de agir com distinção, mesmo que o cidadão contrate um plano de saúde privado (MACHADO, 2007; PAIM & TEIXEIRA, 2008).

Os institutos de previdência dos estados ou municípios são órgãos governamentais subordinados aos governos estaduais ou municipais. São operadoras de planos de saúde responsáveis pela assistência médico-hospitalar dos funcionários públicos e de seus dependentes. Sua base de financiamento é, em maior parte, vinculada à contribuição financeira dos associados e, em menor parte, aos recursos do Estado ou Município (ANS, 2002; IRION, 2005).

Hospitais públicos ou de economia mista são instituições subordinadas aos Governos Federal, Estadual ou Municipal. Atuam como prestadores de serviço na assistência médico-hospitalar e, em muitos casos, também na área educacional. Sua base de financiamento depende de recursos federais, vinculados ao orçamento do

Ministério da Saúde e/ou Educação e/ou de operadoras de planos de saúde (MATHIAS, 2006).

As indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares são empresas privadas, de capital aberto ou fechado, multinacionais ou nacionais, muitas dependentes de tecnologias estrangeiras para desenvolver seus produtos. A principal fonte de recursos financeiros é pautada na venda e distribuição de materiais, medicamentos e equipamentos para hospitais, clínicas e farmácias. Nesta parte do segmento, investimento contínuo em inovação, pesquisa e desenvolvimento é fundamental para a sua rentabilidade (PORTER & TEISBERG, 2007).

Os médicos atuantes no segmento público e privado, em sua maioria, como profissionais liberais, além do seu próprio consultório, trabalham em hospitais públicos, filantrópicos ou privados e para os planos de saúde que melhor atenderem seus interesses econômicos (CATA PRETA, 2004; IRION, 2005; TAJRA 2003).

Os beneficiários são pessoas físicas ou jurídicas que possuem o direito à assistência médico-hospitalar. Este direito é adquirido através da contratação de um plano de saúde, ou pela participação em institutos de previdência, ou pelo Sistema Único de Saúde – SUS (ANS, 2002; CATA PRETA, 2004; IRION, 2005; TAJRA, 2003).

A Agência Nacional de Saúde – ANS é um órgão governamental, subordinado ao Ministério da Saúde, com papel de regular o relacionamento das operadoras de planos de saúde de âmbito privado com os consumidores finais - pessoas físicas e jurídicas e com os prestadores de serviços de saúde (ANS, 2002; CATA PRETA, 2004; IRION, 2005).

5.2. Dinâmica econômica do setor saúde

A assistência à saúde e a assistência médica devem ser atribuições do Estado e, portanto, é o Estado que deve criar e administrar os fundos de assistência à saúde. Mas quando o Estado não exerce plenamente sua função, como acontece no Brasil, a população tende a buscar uma solução alternativa. É por isso que, hoje, existe no Brasil uma variedade grande de sistemas coletivos de assistência médica (IRION, 2005).

O segmento saúde brasileiro vive uma crise permanente. A insatisfação dos participantes tem crescido a cada ano, principalmente a dos beneficiários, colocados

na condição de financiadores dos altos custos embutidos nas mensalidades dos planos de saúde e a de pacientes, no momento da utilização e aferição da qualidade dos serviços disponíveis (CATA PRETA, 2004).

Como explica Irion (2005, p. 70), sobre a necessidade de a sociedade se organizar em grupo para suportar os crescentes custos da assistência médico-hospitalar:

As dificuldades e custeio individual se tornaram tão sérios que nos dias atuais a população procura soluções coletivas para suportar os custos com a assistência médica. Essas soluções estão tanto no Estado como na iniciativa privada. O fundamento dos sistemas coletivos chama-se tecnicamente de transferência de processo que consiste em se atribuir a outrem a responsabilidade com os custos da assistência médica.

A crise do segmento saúde brasileiro apresenta diversos aspectos de similaridade com o americano, guardadas as proporções econômicas e culturais que diferenciam os dois países Porter & Teisberg (2007, p. 19) assim descrevem os principais problemas do segmento saúde:

A combinação de altos custos, qualidade insatisfatória e acesso limitado à assistência à saúde têm criado ansiedade e frustração em todos os participantes. Ninguém está feliz com o atual sistema – nem os pacientes, que se preocupam com o custo do seguro e com a qualidade dos tratamentos; nem os empregadores, que arcam com as apólices mais onerosas e funcionários insatisfeitos; nem os médicos e demais prestadores, com rendimentos reduzidos, pareceres ignorados e dias de trabalho sobrecarregados de papelada burocrática; nem os planos de saúde, sempre criticados; tampouco os fornecedores de medicamentos e equipamentos, que lançaram várias terapias que salvam ou melhoram vidas, mas são acusados de provocar elevação dos custos; e tampouco o governo, cujos orçamentos estão fugindo do controle.

A tendência dos gestores do segmento é de focar e tratar problemas isolados, em prejuízo da visão global, como tentar controlar os custos com medicamentos e novas tecnologias; o número de pessoas sem plano de saúde; os incentivos aos prestadores, estimulando-os a aplicar tratamentos em demasia; os elevados custos administrativos dos planos de saúde; a falta de responsabilidade do consumidor em relação aos custos; a baixa penetração de tecnologia da informação (PORTER & TEISBERG, 2007).

A gestão de uma operadora de planos e seguros de saúde requer habilidades que vão além dos conhecimentos gerais de administração, finanças, jurídicos, de marketing e da própria área de saúde. É necessária uma profunda compreensão da complexidade do modelo operacional, que envolve pessoas físicas e jurídicas, e um intrincado sistema de relações profissionais e comerciais (CATA PRETA, 2004).

Em um segmento econômico normal, a competição entre os participantes gera melhorias contínuas de qualidade e custo. As novas tecnologias são rapidamente difundidas e levam a encontrar melhores formas de fazer as coisas.

Os concorrentes excelentes prosperam e os fracos se reestruturam ou fecham as portas. No segmento saúde, os custos são altos e crescentes, apesar do intenso esforço para controlá-los. Os problemas de qualidade persistem. O fracasso da competição evidencia-se nas grandes e inexplicáveis diferenças em custo e qualidade, entre prestadores e áreas geográficas, para o mesmo tipo de tratamento. A competição não recompensa os melhores prestadores, e os piores não vão à falência. A inovação tecnológica se difunde lentamente e não gera melhorias de valor como deveria; ao contrário, é vista por alguns como parte do problema (PORTER & TEISBERG, 2007).

O relacionamento entre os planos de saúde e os hospitais é de mútua dependência, o segundo depende financeiramente do primeiro. Os planos de saúde do ramo da medicina de grupo, da cooperativa médica e de autogestão necessitam de rede complementar credenciada de hospitais, de clínicas especializadas e de laboratórios para atendimento dos seus beneficiários (CATA PRETA, 2004).

A razão é a competição de soma zero, ou seja, não é a falta de competição, mas o tipo de competição. A competição não acontece de uma forma produtiva que reduza os custos e melhore a qualidade dos serviços (PORTER & TEISBERG, 2007).

Atualmente, a competição é caracterizada como de “soma zero”, na qual os ganhos de um participante do sistema são auferidos à expensas de outros. Os participantes competem na transferência de custos, uns para os outros, no acúmulo de poder de barganha e na limitação de serviços. Esse tipo de competição não gera valor para os pacientes, mas corrói a qualidade, nutre a ineficiência, cria capacidade excessiva e eleva os custos administrativos, entre outros efeitos abomináveis (PORTER & TEISBERG, 2007).

Porter & Teisberg (2007, p. 23) analisam a prática das operadoras de planos de saúde em adotar critérios de diferenciação pela qualidade para remunerar os prestadores de serviços hospitalares:

Iniciativas recentes em benefício da qualidade e do pagamento por desempenho tratam da conformidade dos processos em vez da qualidade dos resultados alcançados. Essas iniciativas pressupõem que a boa qualidade é mais cara; buscam recompensar o bom desempenho com pequenos diferenciais no preço, o que assegura a marcha ascendente do pagamento aos prestadores de serviços.

Para Cata Preta (2004, p. 07) as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços compõem um organismo único, cujos atores são interdependentes e vivem em permanente simbiose:

Os prestadores de serviços: hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e odontologistas, em função de profundas mudanças estruturais na economia e na sociedade do País, nos últimos 25 anos, perderam a capacidade de relacionamento financeiro direto com os usuários de seus serviços, vez que estes também foram afetados pela perda de renda e outros problemas conjunturais, aceitando a presença de um terceiro ator, as operadoras de planos privados de assistência à saúde, que administram os recursos recebidos e efetuam a sua distribuição aos que estão habilitados na prática da medicina ou odontologia. Resumidamente, todos dependem dos recursos pagos diretamente pelos usuários ou pelas empresas para as quais trabalham.

Analisando o complexo da saúde como um sistema, mais facilmente percebe-se o “efeito dominó” de suas relações. Portanto, mais uma vez vale a pena lembrar: as partes que formam este sistema são interdependentes. Se uma das partes for prejudicada, todas as outras sofrerão impactos importantes (TAJRA, 2003).

A forma usual de gerenciamento é a do controle dos custos e do acesso aos serviços credenciados (próprios ou de terceiros) e, salvo raras exceções, não consideram aspectos importantes como a qualidade e a efetividade dos procedimentos, nem as ações preventivas de saúde. O prestador de serviços de saúde não deve ser encarado apenas como um fornecedor de insumos de saúde, parte da cadeia produtiva, mas como parceiro efetivo no empreendimento, cuja administração dos recursos cabe à operadora, competindo-lhe a missão de tentar de todas as formas possíveis resolver a patologia ou lesão do paciente (CATA PRETA, 2004).

A máxima, repetitivamente citada por diversos participantes do segmento da saúde: “a assistência médica tem custos, mas não tem preço”, destaca que não existem limites econômicos para os investimentos no desenvolvimento de novas tecnologias, em equipamentos e medicamentos, que possam prolongar ou melhorar as condições de vida dos doentes, independente da capacidade de absorção de custos dos *players* do segmento (IRION, 2005).

O Sistema de Saúde Suplementar somente terá sua organização e seu funcionamento eficiente quando as expectativas fundamentais dos participantes forem atendidas, ou seja, sob a ótica do prestador de serviços, remuneração justa pelos serviços realizados e reconhecimento do trabalho por parte da operadora de planos de saúde e dos pacientes e familiares (beneficiários); sob a ótica da operadora, um resultado operacional adequado, satisfação dos beneficiários e bom relacionamento com os prestadores de serviços (CATA PRETA, 2004).

Para Cata Preta (2004, p. 10), o sucesso do Gerenciamento de Atendimentos aos Beneficiários será obtido se as seguintes metas forem alcançadas:

Controle rigoroso dos recursos financeiros disponíveis; controle de acesso aos serviços médicos e hospitalares; controle da qualidade e da efetividade dos procedimentos; controle dos custos dos serviços médicos e hospitalares; introdução de programas de prevenção e de promoção de ações de saúde; implementação de programas de gerenciamento de doentes crônicos, de casos

especiais e de terapias de longa duração; implementação de programas de educação dos usuários no tocante à utilização dos serviços e, também, quanto à identificação de hábitos que conduzem a doenças e lesões; e implementação de programas de relacionamento com os prestadores de serviços.

A metodologia de remuneração pelos serviços prestados, utilizada pelas operadoras de planos de saúde, estimula a ocorrência de excessos propositais de demanda, conforme explica Irion (2005, p. 129):

*Chamamos de indução da demanda a criação proposital de despesas hospitalares. É o caso da utilização de setores do hospital que necessitam produção para justificar sua viabilidade econômica. Assim certas tecnologias de alto custo, como ressonância magnética, radiologia computadorizada, medicina nuclear e unidade de tratamento intensivo, são utilizadas sem que sejam necessárias...
...Na indução da demanda os profissionais forçam a utilização dos serviços. O caso mais frequente é provocar o retorno para consultas e a realização de hospitalizações ou exames desnecessários.*

Para Tajra (2005, p. 24), a metodologia de remuneração contratada entre as operadoras de plano de saúde e os prestadores de serviços hospitalares estimula o consumismo dos recursos e propicia um ambiente de desacordo entre as partes:

...os prestadores de serviços médicos e assistenciais possuem suas tabelas de serviços com preços sem reajustes durante longo tempo, principalmente quanto aos itens relacionados às taxas, diárias e honorários médicos e dos demais profissionais da saúde. Os ganhos variáveis na composição das receitas dos prestadores estão relacionados aos materiais e medicamentos, pois geralmente são negociadas com as operadoras taxas de comercialização sobre tabelas predefinidas, podendo ser uma tabela de preços definida pela própria operadora ou tabelas disponíveis no mercado como a Revista SIMPRO, BRASÍNDICE, ABC-FARMA e outras.

No relacionamento dos planos de saúde com os prestadores de serviços destacam-se os seguintes fatos: as operadoras de planos de saúde, principalmente as cooperativas médicas e as de autogestão, têm alto grau de dependência dos hospitais da rede credenciada para prestar assistência aos seus beneficiários; os relatórios informativos de custos dos serviços prestados, quando abertos pelos hospitais credenciados têm, em regra geral, pouca sustentação técnica, fato que dificulta as negociações com os planos de saúde, ou seja, os acordos financeiros e econômicos são embasados em informações inadequadas; a qualidade dos serviços prestados e o custo-efetividade dos tratamentos realizados pelos estabelecimentos de saúde não são avaliados, em função da inexistência de padrões previamente ajustados com os planos de saúde. Também não são controladas, por parte das operadoras, as reclamações dos beneficiários como fonte de auditoria e/ou descredenciamentos. Assim, não se efetua uma ação pró-ativa junto aos prestadores de serviços. As negociações são baseadas em critérios subjetivos e políticos nas quais normalmente, prevalece o volume de serviços que cada operadora pode proporcionar para o estabelecimento de saúde. Avaliações técnicas que considerem a qualidade e a efetividade dos serviços raramente são feitas.

O pagamento dos prestadores de serviços hospitalares continua sendo feito, em sua maioria, por conta aberta ou procedimentos realizados, sem qualquer vinculação à qualidade, aos resultados e à efetividade do tratamento (CATA PRETA, 2004).

A área responsável pelo credenciamento de prestadores de serviços de saúde em um plano de saúde assume com diversas responsabilidades, destacando-se as negociações contratuais, o controle e a atualização dos documentos legais necessários para que a rede credenciada possa prestar os serviços contratados e o controle e as avaliações das condições assistenciais, que visam verificar a qualidade dos serviços contratados e do processo de contratação (TAJRA, 2005).

A qualidade do relacionamento entre os planos de saúde e prestadores de serviços, nos últimos anos, tem sido marcada por desentendimentos e desconfiças. Por isso as negociações, normalmente, resumem-se a discussões sobre reajustes de preços, salvo raras exceções, que tratam de novos métodos de remuneração, novas formas de tratamento e o uso de protocolos clínicos (CATA PRETA, 2004).

Além da equipe multidisciplinar, com a participação de profissionais de medicina, administração e enfermagem, é de grande importância a definição de uma “política de credenciamento”, ou seja, a definição de diretrizes gerais, tais como: quais os parâmetros de ingresso de novos médicos; quais os pareceres necessários (médico, jurídico, enfermagem, diretivo) para um novo credenciamento; qual a periodicidade em que a rede credenciada deve ser avaliada, ou seja, qual o intervalo de tempo em que a rede deve passar por uma vistoria técnica, por parte dos profissionais da operadora ou de empresas avaliadoras independentes (TAJRA, 2005).

Observa-se uma forte influência política na contratação dos prestadores de serviços em saúde, com grande prejuízo para as questões técnicas: assistenciais, financeiras e comerciais, principalmente nas cooperativas médicas, conforme Tajra (2005, p. 41):

A área de credenciamento numa operadora de plano de saúde deve ser administrada sempre observando os aspectos técnicos dos serviços contratados, os aspectos médicos e assistenciais, os aspectos financeiros e comerciais. É muito comum observarmos que em algumas operadoras tal área é utilizada como gancho político, principalmente em cooperativas médicas cuja administração é eleita pelo sistema de votos entre os médicos cooperados. Verifica-se, comumente, nessas operadoras, que o sistema de credenciamento não obedece nenhuma lógica técnico-operacional e muitas vezes prevalecem apenas às questões políticas. Tal situação favorece uma total desorganização no processo de auditoria médica e processamento de contas médicas e, conseqüentemente, acarretando altos custos operacionais para a operadora.

A metodologia de remuneração, predominantemente utilizada pelas operadoras de planos de saúde, para os prestadores de serviços hospitalares, por quantidade e tipo de procedimento realizado, corriqueiramente denominado de “conta aberta”, é o centro de críticas de grandes debates. A discussão sobre este modelo envolve diversos especialistas do setor saúde (SARAIVA, 2006).

O primeiro grupo de especialistas justifica que a remuneração, no método “conta aberta”, ou *fee for service* no modelo americano, no qual baseou-se o sistema brasileiro, dificilmente desaparecerá do mercado, pois é uma fórmula consolidada em outros modelos econômicos. Não há uma alternativa que possa ser seguida imediatamente e, para mudar a prática, é preciso que aconteça uma grande evolução, em que os atores desse processo passem a compartilhar riscos, com ônus e bônus de cada lado (SARAIVA, 2006).

Um dos problemas do atual sistema ocorre porque a remuneração dos hospitais, clínicas e laboratórios não está associada a um mecanismo de racionalização dos gastos, como o que existe nos modelos de pré-pagamento dos planos de saúde, em que a operadora do plano de saúde possui uma remuneração fixa para garantir a cobertura assistencial, isto tornando os serviços mais caros e menos resolutivos (SARAIVA, 2006).

Uma segunda corrente de especialistas afirma que o *fee for service* é um modelo com problemas, pois funciona quase que num sentido de reembolso de todos os itens utilizados nos tratamentos. Provoca conflitos entre o prestador de serviços de saúde e o cliente, gerando um enorme esforço de autorizações, processamento de contas, auditoria e pagamentos, além de onerar ambas as instituições do segmento com um alto custo administrativo (SARAIVA, 2006)

Entre as mais diversas sugestões para solucionar os problemas do sistema de saúde suplementar, os especialistas destacam o *captation* (captação), método em que o prestador de serviço recebe uma quantia fixa de recursos por vida e assume a responsabilidade de atender a demanda de um grupo de beneficiários.

Como no sistema *captation* a remuneração por procedimentos (método utilizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS) possui um forte apelo na relação entre as operadoras de planos de saúde e os hospitais, através do alinhamento de objetivos ou seja, o plano de saúde, ao invés de pagar por uma série de itens de uma conta hospitalar, faz um acordo comercial para quitar um valor fixo pelo procedimento ou por um grupo de vidas cobertas (SARAIVA, 2006).

Conforme Cata Preta (2004, p. 90) observam-se as seguintes formas de remuneração dos prestadores de serviços de saúde:

Face aos altos índices de sinistralidade das carteiras de planos e seguros de saúde, as operadoras podem utilizar sistemas de remuneração dos prestadores de serviços de saúde de base fixa,

destacando-se os seguintes: pacotes de serviços hospitalares e ambulatoriais; contratos por paciente-dia; capitação por grupo (capitation) ou taxa per capita; capitação global, com transferência total do risco ao prestador de serviço. O pagamento por preço fixo, seja através de pacotes ou de capitação, exige a elaboração de protocolos para as condutas médicas, para que possa ser avaliada a qualidade e a efetividade do serviço a ser prestado ao paciente.

5.3. Métodos de classificação hospitalar

Destaca-se, como entidade internacional de acreditação de serviços hospitalares a Comissão Americana de Acreditação Hospitalar, que surgiu em 1919, por intermédio do Colégio Americano de cirurgiões, devido aos avanços obtidos nos tratamentos cirúrgicos e anestésicos. Esta Comissão estabeleceu regras mínimas de cuidados com o pós-operatório e com a organização do corpo clínico das instituições hospitalares. Desta forma, foram criados regulamentos e diretrizes que profissionalizavam as rotinas hospitalares, tais como critérios para confecção de prontuários, disponibilidade de equipamentos, de materiais, de medicamentos e de exames auxiliares de diagnóstico (HOSPITAL GERAL, 2009).

A partir de 1951, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* - JCAHO, instituição independente em relação às instituições avaliadas, passou a desenvolver novas e precisas metodologias, a partir do acúmulo de experiências (HOSPITAL GERAL, 2009).

Atualmente, a JCAHO é a maior acreditadora de instituições de saúde nos Estados Unidos, tendo avaliado cerca de 18.000 estabelecimentos, que se submetem voluntariamente a este processo de acreditação. Dos cerca de 6.800 hospitais norte-americanos, aproximadamente 80% são acreditados pela *Joint Commission* (HOSPITAL GERAL, 2009).

Os tipos de instituições passíveis de serem acreditadas são hospitais, empresas de atendimento domiciliar e cuidados paliativos, ambulatorios, laboratórios e clínicas (HOSPITAL GERAL, 2009).

Além disso, vários órgãos governamentais dos Estados Unidos somente autorizam, em nível federal e estadual, o funcionamento de instituições de saúde com o aval da acreditação feita pela *Joint Commission*. Utilizam-na para concluir a

qualificação de uma instituição, para se credenciarem junto aos programas *Medicare* e *Medicaid* do governo, para reembolso de custos ou, ainda, para receberem autorização de funcionamento. A isto se dá o nome de deemed status (situação em análise) (HOSPITAL GERAL, 2009).

A *Joint Commission International* - JCI alia o conhecimento técnico de avaliação na área da Saúde com o conhecimento específico de cada país e da sua cultura, para oferecer serviços de consultoria no mundo inteiro. A JCI tem a sua liderança reconhecida na implementação de programas de melhoria do desempenho e de sistemas de avaliação. A JCI é mantida e operada pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (Comissão Conjunta para a Acreditação de Instituições de Saúde), com sede nos Estados Unidos (HOSPITAL GERAL, 2009).

As primeiras iniciativas foram oficiais, gerenciadas pelo Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), lançado no início da década de 90 e ampliado em 1994, com a criação do Programa de Melhoria da Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde. O PBQP teve sua reestruturação feita em 1996, incorporando o projeto “Avaliação e Certificação de Assistência à Saúde”, parte do subprograma “Qualidade de Vida”, e torna-se uma das prioridades do Governo Federal (HOSPITAL GERAL, 2009).

Diante da importância do assunto, a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde autorizou, nesta época, o estabelecimento de um processo de acreditação dos serviços de saúde como um mecanismo importante para a melhoria da qualidade interna. Neste mesmo documento, recomendava que as agências de acreditação a serem implantadas no país fossem desenvolvidas como empreendimentos não governamentais (HOSPITAL GERAL, 2009).

Em 1998, o Ministério da Saúde realizou um estudo piloto, envolvendo 16 hospitais de diversas regiões do país. A avaliação dos estabelecimentos foi realizada por quatro equipes, orientada pelo próprio Ministério, e constituídas por técnicos em avaliação e acreditação do Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro. Com este projeto, o Governo pretendia recolher informações que viabilizassem a elaboração de uma política global de acreditação de hospitais, através da avaliação das condições reais de trabalho (HOSPITAL GERAL, 2009).

O Ministério da Saúde, após a experiência adquirida junto a *Joint Commission*, concentrou esforços para a criação de um Órgão Nacional de Acreditação - ONA, que determina normas claras para o desempenho satisfatório

dos serviços de saúde no país, autorizando as agências avaliadoras e ratificando o trabalho desenvolvido com base nessas normas (HOSPITAL GERAL, 2009).

No entanto, os profissionais de saúde defendem que este órgão, ainda que orientado por diretrizes gerais do Governo, tenha autonomia, que permita uma estrutura flexível e a indispensável imparcialidade na avaliação (HOSPITAL GERAL, 2009).

A ONA - Organização Nacional de Acreditação Hospitalar é uma organização não governamental, sem finalidade econômica, cuja criação foi estimulada pelo Ministério da Saúde e pelos seus fundadores com a finalidade de coordenar o Sistema Brasileiro de Acreditação, definir sistemáticas de avaliação, elaborar padrões de qualidade e capacitar multiplicadores e avaliadores (ANVISA, 2008).

O procedimento de certificação é voluntário e visa garantir a qualidade da assistência a partir de padrões previamente definidos, adaptados à realidade brasileira. Os beneficiários são os primeiros a se beneficiar, uma vez que a acreditação é uma garantia de segurança e qualidade dos serviços de saúde (ANVISA, 2008).

A ANVISA e a ONA realizam a elaboração e a revisão dos instrumentos de acreditação em conjunto, tais como: Manuais de Inspeção para hospitais, bancos de sangue, laboratórios clínicos e diálise, etc.

Também é realizada, em conjunto, a capacitação de técnicos da vigilância sanitária e dos serviços de saúde de todo o país, (Treinamento em Avaliação de Serviços, Licenciamento Sanitário e Acreditação - Multiplicadores), que já somam mais de 1.700 profissionais habilitados (ANVISA, 2008).

Os critérios de avaliação da qualidade, consolidados em cada um dos quatro manuais já produzidos, são estabelecidos a partir de um estudo de cada setor, no qual participam instituições de todos os portes, públicas e privadas. Entre elas, estão as seguintes sociedades científicas: Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, Sociedade Brasileira de Análises Clínicas, Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, Sociedade Brasileira de Nefrologia, Colégio Brasileiro de Radiologia, Sociedade Brasileira de Radioterapia, Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear e Associação Brasileira de Física Médica (ANVISA, 2008).

As instituições acreditadas recebem um certificado de qualidade e podem divulgar livremente sua conquista, servindo de exemplo para outros serviços. O grande benefício da adesão ao programa de acreditação é a mudança de atitude de

todos os integrantes das instituições de saúde, desde o corpo clínico, a administração e parceiros, pois cada etapa do processo dá oportunidade de reflexão e análise. Com isso, a qualidade dos serviços passa a ser percebida em todos os setores da organização (ANVISA, 2008).

A ONA tem tido um papel fundamental na consolidação desse programa, como entidade responsável pela implementação de um processo permanente de educação, avaliação e certificação externa da qualidade dos serviços de saúde. Atualmente, existem trinta e dois hospitais e dois bancos de sangue certificados em todo o País. Nos últimos anos ocorreu um significativo aumento do número de unidades de saúde que buscam a acreditação: sinal de que está se fortalecendo uma mentalidade voltada para a busca da qualidade na saúde (ANVISA, 2008).

5.4. A assistência à saúde

Para definir conceitualmente os termos “assistência à saúde”, “assistência médica” e “política de saúde” optou-se pelas fundamentações de Irion (2005, p. 51):

As expressões política de saúde, e assistência à saúde e assistência médica não são sinônimas. Política de saúde é uma situação estática composta pelo conjunto de normas, leis proposições e processos que coordenam os recursos e os meios que a Sociedade e o Estado têm para conservar a saúde no sentido amplo (de Gaia, da Sociedade e do Homem), ou então refere-se à pretensão de conservar a saúde nos sentido restrito, isto é, a saúde humana.

Por sua vez a assistência à saúde é um processo dinâmico, dedicado a executar a política de saúde mediante a prevenção e cura das doenças e que se subdivide em assistência a saúde em geral (para o conjunto dos três seres) e assistência à saúde no sentido restrito, (quando se aplica exclusivamente à assistência à saúde humana). A assistência médica faz parte da assistência à saúde como processo dedicado à saúde do homem (...). Assim podemos deduzir que a política de saúde é um fim e a assistência à saúde é um meio, logo esta faz parte daquela.

A assistência médica é o conjunto do trabalho dos profissionais da saúde acrescido da utilização dos meios materiais (instrumentos, máquinas, equipamentos, medicamentos, etc.), disponíveis nas instituições provedoras. A soma dos dois fatores constitui o serviço chamado assistência médica (IRION, 2005).

Com a evolução da compreensão e do foco sobre a prestação de serviços de saúde, observam-se importantes modificações na sua metodologia de gestão. Por exemplo, a percepção dos indivíduos de forma integrada e não somente como o tratamento de uma doença. O foco da assistência continuada substitui a o propósito das consultas e de encontros esporádicos (STUMPF, FISHER, FREITAS e BECKER, 1998).

Assim, passa-se a valorizar mais a saúde comunitária em relação ao cuidado intensivo e o conceito de equipe multidisciplinar e não o de assistência médica. É baseado na prestação de serviços por múltiplos programas e instituições, em diferentes locais, diminuindo a importância dos hospitais. E, por fim, predomina um padrão de tomada de decisões médicas baseadas em evidências e resultados e não mais no conhecimento da medicina tradicional (STUMPF, FISHER, FREITAS e BECKER, 1998).

Historicamente, a assistência à saúde tem sido prestada através de uma série de consultas pobremente conectadas, tratando o indivíduo como um cliente diferente para cada um de seus provedores de assistência, em diferentes momentos. A assistência continuada é o conceito no qual todos os provedores trabalham em equipe no atendimento de um indivíduo de forma integrada (STUMPF, FISHER, FREITAS e BECKER, 1998).

Enquanto se discutem outros aspectos relacionados a este conceito (como, por exemplo, a integração dos diferentes serviços e a mudança de atitude dos profissionais), é necessário entender que assumir este conceito irá requerer sistema de informações que dê suporte a um prontuário de pacientes, efetivamente virtual e longitudinal e um sistema de telecomunicações adequado para sua implementação (STUMPF, FISHER, FREITAS e BECKER, 1998).

5.5. A infraestrutura hospitalar

Entende-se por infraestrutura hospitalar todos os recursos físicos alocados para a realização da atividade fim, como afirma Karman (1994, P. 13):

O físico encontra-se intimamente vinculado ao funcional; o planejamento arquitetônico, ao administrativo. Arquitetura hospitalar, engenharia de manutenção, bioengenharia, engenharia clínica, informática, engenharia hospitalar, organização e administração hospitalar são meios, procedimentos e recursos que, juntamente com as atividades dos profissionais de saúde, visam viabilizar o objetivo comum: proteção, promoção e recuperação da saúde.

O hospital, grande ou pequeno, é o equipamento social, especialmente concebido e dotado para a consecução desses fins; para tanto, o hospital recorre aos mais diferentes “territórios”; cada qual respondendo por uma produção, função ou desempenho; dependendo da eficiência da instituição do trabalho sincrônico, agrupamento harmônico e integração racional desses territórios.

O hospital é uma entidade destinada a assistir pessoas, a prevenir doenças, a tratar e reabilitar pacientes, a elevar o padrão profissional e a realizar pesquisas. Tais variações das atividades requerem específicas instalações (KARMAN, 1994).

Por isso, o hospital é considerado uma das instituições mais complexas, tanto sob o ponto de vista arquitetônico, de engenharia, de instalações, de equipamentos, como de tecnologia e de administração (KARMAN, 1994).

Seus equipamentos, aparelhos, instalações e suprimentos são de uso contínuo e constante. Devem estar prontos, disponíveis e a postos, para uso imediato, durante vinte e quatro horas por dia. Interrupção durante um procedimento ou o retardo em sua disponibilidade pode levar a desfechos graves e mesmo fatais (KARMAN, 1994).

A complexidade característica de Estabelecimentos de Saúde é devida principalmente a dois fatores: primeiro o número de funções que estes edifícios realizam hoje e, segundo, a rapidez pela qual tendem a necessitar de adaptações e expansões. Da função original de hospedaria, nas cruzadas aos centros de pesquisas modernos, os estabelecimentos de saúde vêm se transformando, ampliando suas funções e introduzindo novas tecnologias. Hoje, os hospitais têm como função maior o conjunto de diferentes funções (dependendo do nível em que se encontra dentro do sistema de saúde) entre elas: socorrer, diagnosticar, tratar, exercer medicina preventiva, pesquisar e educar (WEIDLE, 1995).

Portanto, várias são as atribuições e atividades realizadas por edifícios hospitalares, como:

- a) realização de Ações Básicas de Saúde;
- b) prestação de Atendimento à Saúde em Regime Ambulatorial;
- c) prestação de Pronto Atendimento;
- d) prestação de Atendimento à Saúde em Regime de Internação;
- e) prestação de Serviços de Apoio ao Diagnóstico;
- f) prestação de Serviços de Apoio à Terapia;
- g) prestação de Serviços de Apoio Técnico;
- h) formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos e pesquisa.

As atividades exercidas na realização das várias atribuições requerem espaços diferenciados, com critérios específicos. Um estabelecimento de saúde é como um “edifício cidade”, ou seja, um edifício que agrupa uma série de outros edifícios (unidades ou departamentos), os quais são interdependentes e realizam funções específicas e, portanto, com necessidade de instalações diferenciadas. Por exemplo, o número de equipamentos usados na Terapia é bem maior que o número de equipamentos usados nos Ambulatórios. E, para que estas funções possam ser exercidas adequadamente, é preciso que estabelecimentos de saúde permaneçam atualizados. Em outras palavras, que acompanhem os avanços tecnológicos, da medicina, da administração hospitalar, respondendo adequadamente às pressões socioeconômicas e às necessidades assistenciais contínuas, características de uma realidade em desenvolvimento como a brasileira (WEIDLE, 1995).

Portanto, um problema comum que arquitetos e planejadores enfrentam no processo de decisão com relação ao sistema construtivo a ser usado em um dado projeto, é o fato de que “um hospital projetado hoje já é obsoleto”. Um edifício hospitalar é um organismo em constante mutação, não só pela necessidade de adaptação às novas tecnologias ou mudanças na função de determinados espaços, mas também à necessidade de expansão. As áreas que têm demonstrado maior tendência às mudanças são as de Diagnóstico e de Terapia, principalmente devido ao ritmo de evolução tecnológica dos equipamentos que, ao se tornarem informatizados, evoluem aceleradamente (WEIDLE, 1995).

Um equipamento que evolui pode significar menos espaço ou mais espaço a ser requerido, o que acarreta a necessidade de se adaptar. Desta forma, surge a importância de se projetar um edifício flexível, que permita que vedações internas sejam facilmente removidas e fixadas, que equipamentos sejam facilmente instalados, que instalações sejam adequadamente mantidas e que expansões sejam realizadas, sem que seja necessário mudar o sistema estrutural ou que haja estrangulamento na organicidade e funcionalidade originais e, enfim, sem que o hospital pare (WEIDLE, 1995).

Isto implica: primeiro, em uma capacidade de adaptação aos novos equipamentos, novas funções, novos sistemas administrativos e organizacionais, sem que o edifício sacrifique sua funcionalidade e, segundo, em uma capacidade de usar recursos racional e eficiente já que, à medida que estes edifícios se desenvolvem, mais espaços e recursos são necessários. Estes dois aspectos qualitativos fundamentam a busca de um sistema construtivo que permita que o edifício mude naturalmente (ou seja, sem deixar de dar continuidade à realização de suas funções), e que seja racional, tanto em sua construção, quanto no seu funcionamento físico diário (WEIDLE, 1995).

5.6. As práticas de gestão hospitalar

O surgimento do hospital foi uma inovação social. O hospital, como instrumento terapêutico, é uma invenção do final do século XVIII. Antes dessa época, o hospital era apenas uma instituição de assistência aos pobres, que tinha como função recolhê-los e evitar que suas doenças contagiassem os outros. Sua função, até então, era assistir o pobre moribundo — um morredouro —, como chamado à época. O hospital era dirigido por religiosos e seus trabalhadores atuavam com fins caritativos, em busca da salvação de suas almas através do auxílio ao próximo. Os médicos, por sua vez, mantinham uma relação individual com o doente, sem passar pelo espaço hospitalar (DRUCKER, 1987).

Os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Neles estão reunidos vários serviços e situações simultâneos: hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor. De certa forma, é natural que todo esse organismo fosse cada vez mais regido por leis, normas, regulamentações

e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições. Um arcabouço legal cada vez mais dinâmico e variado (DRUCKER, 1987).

A administração científica teve seu início por volta de 1890, quando as condições necessárias para a produção em massa, nos Estados Unidos, já eram realidade. Momento em que já existiam inúmeros hospitais, com seus desafios de gestão assistencial, estrutural e administrativa, mesmo que não compreendidas desta forma científica e acadêmica. As novas tecnologias tornaram-se realidade: a máquina a vapor, novas técnicas e materiais de construção possibilitando a ampliação das fábricas, telégrafo e telefone, facilitando os meios de comunicação (PAIVA, 2004).

Com a associação da necessidade de produção em massa, ligada à evolução tecnológica dos fatores de produção e comunicação, surge a complexa tarefa de gerir estes estabelecimentos compostos por pessoas, processos e infraestrutura, como explica Paiva (2004, p. 24):

O crescimento das empresas, o surgimento de conglomerados e a diversificação forçaram o aparecimento de um tipo de profissional desconhecido no emergente capitalismo americano. Até então, não existia uma “administração” que cuidasse dos problemas da fábrica. Havia somente uma preocupação eminentemente técnica sobre os processos produtivos e tecnológicos. Surgia, assim, a necessidade de contratação de profissionais com a função de organizar, planejar e coordenar toda essa complexidade.

Os hospitais, como as empresas de outros ramos, são grandes coleções de processos que envolvem pessoas, sistemas e tecnologia. Chama-se processo de trabalho a maneira particular de realizar um determinado conjunto de tarefas, o que não inclui apenas tarefas a serem executadas, mas também número de operadores, distribuição do trabalho, tecnologia empregada, indicadores de eficiência e resultados esperados (GONÇALVES, 2000).

Não existe um produto ou serviço oferecido por um hospital sem um processo empresarial estruturado que produza resultados perceptíveis para os clientes (pacientes). A atividade de gerenciar estes processos é um conceito de gestão (GONÇALVES, 2000).

Christensen (2009, p. 107), ao comparar o modelo de gestão hospitalar do passado com o atual, afirma o que:

À medida que o progresso tecnológico e científico possibilitou a criação de processos e tratamentos padronizados para distúrbios diagnosticados com precisão, os hospitais passaram a reunir, dentro da mesma instituição, processos que agregam valor e atividades de centro resolutivo, resultando em algumas das instituições mais intratáveis, do ponto de vista administrativo, a figurar nos anais do capitalismo.

Entender como funcionam os processos e quais são os tipos existentes é importante para determinar como eles devem ser gerenciados, para obtenção do melhor resultado (GONÇALVES, 2000).

Kaplan & Norton (2008, p. 40) entendem por sistema de gestão o que segue:

Por sistemas de gestão queremos dizer o conjunto integrado de processos e ferramentas que uma empresa usa para formular sua estratégia, convertê-la em medidas operacionais e monitor e melhorar a eficácia de ambas. A incapacidade de equilibrar a tensão entre estratégia e operações é generalizada: diversos estudos feitos nos últimos 25 anos indicam que entre 60% e 80% das empresas não atingem o sucesso previsto por suas novas estratégias.

O modelo de gestão predominante nas instituições hospitalares, que os administradores e diretores dos hospitais gerais sentem-se obrigados a adotar, normalmente, não é o mais bem-sucedido: é o de “fazer tudo para todos” (CHRISTENSEN, 2009).

Os hospitais com um sistema de gestão fechado, utilizando cinco estágios, podem evitar o déficit entre estratégias e operações. Estes estágios compreendem o desenvolvimento da estratégia que envolve o uso de ferramentas, processos e conceitos, tais como declarações de missão, visão e valores; análise das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças da empresa em relação ao mercado; gestão do valor ao acionista; posicionamento competitivo e competências centrais para formular uma declaração estratégica (KAPLAN & NORTON, 2008).

As estratégias para a realização do negócio, nas instituições hospitalares, como em empresas de outros segmentos, devem ser traduzidas em metas e em diversas ações específicas, através da utilização de ferramentas como o *balanced scorecard*. No processo de implementação da estratégia ocorre a união da estratégia com as operações, empregando as ferramentas de gestão de qualidade e processos, reengenharia, *dashboard* de processos, projeções dinâmicas, custeio baseado em atividades, planejamento da capacidade de recursos e definição dinâmica do orçamento (KAPLAN & NORTON, 2008).

Observa-se que o principal desafio para os hospitais é a definição do modelo de negócio. Será necessário desconstruir suas atividades em dois modelos operacionais: a) primeiro as atividades de centro resolutivo, ou seja, aquelas que envolvem diagnósticos dos problemas dos pacientes e exigem laboratórios e equipamentos especializados, tais como laboratório de análises clínicas, tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc. b) segundo, as atividades de processos que agregam valor, o que significa corrigir problemas identificados por diagnósticos definitivos, tais como as cirurgias de substituição de quadril e joelho, fixação de ossos fraturados, cirurgias cardiovasculares e angioplastia, etc., e exigem salas cirúrgicas, materiais, pessoal, etc. específicos (CHRISTENSEN, 2009).

Nas atividades de “centro resolutivo”, ou de “processos que agregam valor”, o trabalho executado em cada modelo de gestão deve ser organizado de modo inteiramente diferente e seus sistemas de cálculo de custo e precificação devem ser separados (CHRISTENSEN, 2009).

Com o avanço da implantação de um processo de gestão, pautado na metodologia do planejamento estratégico e do *balanced scorecard*, também deve ocorrer um exame contínuo dos dados operacionais internos e dos dados externos sobre os concorrentes e o cenário de negócios. Os gerentes devem promover os ajustes necessários nas premissas de base que estão obsoletas ou falhas e, após, inicia-se outro ciclo (KAPLAN & NORTON, 2008).

Os hospitais que adotam o modelo de negócio do tipo “centro resolutivo” precisam ser remunerados de acordo com o sistema de pagamento por serviço prestado. Suas comissões não podem basear-se em resultados, já que eles são influenciados por uma série de fatores que estão além da precisão de diagnóstico, ao contrário das empresas com processos que agregam valor, que podem vender

rotineiramente seus produtos a um preço fixo e ainda garantir seus resultados (CHRISTENSEN, 2009).

Christensen 2009 (Pg. 110) argumenta que uma instituição hospitalar deve definir seu modelo de negócio e partir para o alinhamento dos processos de produção, conforme a seguir:

Quando os recursos, os processos e o modelo de lucro de uma organização estão voltados para uma tarefa a ser feita, então – e só então – eles podem ser integrados de um modo correto e otimizado, capaz de executá-lo com a máxima perfeição possível.

6. MÉTODO

Nesta dissertação realizou-se um estudo de caráter metodológico de natureza qualitativa. Conforme Vergara (2000), investigação metodológica é o estudo que se refere aos instrumentos de captação ou de manipulação da realidade. Está, portanto, associado a caminhos, formas, maneiras e procedimentos para atingir determinado fim.

6.2. Análise dos dados

Para a construção do Instrumento de avaliação dos prestadores de serviços hospitalares, utilizando-se critérios baseados em assistência, infraestrutura e gestão, foi utilizada a planilha eletrônica Excel®. Para tanto, as informações obtidas através da revisão bibliográfica foram analisadas, classificadas, agrupadas e transformadas nos critérios de verificação. Estes grupos foram categorizados em:

a) Grupo Eficiência Assistencial - Subgrupo Serviços Hospitalares - Áreas de Atividade: Serviços Hospitalares Disponíveis; Documentação Legal; Especialidades Médicas Disponíveis; Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia e Indicadores de Qualidade Assistencial;

b) Grupo Infraestrutura Disponível - Subgrupo Recursos Físicos - Áreas de atividade: Capacidade Instalada; Área Física Assistencial; Área Física para Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT's; Área Física Administrativa; Área Física Serviços de Apoio;

c) Grupo Gestão - Subgrupo Metodologia de Gestão - Áreas de Atividade: Práticas de Gestão; Quantitativo de Pessoal; Indicadores de Gestão de Recursos Humanos; Distribuição de Pessoal por Área; Organização e Funcionamento; Controles Estatísticos Hospitalares; Indicadores de Produtividade.

6.1. Objetos de análise

Para desenvolver o estudo de caráter metodológico desta dissertação utilizou-se, como meios de investigação, a pesquisa bibliográfica em fontes de dados secundários e a pesquisa através de questionário em fontes de dados primários.

Segundo Vergara (2000), pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral. Fornece instrumental analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas também pode esgotar-se em si mesma.

6.1.1. Pesquisa em fontes de dados secundários

A pesquisa bibliográfica em dados secundários foi realizada em livros e artigos especializados na área de saúde, com abordagens sobre gestão, negócios, modelos e estratégias assistenciais, especialmente na dinâmica econômica da área. Também utilizou-se indicadores de melhores práticas para fundamentar e quantificar os itens a serem avaliados nas seguintes áreas do conhecimento: gestão em saúde, administração hospitalar, saúde pública, saúde suplementar, administração de planos de saúde, assistência médico-hospitalar e gestão da qualidade.

Também foi utilizada a legislação brasileira pertinente à área hospitalar, no que se refere à edificação, controles de qualidade, imóveis e equipamentos, publicados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, subordinada ao Ministério da Saúde.

6.1.2. Pesquisa em fontes de dados primários

Foram utilizados, como fonte de dados primários, os resultados obtidos através de pesquisa aplicada em profissionais *experts*, atuantes nos sistemas de

saúde pública e privada, responsáveis legais pela fiscalização, ou de reconhecida capacidade técnica no segmento da assistência médico-hospitalar, representantes das instituições escolhidas para subsidiar a presente pesquisa para a fundamentação legal e técnica descrita no Capítulo 7.

A pesquisa foi realizada através de um questionário estruturado, conforme anexo I, enviado e recebido através de e-mail. O objetivo foi definir o grau de importância e, conseqüentemente, o peso da pontuação atribuída para cada grupo e para cada subgrupo dos critérios apurados, tanto na legislação brasileira quanto nas instituições de reconhecida capacidade técnica para produção de *know-how* em assistência médico-hospitalar, infraestrutura e gestão para prestadores de serviços hospitalares.

A relação de profissionais *experts*, participantes da pesquisa, que receberam via e-mail o convite e o questionário de pesquisa, segue abaixo:

- Instituição: ANS – Agência Nacional de Saúde
Dirigente: Fausto Pereira dos Santos
Telefone: (21) 2105 0011 - E-mail: marisia.carvalho@ans.gov.br
- Instituição: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Dirigente: Maria Cecília Brito
Cargo: Diretora da Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Telefone: (61) 3462 6000 - E-mail: dimcb@anvisa.gov.br
- Instituição ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados
Dirigente: Dr. Henrique Moraes Salvador Silva
Cargo: Presidente do Conselho Deliberativo da ANAHP
Telefone/fax: (11) 3253 7444 - E-mail: anahp@anahp.com.br
- Instituição: Sistema de Saúde Mãe de Deus
Dirigente: Dr. Claudio Seferim
Cargo: Diretor Superintendente
Telefone: (51) 3230 2007 - E-mail: seferim@maededeus.com.br

- Instituição: Associação Hospitalar Moinhos de Vento
Dirigente: Dr. João Polanczyk
Cargo: Superintendente Executivo
Telefone: (51) 3314 3662 - E-mail: helena.santana@hmv.org.br
- Instituição: Sistema Unimed RS
Dirigente: Dr. Jorge Guilherme Robinson
Cargo: Diretor Presidente da Unimed Central de Serviços do RGS
Telefone: (51) 3462 6400 - E-mail: jrobinson@brturbo.com.br
- Instituição: ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
Dirigente: Arlindo de Almeida
Cargo: Diretor Presidente
Telefone: (11) 3289 7511 - E-mail: diretoria@abramge.com.br
- Instituição: Conselho Regional de Enfermagem do Estado do RGS
Dirigente: Enf^a. Maria da Graça Piva
Cargo: Presidente
Telefone: (051) 3378.5500 - E-mail: marcia@portalcoren-rs.gov.br
- Instituição: Conselho Regional de Medicina do Estado do RGS
Dirigente: Dr. Claudio Balduino Souto Franzen
Cargo: Presidente
Telefone: (51) 3219-7544 - E-mail: cremers@cremers.org.br

No questionário estruturado de pesquisa foi solicitado, aos respondentes, que atribuíssem um conceito de importância, em uma escala de zero a dez, sendo 0 – zero (nada importante); 5 – cinco (importante); 10 – dez (extremamente importante), em relação aos grupos e subgrupos de itens listados no Quadro I.

Após a coleta, conforme tabulação do Anexo II, apurou-se a média da pontuação indicada pelos participantes respondentes e obteve-se o resultado, conforme segue:

Quadro I – Tabulação da pesquisa realizada com *experts* para distribuição dos pesos a serem atribuídos a cada critério de avaliação de serviços hospitalares

1. Critérios para avaliação da eficiência assistencial	
Total de pontos do questionário	1120
Total de pontos do critério eficiência assistencial	400
Total de pontos atribuídos no critério eficiência assistencial	370
Total de pontos atribuídos proporcional (1/3 do geral)	345,33
Percentual sobre o total geral	30,83

2. Critérios para avaliação da infraestrutura disponível	
Total de pontos do questionário	1120
Total de pontos do critério infraestrutura disponível	320
Total de pontos atribuídos no critério infraestrutura disponível	237
Total de pontos atribuídos proporcional (1/3 do geral)	276,50
Percentual sobre o total geral	24,69

3. Critérios para avaliação das práticas de gestão	
Total de pontos do questionário	1120
Total de pontos do critério práticas de gestão	400
Total de pontos atribuídos no critério práticas de gestão	349
Total de pontos atribuídos proporcional (1/3 do geral)	325,73
Percentual sobre o total geral	29,08

Desta forma, após a tabulação dos dados atribuídos pelos *experts* para cada grupo de critérios para avaliação de prestadores de serviços hospitalares, percebe-se que o grupo de critérios para avaliação da eficiência assistencial obteve aproximadamente 30% (trinta e nove por cento) da pontuação total, o grupo de critérios para avaliação das práticas de gestão aproximadamente 25% (trinta e sete por cento) e o grupo de critérios para avaliação da infraestrutura disponível aproximadamente 29% (vinte e cinco por cento).

Os conceitos atribuídos para cada subgrupo de critérios, conforme dispostos no Anexo II, estão determinando o peso da pontuação no instrumento de avaliação de prestadores de serviços hospitalares.

Este escore obtido demonstra que os participantes tendem a atribuir uma importância maior para os critérios de avaliação e de resultados assistenciais, em relação às práticas de gestão, bem como destas em relação à infraestrutura disponível, ou seja, para avaliar uma instituição deve-se atribuir peso maior para os pontos relacionados em primeiro lugar com os serviços disponibilizados e seus resultados; em segundo, com a metodologia de gestão e, em terceiro com os espaços físicos.

Desta forma, o instrumento para avaliação de serviços hospitalares teve os pesos para composição da pontuação devidamente ajustados. Como resultado da pesquisa realizada com os profissionais *experts*, participantes do sistema de saúde pública e privada, foi possível atribuir, para cada grupo de critérios a avaliar, pesos diferentes para as pontuações finais e, conseqüentemente, para a pontuação final.

6.3. Síntese do resultado final

O objetivo desta dissertação é a elaboração de um instrumento para avaliação de serviços hospitalares, obtido através de um rol de critérios técnicos para serem aferidos em um processo de avaliação, do tipo *check list*, em uma instituição hospitalar de caráter geral.

Cada um dos três grupos de critérios de avaliação foi subdividido em subgrupos, para serem aferidos numa auditoria técnica, que deverá ser realizada por profissionais avaliadores ou certificadores, ou auditores especializados, tais como administradores hospitalares, médicos e enfermeiras.

Para cada grupo e subgrupo de critérios de avaliação foi atribuída uma pontuação e uma participação percentual sobre o total de pontos, conforme sua importância relativa ao todo e conforme a opinião dos especialistas *experts* no ramo de saúde. O somatório deste total de pontos possíveis possibilita a obtenção de uma pontuação final, que é considerada como a pontuação máxima que pode ser obtida.

Para indicar qual o nível alcançado pela instituição hospitalar avaliada, após a obtenção do escore final, utilizou-se o critério que, para cada 722 (setecentos e vinte e dois) pontos obtidos, equivalente a 20% (vinte por cento) do total de pontos qualificados, o avaliado obtém um nível classificatório até o total de 4.333 (quatro mil trezentos e trinta e três pontos).

Assim, atinge o nível de excelência na prestação de serviços hospitalares a instituição que obtiver entre 80% (oitenta por cento) e 100% (cem por cento) dos pontos qualificados em relação aos critérios avaliados, ou seja, nível seis (6).

Estes seis níveis poderão orientar as tabelas de remuneração praticadas pelos planos de saúde para os serviços hospitalares, bem como guiar o planejamento estratégico ou assistencial quanto as melhorias e investimentos que devem ser realizadas pelas instituições avaliadas.

O instrumento de avaliação hospitalar é uma ferramenta de diagnóstico preciso, através da coleta de informações técnicas da instituição hospitalar. A atribuição de uma pontuação pela avaliação das práticas de assistência à saúde, metodologia de gestão, disponibilidade de infraestrutura (imóveis e equipamentos), permite aos compradores de serviços, bem como aos gestores, uma visão clara dos pontos fortes e fracos da mesma.

7. SUSTENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA DO INSTRUMENTO

Neste capítulo, apresenta-se a fundamentação legal e técnica da seleção dos critérios para serem avaliados em uma instituição hospitalar multiespecializada.

Os critérios de avaliação estão organizados e classificados, hierarquicamente, em grupos, subgrupos, áreas de atividades, processos ou departamentos, conforme a sua disposição específica nas leis, portarias, resoluções e normativas descritas.

Os critérios apurados para avaliação estão disponíveis no Anexo I – Formulário de Avaliação de Serviços Hospitalares.

7.1. Critérios para identificação da entidade avaliada

Para o Grupo Identificação da Entidade está prevista a coleta das seguintes informações: nome; razão social; natureza jurídica; área de abrangência assistencial (local ou microrregional ou regional); entidade mantenedora da instituição; presidente da entidade mantenedora; identificação do diretor clínico, técnico e administrativo, bem como seus registros técnicos nos órgãos competentes; endereço completo; telefone; e-mail; alvarás da vigilância sanitária e da Prefeitura Municipal e registro na Secretaria Estadual de Saúde e no Ministério da Saúde. Estas informações poderão ser utilizadas para categorizar as instituições hospitalares.

7.2. Critérios para avaliação da eficiência assistencial

Para o Grupo Eficiência Assistencial foi atribuído um subgrupo denominado de Serviços Hospitalares que, por sua vez, foi classificado em cinco áreas de atividade, denominadas de: Serviços Hospitalares Disponíveis; Documentação Legal; Especialidades Médicas Disponíveis; Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia e Indicadores de Qualidade Assistencial.

O subgrupo e as cinco áreas de atividades a que se referem foram obtidos em conformidade com os seguintes órgãos e instituições:

a) Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. É o órgão público responsável pelo sistema de fiscalização sanitária no Brasil que, dentre outras, regula as matérias sobre arquitetura e engenharia, avaliação, controle de infecções, legislação e a organização, tudo em relação aos serviços de saúde. Para tanto, a ANVISA fundamenta-se em diversas leis e portarias, conforme segue:

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Portaria Nº 1.067, de 4 de julho de 2005, institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências;
- Portaria nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o regulamento Técnico "Diretrizes de Proteção Radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico", parte integrante desta portaria, que estabelece os critérios básicos de proteção radiológica em radiodiagnóstico e disciplina a prática de Raios-X para fins diagnósticos e intervencionistas;
- Portaria MS/GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, estabelece critérios de classificação para as Unidades de tratamento intensivo (Revoga a Portaria nº 2918, de 9/6/1998);
- Portaria nº 272, de 8 de abril de 1998, aprova o Regulamento Técnico para fixar os critérios mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral;
- Resolução RE nº 1.671, de 30 de maio de 2006, estabelece os indicadores para subsidiar a avaliação do serviço de diálise;

- Resolução RE nº 1.016, de 3 e abril de 2006, aprova o Guia "Radiodiagnóstico Médico - Segurança e Desempenho de Equipamentos"; Revoga a Resolução - RE nº 64, de 04 de abril de 2003;
- Resolução - RDC nº 20, de 02 de fevereiro de 2006, estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de radioterapia, visando a defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais envolvidos e do público em geral;
- Resolução - RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005, dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos;
- Resolução - RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004, aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica;
- Resolução - RDC nº 154, de 15 de junho de 2004 (Republicada em 31/05/2006), estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise;
- Resolução - RE nº 64, de 4 de abril de 2003, determina a publicação de Orientação Técnica elaborada por Grupo Técnico, sobre Guia de Procedimentos para Segurança e Qualidade de Imagem em Radiodiagnóstico Médico, em anexo;
- Resolução - RDC nº 45, de 12 de março de 2003, dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde;
- Resolução - CNS nº 6, de 21 de dezembro de 1988, aprova as normas técnicas gerais de radioproteção que com esta baixam, visando a defesa da saúde dos pacientes, indivíduos profissionalmente expostos, e do público em geral, para cumprimento do disposto no art. 9º do Decreto nº 81.384 de 22 de fevereiro de 1978.

b) Ministério da Saúde – MS, através da Portaria MS/SAS, de 03 de Outubro de 2000, que institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNS, disponível online no *site* do CNES;

c) Secretaria da Receita Federal – SRF, através da Instrução Normativa instituindo o CNPJ – Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica, substituto do CGC – Cadastro Geral de Contribuintes, atualmente em vigor. Tal instrução veio a regulamentar o disposto no art. 37 da Lei n.º 9.250/95, que previa a unificação dos registros de empresas existentes nas três esferas governamentais: União, Estados e Municípios, além do Distrito Federal;

d) Conselho Federal de Medicina – CFM, através do livro Manual de Fiscalização, publicado pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais e que dispõe acerca dos critérios a serem observados pelas auditorias em instituições de saúde com o objetivo de verificar as condições mínimas para o exercício do trabalho médico;

e) Conselho Federal de Enfermagem, através da Lei nº 7.498/86, de 25 de julho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências e a Lei nº 8.967/94, de 28/12/1994, que altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.

f) Associação Médica Brasileira – AMB. Especificações como especialidades Médicas disponíveis e serviços complementares (SADT), conforme disposto na tabela Codificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, edição 2004.

g) Federação Unimed do Estado de Santa Catarina, através do Manual de Classificação Hospitalar, online para pessoal autorizado, adotado com o objetivo de classificar e diferenciar a remuneração dos hospitais credenciados no Estado, elaborado em consenso com a Federação dos Hospitais do Estado de Santa Catarina.

h) Associação Nacional dos Hospitais Privados – ANAHP, através das publicações Revista Melhores Práticas – a busca da excelência assistencial e Revista SINHA – Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares.

i) Programa CQH – Compromisso com a qualidade hospitalar, mantido pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, através da publicação online dos indicadores hospitalares das entidades filiadas.

j) Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, através do programa SIPAGH – Sistema de Indicadores Padronizados de Gestão Hospitalar, através da publicação online dos indicadores hospitalares das entidades filiadas.

7.3. Critérios para avaliação da infraestrutura disponível

Para o Grupo Infraestrutura Disponível foi atribuído um subgrupo denominado de Recursos Físicos que, por sua vez, foi classificado em cinco áreas de atividades, denominadas como: Capacidade Instalada; Área Física Assistencial; Área Física para Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SADT; Área Física Administrativa; e Área Física de Apoio.

As cinco áreas de atividades do Grupo Infraestrutura Disponível foram obtidas através das Resoluções da Diretoria Colegiada editadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Utilizou-se a Resolução nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, alterada pela Resolução – RDC nº 189, de 18/07/2003, atualizada pela Resolução – RDC nº 307, de 14/11/2002, que substituiu a Portaria MS nº 1.884, de 11/11/1994.

Tal Resolução dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e de Normas para seus projetos físicos. Também normatiza a elaboração de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) e apresenta orientações aos planejadores, projetistas e avaliadores de estabelecimentos de saúde. Cada EAS, construído ou reformado, deverá estar em consonância com as definições e com informações contidas neste documento, independentemente de ser um estabelecimento público ou privado.

7.4. Critérios para avaliação da metodologia de gestão

Para o Grupo Gestão foi atribuído um subgrupo determinado, de Metodologia de Gestão que, por sua vez, foi classificado em sete áreas de atividades denominadas de: Práticas de Gestão; Quantitativo de Pessoal; Indicadores de Gestão de Recursos Humanos; Distribuição de Pessoal por Área; Organização e Funcionamento; Controles Estatísticos Hospitalares e Indicadores de Produtividade.

O subgrupo e áreas de atividades a que se refere este grupo foram obtidos em conformidade com os seguintes órgãos e instituições:

a) Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade - PGQP/Programa Nacional da Qualidade – PNQ, através de uma planilha de critérios para avaliação da metodologia de gestão adotada pela empresa avaliada. A ferramenta é chamada de software de avaliação ou Software SA 2008 (500 pontos);

b) Conselho Federal de Medicina – CFM, através do livro “Manual de Fiscalização”, publicado pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais e que dispõe dos critérios a serem observados pelas auditorias em instituições de saúde, com o objetivo de verificar as condições mínimas para o exercício do trabalho médico;

c) Conselho Federal de Enfermagem, através da Lei nº 7.498/86, de 25 de julho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e a Lei nº 8.967/94, de 28/12/1994, que altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986;

d) Federação Unimed do Estado de Santa Catarina, através do Manual de Classificação Hospitalar online para pessoal autorizado, adotado com o objetivo de classificar, mediante avaliação de aspectos de infraestrutura, indicadores assistenciais e de gestão de recursos humanos, e diferenciar a remuneração dos hospitais credenciados no Estado, elaborado em consenso com a Federação dos Hospitais do Estado de Santa Catarina;

e) Associação Nacional dos Hospitais Privados – ANAHP, através das publicações Revista Melhores Práticas – a busca da excelência assistencial e Revista SINHA – Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares nas áreas de indicadores de gestão assistencial, de demanda, de recursos humanos, etc.;

f) Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar, mantido pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, através da publicação online dos indicadores hospitalares das entidades filiadas;

g) Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, através do programa SIPAGH – Sistema de Indicadores Padronizados de Gestão Hospitalar, através da publicação online dos indicadores hospitalares das entidades filiadas;

h) Organização Nacional de Acreditação – ONA, através do instrumento de avaliação denominado “Manual Brasileiro de Acreditação – ONA”, disponível online para critérios de avaliação de gestão e assistência para conceituação e categorização de instituições hospitalares.

7.5. Critérios para pontuação

Para apurar a pontuação final da instituição hospitalar avaliada foram utilizados os seguintes critérios:

a) Para todos os critérios de avaliação constantes nos três grupos instrumento foram atribuídos pontos, conforme os critérios justificados no capítulo 8 e constantes no Anexo III – Instrumento de Avaliação de Prestadores de Serviços Hospitalares;

b) A pontuação de cada subgrupo recebeu tratamento estatístico para participação na pontuação final, conforme os pesos atribuídos pelos experts para cada um;

c) Para obter os seis níveis de classificação foi dividida a pontuação máxima do questionário em seis partes. Assim, cada parte equivale a um sexto e a um nível de classificação. Desta forma, conforme o somatório de pontos, o prestador hospitalar avaliado obtém seu escore e sua classificação.

8. INSTRUMENTO DESENVOLVIDO

O instrumento para avaliação de serviços hospitalares, com base em critérios de eficiência assistencial, infraestrutura disponível e práticas de gestão, foi planejado para ser aplicado no sistema de verificação de critérios, do tipo *check list*, com a premissa de facilitar a interpretação dos critérios e a sua aplicação pelos profissionais avaliadores e avaliados.

8.1. Instrumento de identificação da entidade

O critério “Identificação”, constante na planilha do Quadro II, abaixo, prevê a coleta de informações em relação aos registros obrigatórios de acordo com a legislação brasileira aplicada para estabelecimentos assistenciais de saúde - EAS.

Quadro II – Recorte do instrumento de pesquisa - Identificação da Entidade

MODULO I - IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE																				
1.1. NOME DA ENTIDADE																				
1.2. RAZÃO SOCIAL																				
1.3. NATUREZA JURÍDICA																				
<input type="checkbox"/>	1.3.1. FILANTRÓPICO										<input type="checkbox"/>	1.3.4. PRIVADO								
<input type="checkbox"/>	1.3.2. PÚBLICO FEDERAL										<input type="checkbox"/>	1.3.5. PUBLICO MUNICIPAL								
<input type="checkbox"/>	1.3.3. PÚBLICO ESTADUAL																			

8.2. Instrumento de avaliação da eficiência assistencial

Durante o processo de avaliação do Grupo Eficiência Assistencial, as planilhas para a coleta de informações sobre os serviços hospitalares disponíveis, sua documentação legal, especialidades médicas disponíveis, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e indicadores de qualidade assistencial, o avaliador deverá marcar com “X”, na célula correspondente à resposta, quando a instituição avaliada atender o requisito. Se não atender ao item, a célula deverá ficar sem preenchimento.

No Quadro III, abaixo, demonstram-se alguns critérios para avaliação do atendimento, ou não, em relação à documentação legal mínima exigida pela legislação brasileira.

Quadro III – Recorte do instrumento de pesquisa sobre critérios de avaliação de Serviços Disponíveis do Grupo Eficiência Assistencial

2. EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL
2.1. SERVIÇOS HOSPITALARES
2.1.2. DOCUMENTAÇÃO LEGAL

TABELA DE SCORES	3	2	1
-------------------------	----------	----------	----------

2.1.2.1. Alvará da Vigilância Sanitária	Avaliação	Pontos Obtidos	Pontos Possíveis
Hospitalar	x	1	1
Pronto Atendimento	x	1	1
Patologia Clínica	x	1	1
Raios-X	x	1	1
Agência Transfusional / Banco de Sangue	x	1	1
UTI Geral	x	1	1
UTI Pediátrica / Neonatal	x	1	1
UTI Coronariana	x	1	1
UTI para Queimados	x	1	1
Unidade de Transplante	x	1	1
		10	10

No Quadro IV, abaixo, apresentam-se alguns exemplos de critérios para avaliação em relação à existência, ao controle e à demonstração de mensuração do resultado, através de indicadores de boas práticas assistências, propostas por entidades de reconhecida capacidade técnica, na pesquisa e publicação de indicadores específicos da área médico-hospitalar como, por exemplo, a ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados, através do “Programa de Melhores Práticas Assistenciais”.

Quadro IV – Recorte do instrumento de pesquisa sobre critérios de avaliação de indicadores do Grupo Eficiência Assistencial

2. EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL					
2.1. SERVIÇOS HOSPITALARES					
2.1.5. INDICADORES DE QUALIDADE ASSISTENCIAL					
TABELA DE SCORES	2	1	0		
2.1.5.1. TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL			Pontos Obtidos	Pontos Possíveis	
Até 1,5%	De 1,6 a 2,0%	2,1% ou mais	2	2	
X					
2.1.5.2. TAXA DE REINTERNAÇÃO NÃO PROGRAMADA			Pontos Obtidos	Pontos Possíveis	
Até 1,24%	De 1,25 a 2,25%	2,25% ou mais	2	2	
X					
2.1.5.3. TAXA DE REINGRESSO NA UTI ADULTO DURANTE A MESMA INTENAÇÃO			Pontos Obtidos	Pontos Possíveis	
Até 2,15%	De 2,15 a 4,9%	5,0% ou mais	2	2	
X					
2.1.5.4. TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA			Pontos Obtidos	Pontos Possíveis	
Até 0,09%	De 0,10 a 0,59%	0,60% ou mais	2	2	
X					
TOTAL			8	8	

8.3. Instrumento de avaliação da infraestrutura disponível

Para avaliação do Grupo Infraestrutura Disponível, os critérios a serem coletados preveem a obtenção de informações acerca da disponibilidade e das condições das áreas físicas: assistencial (serviços auxiliares de diagnóstico e terapia - SADT), administrativa e da área física (serviços de apoio). O avaliador deverá preencher os critérios a avaliar da seguinte forma:

- Letra "S", para os itens existentes no hospital que atendam plenamente as metragens exigidas;
- Letra "O", para os itens existentes no hospital que atendam satisfatoriamente a necessidade da área física, sem cumprir a metragem exigida;
- Letra "N", ou deixar sem preenchimento, para todos os itens que o hospital não possuir, ou que não atenderem pelo menos satisfatoriamente a exigência.

Para os itens onde a expressão *in loco* é utilizada, o sistema de letras acima é o mesmo. Bastando que o avaliador observe aspectos inerentes à funcionalidade, higiene, qualidade do ambiente, espaço físico, prevalecendo a imparcialidade e verificando-se o espaço existente atende plenamente "S", satisfatoriamente "O", não atende ou não possui "N", a necessidade mínima exigida.

No Quadro V demonstram-se alguns exemplos de critérios para avaliação da existência e das condições apresentadas, em relação à área física mínima para o serviço de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UTI Coronariana), prevista pela legislação brasileira, neste caso regulado pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Quadro V – Recorte do instrumento de pesquisa sobre critérios de avaliação de área física

3. INFRAESTRUTURA
3.2. RECURSOS FÍSICOS
3.1.2. - ÁREA FÍSICA UNIDADES ASSISTENCIAIS

TABELA DE SCORES	
S – SIM (Atende plenamente todas as exigências do item)	2
O – OBSERVADO (Atende satisfatoriamente a necessidade da área física, sem cumprir a metragem exigida)	1
N – NÃO (Não possui a área física)	0

3.1.2.8 UTI CORONARIANA	OBSERVAR	Avaliação	Pontos Obtidos	Pontos Possíveis
Sala de entrevistas / atendimento a familiares	6,0 m ²	S	2	2
Sala de preparo de equipamentos / material	12,0 m ² c/ dim. min. 1,5 m	S	2	2
Quarto ou áreas separadas por divisórias	12,0 m ² c/ distância de 1,0 m entre leitos	S	2	2
Posto de enfermagem / área de serviços / prescrição médica	12,0 m ²	S	2	2
Sala de Utilidades / Expurgo	6,0 m ² c/ dim. min. 1,5 m	S	2	2
Depósito de Materiais e Equipamentos	"In Loco"	S	2	2
Rouparia	"In Loco"	S	2	2
Sala para Médicos com sanitário	"In Loco"	S	2	2
	wc 1,6 m ² c/ dim. min. 1,2			
DML (Depósito para Material de Limpeza)	2,0 m ² c/ dim. min. 1,0 m	S	2	2
Sala de espera para visitantes com sanitário	1,3 m ² p/ pessoa	S	2	2
	wc 1,6 m ² c/ dim. min. 1,2			
Isolamento com antessala e visor	"In Loco"	S	2	2
			22	22

No Quadro VI demonstram-se alguns critérios para avaliação da existência e das condições apresentadas em relação à área física mínima para o serviço de Ressonância Magnética prevista pela legislação brasileira, neste caso regulados pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Quadro VI – Recorte do instrumento de pesquisa sobre critérios de avaliação de área física

3. INFRAESTRUTURA
3.2. RECURSOS FÍSICOS
3.1.3 - ÁREA FÍSICA UNIDADES DE SADT

TABELA DE SCORES	
S - SIM (Atende plenamente todas as exigências do item)	2
O - OBSERVADO (Atende satisfatoriamente a necessidade da área física, sem cumprir a metragem exigida)	1
N – NÃO (Não possui a área física)	0

3.1.3.9 SADT - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	OBSERVAR	Avaliação	Pontos Obtidos	Pontos Possíveis
Secretaria	"In Loco"	S	2	2
Sala de Recepção e Espera	1,3 m ² p/ pessoa	S	2	2
Sanitário por sexo	1,6 m ² c/ dim. min. 1,2 m	S	2	2
Box de espera para macas ou cadeiras de rodas	"In Loco"	S	2	2
Sala de Indução Anestésica e Recuperação	Mínimo de 02 leitos c/ distância de 0,8 m entre leitos	S	2	2
Área para atendimento de Emergências	6,0 m ²	S	2	2
Sala de Exames	"In Loco"	S	2	2
Sala de Comando	6,0 m ²	S	2	2
Sala de Laudos e interpretação de exames	6,0 m ²	S	2	2
Sala de Médicos / Funcionários com sanitário	"In Loco" WC 1,6 m ² c/ dim. min. 1,1	S	2	2
			20	20

8.4. Instrumento de avaliação das práticas de gestão

Para execução do processo de avaliação do Grupo Práticas de Gestão, nas planilhas para coleta de informações sobre disponibilidade, mensuração e apuração de resultados, em relação aos indicadores de gestão de recursos humanos, distribuição de pessoal por área, organização e funcionamento, controles estatísticos

hospitalares e indicadores de produtividade, o avaliador deverá preencher com “X” a célula correspondente à resposta. Se a instituição avaliada não possuir o item, a célula deverá ficar sem preenchimento.

No Quadro VII apresentam-se alguns exemplos de critérios para avaliação da existência, mensuração e avaliação dos resultados relativos às práticas aplicadas na Gestão de Recursos Humanos, fundamentadas pela legislação pertinente a cada profissão regulamentada como, por exemplo, os enfermeiros fiscalizados pelo COREN – Conselho Regional de Enfermagem.

Quadro VII – Recorte do instrumento de pesquisa sobre critérios de avaliação do Grupo Gestão, Subgrupo Metodologia de Gestão

4. GESTÃO				
4.1. METODOLOGIA DE GESTÃO				
4.1.3. INDICADORES DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS				
TABELA DE SCORES	3	2	1	
4.1.3.1. RELAÇÃO DE ENFERMEIRO POR LEITO			Pontos Obtidos	Pontos Possíveis
De 0,32 ou mais	De 0,31 a 0,22	0,21 ou menos	3	3
X				
4.1.3.2. RELAÇÃO ENFERMAGEM POR LEITO			Pontos Obtidos	Pontos Possíveis
De 1,80 ou mais	De 1,51 a 1,79	1,50 ou menos	3	3
X				
4.1.3.3. RELAÇÃO PESSOAL POR LEITO			Pontos Obtidos	Pontos Possíveis
4,73 ou mais	De 3,6 a 4,72	3,5 ou menos	3	3
X				
4.1.3.4. TAXA DE ABSENTEÍSMO			Pontos Obtidos	Pontos Possíveis
De 0 até 1,82%	De 1,83 a 2,99%	Acima de 3%	3	3
X				
TOTAL			9	9

No Quadro VIII apresentam-se alguns critérios para avaliação da existência, mensuração e avaliação dos resultados relativos aos indicadores das práticas de gestão aplicadas à Distribuição de Pessoal, fundamentados pela legislação pertinente a cada profissão regulamentada, ou conforme o *benchmark* de boas práticas.

Quadro VIII – Recorte do instrumento de pesquisa sobre critérios de avaliação do Grupo Gestão, Subgrupo Metodologia de Gestão

4. GESTÃO
4.1. METODOLOGIA DE GESTÃO
4.1.4. DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAL

TABELA DE SCORES	3	2	1
-------------------------	----------	----------	----------

4.1.4.3. CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO	Avaliação	Pontos Obtidos	Pontos Possíveis
1 Enfermeiro para cada 20 leitos diurno	X	3	3
1 Enfermeiro para cada 30 leitos diurno	X		
1 Enfermeiro para cada 40 leitos diurno	X		
1 Técnico de Enfermagem para cada 30 leitos	X	3	3
1 Técnico de Enfermagem para cada 40 leitos	X		
1 Técnico de Enfermagem para cada 50 leitos	X		
1 Auxiliar de Enfermagem para cada 4 leitos	X	3	3
1 Auxiliar de Enfermagem para cada 5 leitos	X		
1 Auxiliar de Enfermagem para cada 6 leitos	X		
		9	9

8.5. Demonstração da classificação da instituição avaliada

Os critérios que serão apurados e aferidos pelo instrumento proposto estão divididos em três grandes grupos, denominados de Eficiência Assistencial, Infraestrutura Disponível e Gestão.

Estes grandes grupos estão subdivididos em subgrupos, conforme áreas afins que possuam forte correlação entre as atividades desenvolvidas.

Estas áreas de atividades afins, por sua vez, são compostas por processos ou departamentos, de acordo com os serviços oferecidos e as atividades desenvolvidas.

Os processos ou departamentos estão compostos por diversos critérios, que têm origem na legislação brasileira, ou foram estabelecidos por instituições de reconhecida capacidade técnica, na produção de indicadores, conceitos e critérios aplicados à boas práticas assistenciais e de gestão.

Para aferir se a instituição avaliada atende aos critérios estipulados propõe-se, neste instrumento, duas formas de avaliação:

a) o avaliador terá duas opções de resposta: “sim” - quando atender todas as exigências do item, recebe dois pontos. Ou “não” - para quando não atender as exigências do item não recebendo nenhum ponto.

b) Em cada variável o avaliador terá três opções de resposta: “sim” - quando atender todas às exigências do item, recebendo dois pontos. Ou “observado” - quando atender satisfatoriamente as exigências do item, mas não integralmente, recebendo um ponto. Ou “não” – quando não atender às exigências do item, não recebendo nenhum ponto.

Nos Quadros IX, X, XI e XII, a seguir expostos, demonstram-se os critérios para apuração da pontuação de cada variável e, conseqüentemente, para os grupos e subgrupos, atingindo-se assim a pontuação final e a classificação obtida pela entidade avaliada.

Quadro IX – Planilha de tabulação dos pontos obtidos pela instituição avaliada, em relação aos critérios para avaliação do Grupo Eficiência Assistencial

EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL

CLASSIFICAÇÃO / ITENS ANALISADOS	Serviços Hospitalares	Documentação Legal	Especialidades Médicas	SADT	Indicadores de Qualidade Assistencial
Pontuação Máxima	13	19	112	62	80
Pontuação Obtida	13	19	112	62	80
Peso atribuído p/ experts	20,27%	20,27%	20,00%	17,84%	21,62%
Pontuação qualificada	3,20	3,20	3,16	2,82	3,42
Pontuação máxima (qualificada)	42	61	354	175	273
Pontuação obtida (qualificada)	42	61	354	175	273

Quadro X – Planilha de tabulação dos pontos obtidos pela instituição avaliada, em relação aos critérios para avaliação do Grupo Infraestrutura Disponível

INFRAESTRUTURA DISPONÍVEL

CLASSIFICAÇÃO / ITENS ANALISADOS	Área Física Assistencial	Área Física SADT	Área Física Administrativa	Área Física Apoio
Pontuação Máxima	332	432	84	208
Pontuação Obtida	332	432	84	208
Peso atribuído p/ experts	31,22%	27,00%	18,14%	23,63%
Pontuação qualificada	3,95	3,41	2,29	2,99
Pontuação máxima (qualificada)	1.310	1.474	193	621
Pontuação obtida (qualificada)	1.310	1.474	193	621

Quadro XI – Planilha de tabulação dos pontos obtidos pela instituição avaliada, em relação aos critérios para avaliação do Grupo Gestão

METODOLOGIA DE GESTÃO

CLASSIFICAÇÃO / ITENS ANALISADOS	Práticas de Gestão	Indicadores de Gestão de RH	Distribuição de Pessoal	Organização e Funcionamento	Indicadores de Produtividade
Pontuação Máxima	186	21	90	2.640	54
Pontuação Obtida	186	21	90	2.640	54
Peso atribuído p/ experts	21,20%	19,20%	19,77%	20,06%	19,77%
Pontuação qualificada	3,16	2,86	2,95	2,99	2,95
Pontuação máxima (qualificada)	588	60	265	7.889	159
Pontuação obtida (qualificada)	588	60	265	7.889	159

Quadro XII – Planilha de Pontuação Geral, referindo o total de pontos possíveis, os níveis de classificação e o total de pontos obtidos

CLASSIFICAÇÃO / ITENS ANALISADOS	PONTUAÇÃO GERAL	
TOTAL DE PONTOS DO QUESTIONÁRIO	4.333	
ESCORE MÁXIMO	13.463	
Nível 06	<i>A partir de</i> 11.220	
Nível 05	8.975 à 11.219	
Nível 04	6.731 à 8.975	
Nível 03	4.488 à 6.731	
Nível 02	2.244 à 4.488	
Nível 01	<i>Até</i> 2.244	

Para obtenção da pontuação final máxima, inicialmente somam-se as variáveis por subgrupos e, posteriormente, por grupos. A soma da pontuação dos grupos define a pontuação total obtida pela instituição avaliada.

Os seis níveis de classificação foram obtidos através da divisão da pontuação máxima em seis. Assim, a cada um sexto (1/6) de pontos, a instituição conquista um nível da classificação.

8.6. Teste do instrumento proposto

Com o objetivo de testar o instrumento proposto nesta pesquisa, ele foi aplicado em treze instituições hospitalares de um Estado da Região Sudeste do Brasil, através de uma entidade representativa da classe.

O teste do instrumento foi desenvolvido em quatro etapas, conforme segue:

- Etapa I: Em reunião, com os dirigentes dos hospitais participantes, foi entregue, apresentado e explicada a forma de preenchimento do instrumento com seus critérios de avaliação. Após as orientações, solicitou-se aos dirigentes que realizassem o preenchimento do instrumento, no sistema de autoavaliação, podendo o mesmo ser distribuído também para os responsáveis pelas unidades/departamentos do hospital avaliado. Em consenso, foi estipulado o prazo de trinta dias para preenchimento.
- Etapa II: O instrumento foi preenchido por todos os treze participantes e entregue na sede da entidade representativa.
- Etapa III: Após vencida a segunda etapa, foi realizada a análise dos instrumentos preenchidos, com os profissionais técnicos da entidade representativa e uma primeira composição dos escores obtidos;
- Etapa IV: Nesta última etapa foi realizada a apresentação da pré-classificação e efetuada uma análise, obtendo-se um consenso sobre os protestos de inconsistência na indicação da pontuação obtida. E, na finalização dos trabalhos, obteve-se a classificação dos hospitais em seis níveis.

Após a realização do teste, através da aplicação do instrumento no sistema de autoavaliação, foram feitas sugestões que contribuiriam para a melhoria do instrumento, conforme segue:

a) No intuito de facilitar o sistema de avaliação das práticas de gestão, os representantes dos hospitais avaliados solicitaram a incorporação dos critérios do

Programa Nacional da Qualidade – PNQ, porque o sistema de avaliação do PNQ já contava com a adesão de diversos hospitais do grupo. A solicitação foi atendida e o instrumento ajustado.

b) Durante o processo de apresentação da pré-classificação houve um consenso, entre os participantes, para que fosse realizada uma diferenciação nos pesos da pontuação atribuída para cada um dos três grupos dos critérios de avaliação. Os representantes dos hospitais foram unânimes na opinião de que o grupo de critérios para avaliação da eficiência assistencial deve ter peso maior do que os critérios de avaliação das práticas de gestão que, por sua vez, deve ter peso superior aos critérios de avaliação da infraestrutura disponível. No momento, como a pesquisa com os *experts* não estava concluída, os participantes solicitaram que a divisão dos pesos para a pontuação fosse assim redistribuída: 50% (cinquenta por cento) para assistência, 30% (trinta por cento) para as práticas de gestão e 20% (vinte por cento) para infraestrutura.

c) Foram solicitados ajustes na disposição do serviço, dividindo-o da seguinte forma: baixa, média e alta complexidade e urgências. Entretanto, manteve-se a pontuação com o critério acumulativo, ou seja, a instituição que disponibiliza aos pacientes o serviço de Pronto Atendimento – P.A, de alta complexidade e urgência, deve, obrigatoriamente, oferecer também o de baixa e média.

d) Observou-se, em relação à performance dos treze hospitais participantes que, dentre os de maior complexidade em relação à quantidade de serviços oferecidos, e os menos complexos, houveram questionamentos em relação ao distanciamento da pontuação, fato que considerou-se normal, pois o instrumento propõem-se a identificar, através de pontos, a quantidade e a qualidade da oferta de serviços médico-hospitalares.

e) Verificou-se que três hospitais não atingiram a pontuação mínima. As informações obtidas através do processo de avaliação serão utilizadas para direcionar os investimentos em melhorias, conforme os dirigentes. Os demais hospitais foram classificados entre os níveis dois e cinco. Este fato causou insatisfação somente nas instituições especializadas. Como exemplo, podemos citar

os dirigentes de um hospital materno-infantil, que esperavam obter uma pontuação nas faixas mais altas, no nível cinco ou seis, devido ao entendimento de que estavam posicionados em nível de excelência. Entretanto, não foi possível atender à sua expectativa, pois o instrumento proposto não foi elaborado para avaliar instituições que oferecem uma só especialidade médico-hospitalar e sim hospitais que possuem diversas especialidades, em baixa, média e alta complexidade.

f) O instrumento foi considerado, pelos participantes, como bastante extenso e, desta forma, foram acordados os seguintes requisitos para sua aplicação: cada gestor de unidade/departamento ficou responsável pelo preenchimento dos critérios relativos a sua área. Assim, o instrumento foi dividido e redistribuído entre eles. A conferência entre o que foi informado no preenchimento e o que de fato existe na instituição foi realizada pelos profissionais da entidade de classe, por amostragem, como forma de viabilizar a aplicação.

g) o grupo de instituições avaliadas pretende adotar o processo de reavaliação a cada seis meses e padronizar uma tabela de preços para venda dos serviços prestados para os planos de saúde.

9. CONCLUSÃO

A fim de contribuir para a resolução do problema proposto pela pesquisa, esta dissertação oferece um instrumento para a avaliação de serviços hospitalares pautado na avaliação de critérios referentes à qualidade e disponibilidade da assistência médico-hospitalar, na infraestrutura e nas metodologias e práticas de gestão.

Os métodos para avaliação de serviços hospitalares disponíveis no Brasil, dos quais se destacam a ONA - Organização Nacional de Acreditação Hospitalar e o Sistema de Avaliação Hospitalar da Federação dos Hospitais de Santa Catarina e Federação Unimed de Santa Catarina, bem como aqueles estabelecidos pelas instituições de reconhecida capacidade técnica na produção de indicadores, conceitos e critérios de boas práticas no segmento médico-hospitalar, apresentam-se focados em um dos três grupos de critérios do instrumento fruto desta pesquisa. Desta forma, é possível avaliar um hospital geral sob os três aspectos de maior relevância na prestação de serviços de saúde: oferta de serviços assistenciais, infraestrutura disponível e metodologia de gestão.

Desta forma, consideram-se atendidos, tanto o objetivo geral desta dissertação, diante do desenvolvimento e da aplicação do instrumento de avaliação de serviços hospitalares de características multiespecializadas (gerais), assim como os objetivos específicos, através da identificação de critérios para aferição de disponibilidade e desempenho dos serviços oferecidos. Foi possível também definir níveis para os critérios de avaliação, conforme sua importância, em relação ao seu subgrupo e, conseqüentemente, estabelecer padrões para a atribuição de pontos, possibilitando a criação de níveis de classificação.

O teste do instrumento, realizado em um grupo de hospitais que, ao final do processo de verificação *in loco* e validação das informações coletadas no *check list*, possibilitou a apuração de um escore de pontos que, comparados ao escore

referencial, determinou o nível de classificação da instituição avaliada, demonstrando-se plenamente eficaz.

A extensão dos critérios de avaliação constantes no instrumento proposto são diretamente relacionadas à complexidade inerente aos serviços hospitalares, aos processos administrativos e operacionais, à legislação brasileira e aos padrões internacionais de segurança na prestação de serviços médico-hospitalares. A aplicação integral do instrumento proposto nesta pesquisa é possível através de uma metodologia adequada, como a que foi realizada no teste descrito no Capítulo 8, utilizando-se um sistema de autoavaliação, executada por profissionais responsáveis diretos pelos serviços da instituição avaliada para, posteriormente, avaliadores especializados externos, por amostragem, efetuarem a conferência das informações coletadas no *check list* do instrumento.

Para as instituições hospitalares, o instrumento possibilita a realização de auditoria nas práticas assistenciais, nas condições da infraestrutura e na metodologia de gestão adotada, comparando-se a sua realidade com um referencial de melhores práticas do mercado. Este fato permite a cada hospital aferir a qualidade, a eficácia e a confiabilidade dos serviços disponibilizados aos seus clientes: pacientes, médicos e planos de saúde.

Para os planos de saúde, o instrumento produzido pela pesquisa viabiliza a classificação e a seleção dos prestadores de serviços hospitalares, contratados para realizar o atendimento aos seus beneficiários (clientes). Além disso, outras necessidades foram atendidas, tais como subsídio de defesa nos processos de corresponsabilidade civil pela garantia da oferta de serviços hospitalares, possibilidade de estímulo à concentração de demanda para os serviços hospitalares mais eficazes e, por último, estímulo à competição entre os serviços hospitalares, através da oferta de serviços de qualidade e de menor custo.

Finalizando, as instituições avaliadas e avaliadoras podem utilizar as informações obtidas com a aplicação deste instrumento como norteadoras dos investimentos em melhorias, tanto em processos da assistência e da gestão, como na infraestrutura.

9.1. Sugestões para novas pesquisas

Como sugestão para o desenvolvimento de novas pesquisas, em relação ao instrumento de avaliação de prestadores de serviços hospitalares, indica-se a atualização, através de revisão da legislação aplicada na área, bem como na de inovações em aspectos da metodologia de gestão e de indicadores de desempenho e produção.

Indica-se também o aprofundamento da pesquisa em relação aos aspectos propostos para avaliação (assistência, infraestrutura ou gestão), incluindo publicações diversas de instituições nacionais e internacionais que, por diversos motivos, não foram acessados.

Também seria de grande proveito a comparação, objetivando a melhoria do instrumento proposto, com relação a outros instrumentos de avaliação de prestadores de serviços hospitalares, ou específicos para serviços de saúde, elaborados por instituições de ensino e pesquisa, ou avaliadoras diversas como, por exemplo, certificadoras de análises clínicas, de rede credenciada por operadoras de planos de saúde, de hospitais ou de entidades de classe, de qualquer nacionalidade.

9.2. Limitações do trabalho

Nesta pesquisa não foram apreciados e utilizados, no instrumento de avaliação de serviços hospitalares, critérios ou variáveis de responsabilidade social e ambiental.

O instrumento para avaliação de serviços hospitalares proposto têm, por referencia, instituições de caráter geral, ou seja, múltiplas especialidades médicas, com ampla oferta de assistência. Para os hospitais com uma única especialidade, que estejam no “estado da arte” na assistência, infraestrutura e gestão, a pontuação obtida não identificará este ponto. Assim, propõe-se a adaptação do instrumento para estes tipos de hospitais. Ex. traumatologia, oftalmologia, maternidade, etc.

Os métodos e critérios de avaliação de serviços hospitalares propostos por instituições internacionais, tais como, a Comissão Americana de Acreditação Hospitalar – *Joint Commission American - JCA* e a *Det Norske Veritas – DNV*, empresa de origem norueguesa especializada em certificações, não foram avaliados e utilizados para a composição do instrumento de avaliação de serviços hospitalares.

Além disso, no instrumento de avaliação proposto é necessário desenvolver com mais profundidade, as variáveis com critérios referenciados em indicadores comparativos de desempenho econômico e financeiro para instituições hospitalares.

10. BIBLIOGRAFIA

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar - Ministério da Saúde. Brasil. **Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar - Ministério da Saúde. Brasil **Caderno de Informações em Saúde Suplementar**. 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>. Acesso em 24/02/2008.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Informes técnicos**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/informes/2004/230404.htm>. Acesso em 17 Mar 2008.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB. **Informes técnicos**. Disponível em: <http://www.amb.org.br/>. Acesso em: 17 Mar 2008.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB. **Resolução CFM nº 1634/2002**. Disponível em: http://www.amb.org.br/comis_mista_template.php3?pagina=esp_01. Acesso em 25/02/2009.

WEIDLE, Érico P. S. **Série Saúde & Tecnologia - Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Sistemas Construtivos na Programação Arquitetônica de Edifícios de Saúde –** Ministério da Saúde - Brasília - 1995.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>. Acesso em: 31 Mar 2010.

CAMIMURA, Lenir. **Reajuste – Aplicação dos índices de inflação não atende o mercado**. Revista Política & Poder – Saúde Suplementar. Edição número 0280, junho de 2007.

CATA PRETA, Horácio L. N. **Gerenciamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde: atendimento aos usuários, controle de custos operacionais e efetividade e qualidade dos serviços.** Rio de Janeiro: Fundação MAPFRE Estúdios/FUNENSEG, 2004.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Legislação.** Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/section.asp?sectionParentID=35§ionID=30>. Acesso em 10/03/2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Legislação.** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp>. Acesso em: 17 Mar 2008.

CHRISTENSEN, Clayton M. **Inovação na gestão em saúde: a receita para reduzir custos e aumentar a qualidade.** Porto Alegre: Bookman, 2009.

DRUCKER, Peter F. **Inovação e Espírito Empreendedor (*Entrepreneurship*): Prática e Princípios.** 2ª Ed. São Paulo: Pioneira, 1987.

FDSC - Federação Unimed do Estado de Santa Catarina. **Manual de Classificação Hospitalar.** Disponível em: <http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp>. Acesso em 14/07/2008.

GONÇALVES, José Ernesto Lima. **As empresas são grandes coleções de processos.** São Paulo: RAE – Revista de Administração de Empresas, Vol. 40, nº 01, p. 6-9, Jan/Mar 2000.

HERZLINGER, Regina E. **Porque inovar na saúde é tão difícil.** Harvard Business Review. Volume 84, número 05. Maio de 2006.

HOSPITAL GERAL. **Métodos de acreditação hospitalar.** Disponível em: http://www.hospitalgeral.com.br/1_prof/adm_hosp/qualidade/acreditacao.htm. Acesso em 17 de março de 2008.

IRION, João Eduardo. **Temas sobre saúde, planos de saúde e seguro-saúde**. Porto Alegre: Editora Rigel, 2005.

KAPLAN, Robert S. & NORTON, David P. **Como dominar o sistema de gestão**. Harvard Business Review. Volume 86, número 01. Janeiro de 2008.

KARMAN, Jarbas. **Manual de manutenção hospitalar**. São Paulo: Pini, 1994.

MACHADO, Cristiani Vieira. **The Brazilian Ministry of Health policy model in the 1990s**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 03 Mar 2008.

MATHIAS, Márcio José Barcellos. **Inconstitucionalidade dos parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Monografia aprovada em junho de 2006. Complexo de Ensino Superior UNIBRASIL. <http://www.direitonet.com.br/textos>. Acesso em 17 de março de 2008.

Ministério da Saúde - MS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Info/Introducao.asp>. Acesso em 10/03/2009.

NETO, Antonio Quinto & GASTAL, Fábio Leite. **Acreditação hospitalar: proteção aos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde** Porto Alegre: Dacasa, 1997.

ONA – Organização Nacional de Acreditação. **Manual Brasileiro de Acreditação**. Disponível em: http://www.ona.org.br/site/internal_institucional.jsp?pagesite=port Acesso em 10/01/2009.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Institutional configuration and administration of Brazil's National Health System (SUS): problems and challenges**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 03 Mar 2008.

PAIVA, Ely Laureano & JÚNIOR, José Mario de Carvalho & FENSTERSEIFER. **Estratégia de produção e de operações – Conceitos, melhores práticas e visão de futuro.** Porto Alegre: Bookman, 2004.

PGQP – Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade. **Critérios de Avaliação.** Disponível em: <http://www.mbc.org.br>. Acesso em 23/11/2009.

PORTER, Michael E. & TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.** Porto Alegre: Bookman, 2007.

QUEIROZ, Lincoln Porto de. **Manual de Fiscalização.** Belo Horizonte: Conselho regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, 2000.

SARAIVA, Jacilio. **É o fim do fee for service?** Revista Fornecedores Hospitalares. P. 41-45, São Paulo: IT Mídia S/A, Julho, 2006.

SILVA, Antonio Horácio da & DE SOUZA, Luciano Caffarate. **O cálculo da inflação interna do setor saúde – Um case do Hospital Mãe de Deus.** Unisinos. São Leopoldo/RS. Disponível em: <http://www.abres.cict.fiocruz.br/docs/19.pdf>. Acesso em 10/03/2008.

STUMPF (M.), FISHER (P.), FREITAS (H.) e BECKER (J.L.). **Um modelo de integração de informações para o apoio à decisão na gestão da assistência à saúde.** Porto Alegre/RS: série documentos para estudo, nº 07/98, PPGA/UFRGS, Junho de 1998.

SRFB – Secretaria da Receita Federal do Brasil. **Resolução Normativa – RN do Artigo 37 da Lei n.º 9.250/95.** Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/LegisAssunto/default.htm>. Acesso em 15/03/2009.

TAJRA, Sanmya Feitosa. **Credenciamento e negociações na saúde.** São Paulo: látria, 2003.

UNISINOS – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – **Sistema Padronizado de Indicadores para Gestão Hospitalar (SIPAGH)**. Disponível em: <http://www.economicas.unisinos.br/sipageh/indic.php>. Acesso em 23/11/2009.

VERGARA, Silvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2000.

ANEXO II – Tabulação da pesquisa com *experts*

a) Tabulação dos dados da pesquisa com experts relativos à Eficiência Assistencial

1. Critérios para avaliação da eficiência assistencial	HMV	HMD	UNIMED	CRM	ANS	ANAHP	ANVISA	COREN	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Percentual sobre o total do subgrupo
1.1. Serviços Hospitalares Disponíveis	10	10	10	10	10	10	5	10	80	75	20,27%
1.2. Documentação Legal	10	10	10	8	7	10	10	10	80	75	20,27%
1.3. Especialidades Médicas Disponíveis	9	10	10	10	10	10	5	10	80	74	20,00%
1.4. Serviços Aux. de Diagnóstico e Terapia	10	9	10	10	8	5	5	9	80	66	17,84%
1.5. Indicadores de Qualidade Assistencial	10	10	10	10	10	10	10	10	80	80	21,62%
Subtotal	49	49	50	48	45	45	35	49	400	370	100,00%

1. Critérios para avaliação da eficiência assistencial	
Total de pontos do questionário	1120
Total de pontos do critério eficiência assistencial	400
Total de pontos obtidos no critério eficiência assistencial	370
% pontos atribuídos para o subgrupo eficiência assistencial	92,50%
Total de pontos atribuídos p/ experts para os três subgrupos	1015
Percentual deste subgrupo s/ o total geral	36,45%

b) Tabulação dos dados da pesquisa com experts relativos à Infraestrutura Disponível

2. Critérios para avaliação da infraestrutura disponível	HMV	HMD	UNIMED	CRM	ANS	ANAHP	ANVISA	COREN	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Percentual sobre o total do subgrupo
2.1. Área Física Assistencial	8	10	8	10	8	10	10	10	80	74	31,22%
2.2. Área Física Serviços Aux. de Diag. e Terapia	8	9	6	10	7	10	5	9	80	64	27,00%
2.3. Área Física Administrativa	6	7	6	5	7	5	0	7	80	43	18,14%
2.4. Área Física Serviços de Apoio	8	7	6	5	8	5	10	7	80	56	23,63%
Subtotal	30	33	26	30	30	30	25	33	320	237	100,00%

2. Critérios para avaliação da infraestrutura disponível	
Total de pontos do questionário	1120
Total de pontos proporcionais do critério infraestrutura disponível	400
Total de pontos proporcionais obtidos no critério infraestrutura disponível	296
% pontos atribuídos para o subgrupo infraestrutura	74,00%
Total de pontos atribuídos p/ experts para os três subgrupos	1015
Percentual deste subgrupo s/ o total geral	29,16%

c) Tabulação dos dados da pesquisa com experts relativos às Práticas de Gestão

3. Critérios para avaliação das práticas de gestão	HMV	HMD	UNIMED	CRM	ANS	ANAHP	ANVISA	COREN	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Percentual sobre o total do subgrupo
3.1. Práticas de Gestão	10	8	8	10	10	10	10	8	80	74	21,20%
3.2. Indicadores de Gestão de RH	10	8	8	10	8	10	5	8	80	67	19,20%
3.3. Distribuição de Pessoal por área	8	6	10	10	9	10	10	6	80	69	19,77%
3.4. Organização e Funcionamento	8	7	10	10	8	10	10	7	80	70	20,06%
3.5. Indicadores de Produtividade	10	9	8	10	8	10	5	9	80	69	19,77%
Subtotal	46	38	44	50	43	50	40	38	400	349	100,00%

3. Critérios para avaliação das práticas de gestão	
Total de pontos do questionário	1120
Total de pontos do critério infraestrutura disponível	400
Total de pontos obtidos no critério infraestrutura disponível	349
% pontos atribuídos para o subgrupo infraestrutura	87,25
Total de pontos atribuídos p/ experts para os três subgrupos	1015
Percentual deste subgrupo s/ o total geral	34,38%