

**ESTRATÉGIAS DE COMPETIÇÃO EM SAÚDE PARA O
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA PROPOSTA
BASEADA NAS IDÉIAS DE PORTER E TEISBERG**

Marco Aurélio Borges Neves

ESTRATÉGIAS DE COMPETIÇÃO EM SAÚDE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA PROPOSTA BASEADA NAS IDÉIAS DE PORTER E TEISBERG

Marco Aurélio Borges Neves

RESUMO

O objetivo deste artigo analisar como as idéias apresentadas por Michael Porter e Elizabeth Teisberg, expostas no Livro Repensando a Saúde, editado em 2007, poderiam ajudar o SUS a melhorar o atendimento médico sem a necessidade de um grande aporte de recursos e utilizando instrumentos já instalados. Michael Porter e Elizabeth Teisberg são professores e pesquisadores da Harvard Business School, sendo o primeiro um dos pensadores mais importantes sobre estratégia e competição do mundo. A idéia central dos autores é que a saúde pública está em rota de colapso, com o aporte cada vez maior de recursos e sinais claros que a qualidade do atendimento está declinando sensivelmente. Usuários não conseguem acesso a procedimentos básicos e prestação de serviços com qualidade cada vez mais irregular. Longas horas de espera em hospitais e postos de saúde e até meses para se conseguir realizar um exame. Primeiro é apresentada a proposta dos autores para a solução do problema acima, de que o modo mais rápido e barato de redefinir a situação atual de crise na saúde é medir os resultados em relação a benefícios alcançados pelos pacientes e com base nestes resultados incentivar a competição entre os prestadores de serviço por mais pacientes. Para os autores, a competição barateia serviços e destaca os competidores excelentes em todas as áreas, e deveria ter sido diferente na saúde, desde que a competição fosse pelo motivo correto, o que não aconteceu. Em segundo lugar, examinamos as idéias defendidas por Porter e Teisberg no capítulo 8 do livro, como sugestão de aplicação pelo governo americano, para incentivar a competição correta entre os prestadores de serviço e destacamos as que consideramos relevantes para aplicação no caso brasileiro, especificamente pelo SUS. Para os autores o Governo, como operador de gigantescos sistemas de saúde detentor de informações sobre os serviços prestados e pagamentos realizados pode ser instrumento de uma grande modificação qualidade da saúde pública. Modificando a maneira pela qual os serviços são pagos e as informações são levantadas e utilizadas, o governo pode gerar uma força reorganizadora do sistema que ira impulsionar a excelência no atendimento, que se ampliará para fora da própria rede pública. Em terceiro lugar expomos como o SUS poderia se beneficiar das sugestões feitas ao Governo Americano e descrevemos medidas que a serem tomadas para sua implementação. Nesta parte vemos como o SUS já possui instrumentos que facilitam a adoção das idéias dos autores como o PNAS, o Cartão Nacional de Saúde, o DATASUS, e a estrutura da Tabela de Preços do SUS. O ponto chave para a mudança é a adoção de informações sobre o resultado alcançado pelo paciente em relação a sua saúde, após ter sido atendido em um ciclo completo de atenção e para específicas condições de saúde. Publicando periodicamente para conhecimento de toda a comunidade envolvida e utilizando gerencialmente essas informações, para a renovação de contratos, convênios e certificados emitidos, por exemplo, haverá uma seleção natural de prestadores que sejam excelentes naquilo que fazem.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
REPENSANDO A SAÚDE.....	5
COMPETIÇÃO BASEADA EM VALOR.....	6
UMA AGENDA PARA O SUS.....	13
CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

INTRODUÇÃO

Imagine precisar de um serviço de saúde, para tratar uma doença séria e ter a disposição um guia onde estarão listados os médicos, hospitais e clínicas, que atendam pelo SUS. Para cada um deles poder conhecer a quantidade de casos que cada um tratou no último ano, o resultado de pacientes que ficou curado e permanece vivo após 5 anos, a quantidade de casos de infecção hospitalar e o tempo médio de tratamento para os casos tratados.

Suponha-se no lugar de um gestor de saúde, e poder verificar as taxas de sucesso no tratamento de diversas doenças, por exemplo, em diversos prestadores, e poder decidir renovar os contratos apenas com os que demonstram melhores taxas de sucesso, e com custos mais competitivos.

Ou considere o benefício para um contratante privado, operador de plano de saúde, por exemplo, tendo a disposição relatórios do governo, sobre os resultados e custos de atendimento de todos os prestadores de serviço de saúde, públicos ou não, e poder escolher, para cada tipo de doença, o hospital que teve melhor desempenho no tratamento de cada uma delas, podendo decidir sobre quais serviços contratar ou não.

Os cenários acima, hoje possivelmente distantes para nossa realidade, são, para Michael Porter e Elisabeth Teisberg, pesquisadores e professores da Escola de Negócios de Harvard, situações possíveis e muito fácil de serem conseguidas se as idéias defendidas por eles no livro **Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results**, ou Repensando a Saúde, como foi publicado no Brasil em 2007, forem aplicadas.

Michael Porter é um dos grandes especialistas mundiais em estratégia, com 18 livros publicados, professor de Harvard. Dedicou-se a pesquisa de Estratégia, Competitividade das Nações e Regiões, Competição e Sociedade, mais recentemente no se dedicou a estudar a questão as crescentes dificuldades dos sistemas de saúde e dos próprios pacientes em todo o mundo. Junto com a Elizabeth Teisberg, que ao procurar tratamento médico para um filho que nasceu com graves problemas de saúde, foi tocada pessoalmente pelos problemas estudados. Ela é professora de negócios na Universidade de Virginia, e se dedica a estudar Estratégia, Inovação e Análise de Risco.

Juntos eles propõem uma mudança de rumos no modelo vigente: o estímulo a competição entre os prestadores de serviço de saúde. Não uma competição como atualmente é feita, que só traz danos para todos os envolvidos no sistema, mas uma competição baseada no valor para o paciente. Como pesquisadores da área de estratégia e professores de negócios, os professores Porter e Teisberg notaram que a competição entre os prestadores de serviço de saúde **não** causava os resultados conhecidos em outras áreas como a especialização, diminuição de custos e preços, destaque para os concorrentes que apresentem melhores preços ou melhor qualidade. Notaram inclusive que os recursos aplicados são cada vez maiores e a qualidade não está aumentando proporcionalmente.

Vejam os que diz o relatório da IBM sobre Saúde: A Saúde em 2015: “Ganha-Ganha” ou “Todos Perdem” publicado em 2005. Tal relatório é iniciado descrevendo situações pelas quais grandes economias mundiais se deparam em relação aos seus sistemas de saúde, as quais transcrevemos literalmente abaixo:

Os Estados Unidos gastam em saúde per capita 22% mais que Luxemburgo, 2^o colocado, 49% mais que a Suíça, 3^a colocada, e 2,4 vezes a média dos outros países-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). No entanto, a Organização Mundial de Saúde os coloca em 37^o lugar em desempenho geral de sistemas de saúde.

Em Ontário, a mais populosa província do Canadá, os gastos com saúde serão responsáveis por 50% das despesas do governo até 2011, por 2/3 até 2017 e por 100% até 2026.

Na China, 39% da população rural e 36% da população urbana não têm condições de pagar por tratamento médico profissional apesar do sucesso das reformas econômicas e sociais por que o país vem passando nos últimos 25 anos.

O relatório vai mais longe e diz que as mudanças terão que ser feitas logo ou os sistemas de saúde mundiais chegarão a um impasse onde as tais mudanças terão de ser feitas de modo radical e imediato para que os sistemas consigam continuar operando.

Tal situação, onde muito dinheiro é aplicado nos sistemas de saúde e pouco resultado é alcançado foi a matéria de estudo dos pesquisadores americanos, que resultou em uma série de sugestões, descritas no citado livro, onde se busca um caminho para a saúde mundial.

REPENSANDO A SAÚDE

O livro “Repensando a Saúde” é composto de 8 capítulos e apêndices. No capítulo 1 descreve a situação do sistema de saúde nos Estados Unidos e seus problemas de custo e qualidade. No capítulo seguinte os autores abordam a causa do problema: os prestadores de saúde, e todo o sistema sempre competiram entre si de modo errado, falhando em trazer os benefícios que a competição traz para os consumidores em outros setores: especialização, diminuição de custos e a consequente diminuição de preços e merecido destaque para competidores que possuam melhor preço ou melhor qualidade. O terceiro capítulo descreve as tentativas frustradas de reformar o sistema de saúde pelo governo americano, onde através de várias tentativas só conseguiram reforçar a situação anterior, e não trazer benefícios aos usuários. O próximo capítulo, o quarto, define a idéia central do livro: como a competição pode estimular os prestadores de serviço de saúde a uma melhor qualidade, menores custos e maiores benefícios para os pacientes. Os capítulos 6, 7 e 8 descrevem os papéis dos principais atores envolvidos no estudo. O capítulo 6 mostra as implicações das idéias para os planos de saúde, o 7 para os fornecedores, consumidores e empregados e finalmente o capítulo 8 do citado livro, intitulado “Políticas de Assistência a Saúde e Competição Baseada em Valor: Implicações para o Governo” são feitas sugestões para que os Governos possam basear suas políticas públicas de forma a melhorar o resultado dos seus investimentos, sem a suposta necessidade de um grande aporte de recursos financeiros, idéia recorrente quando se pensa em soluções para a saúde pública. São as idéias do capítulo 8 que serão discutidas como uma sugestão para adaptação e adoção pelo Sistema Único de Saúde. Mas antes será necessário voltar ao capítulo 4 e analisar a idéia central do livro: a competição baseada em valor para o paciente.

COMPETIÇÃO BASEADA EM VALOR

Como já comentado a competição não resultou em sucesso para os serviços de saúde ou consumidores dos mesmos, como em outras indústrias ou serviços. Ao invés de especialização, os prestadores de serviço se tornaram cada vez mais gerais, tentando fazer todo o serviço possível para todo paciente possível. Ao invés de adicionar valor aos produtos vendidos, agregando facilidades e serviços em conjuntos que facilitassem a vida do consumidor e reduzisse os preços com maior qualidade os serviços de saúde são vendidos em contas incompreensíveis para a maioria dos consumidores, difíceis de processar pelos pagadores, sendo também distante para a maioria dos usuários o entendimento sobre o que está sendo feito para ele durante a prestação do serviço. A oferta de serviços e a avanço tecnológico não resolveu problemas de qualidade.

O simples fato de conseguir acesso ao sistema, ser atendido, não que dizer que tal atendimento traga para o paciente um benefício para sua saúde. Por mais paradoxal que pareça, a qualidade do tratamento dispensado, os benefícios alcançados, as complicações ocorridas, os problemas decorrentes de cada atendimento não são informações medidas e analisadas em todo o sistema de saúde. Quantidades realizadas e conformidade a padrões estabelecidos são avaliados, mas o resultado disso para o paciente, o valor alcançado, raramente é analisado. Tal valor deveria ser matéria de ser matéria de reconhecimento pelos financiadores e usuários do sistema, aos melhores prestadores de serviço de saúde. Sendo assim, na visão dos autores, o indicador primordial que deveria balizar todo o sistema deveria ser o retorno em saúde, por real gasto no sistema. Por exemplo, qual a taxa de sucesso de um determinado prestador no tratamento de acidentes vasculares cerebrais? Qual o estado médio dos pacientes tratados por este prestador após um dado período após o tratamento do acidente? Qual o nível de seqüelas pós acidente vascular que permaneceu após o tratamento?

Raramente tais informações são utilizadas gerencialmente para tomadas de decisão sobre escolha de local de tratamento pelos pacientes, encaminhamentos por médicos assistentes ou contratação de serviços pelos planos de saúde.

A utilização dessas informações gerencialmente é o cerne das idéias dos autores. Tal levantamento não pode ser feito pelo paciente. Apenas os governos ou planos de saúde, ou seja, os pagadores estão situados numa posição capaz de

iniciar esse trabalho. A publicação dessas informações à comunidade pode deflagrar uma onda de melhorias no sistema que se auto perpetuará sem necessidade de maiores investimentos. Esse tipo de competição, onde confrontados com seus resultados, os prestadores de serviço de saúde, aí incluídos os próprios planos de saúde, sejam obrigados a melhorar sua performance para ter mais pacientes, é uma força propulsora para a reestruturação da prestação de serviços e para o contínuo incremento de melhorias no setor.

Atualmente não é assim que funciona. Os participantes do sistema competem utilizando ferramentas que trazem prejuízos para os pacientes, como descontos em preços por volume de pacientes, ou aspectos indiretos como a hotelaria em um hospital. Tais estratégias de competição apenas transferem o custo de um participante para o outro. Um exemplo é a estratégia de planos de saúde oferecerem mensalidade mais baratas oferecendo uma menor cobertura e para assim atrair mais beneficiários. Acontece que quando ocorre a situação onde o beneficiário precisa utilizar plano e necessita fazer obrigatoriamente um procedimento que não coberto pelo plano, de alguma maneira ele terá que buscar uma maneira de financiar tal procedimento. Ou através do pagamento do seu próprio bolso ou utilizando a rede SUS, principalmente para procedimentos de alta complexidade. Portanto nota-se que não houve de fato uma diminuição do custo para o sistema como um todo. O custo total do atendimento continuou o mesmo para o sistema. O plano de saúde apenas transferiu o custo de parte do tratamento do beneficiário para um outro participante do sistema. Por sua vez o participante que arcou com o custo busca formas de se reembolsar das despesas, como no caso da busca do SUS pelo ressarcimento das despesas que os usuários dos planos de saúde fazem na sua rede, ou beneficiários que buscam na justiça o direito a realização de procedimentos que são negados.

Outro exemplo são os prestadores de serviço de saúde que aceitam atender a planos que ofereçam grande volume de pacientes por uma tabela bem mais barata. Esse é o caso da rede contratada do SUS, por exemplo. O que atrai não é a tabela de preços mas sim a possibilidade de ganho em escala ou benefícios como um certificado de filantropia. Esses prestadores também atendem a clientes particulares e convênios que financiam a suposta perda de receita derivada desse atendimento, pagando valores mais altos. Essa é uma outra demonstração da transferência de custos que não traz nenhum benefício a nenhum dos participantes, muito menos ao paciente.

Portanto nota-se que o custo total da prestação do serviço, nas situações acima continua o mesmo, visto pelo ângulo da soma total do que foi financiado, independente de onde foi realizado, quando não se torna maior, quando visto pelo ponto de vista do paciente que paga a conta do próprio bolso, subsidiando pacientes que pagam menos por participarem de grupos maiores. Tal situação é descrita, pelos autores como competição soma zero, ou seja, se for somado tudo que foi gasto por todos os participantes envolvido, na verdade a soma foi igual a que originalmente seria, portanto o ganho para o sistema foi zero.

Na boa competição o objetivo deve ser oferecer um serviço cada vez mais resolutivo aos pacientes. Sendo mais resolutivo, aumenta-se a capacidade de atendimento, ganha-se em escala de atendimento, havendo uma redução natural de custos sem as estratégias atualmente usadas em restringir serviços para redução do custo.

Tal resolutividade, não será alcançada através da maior utilização das ferramentas a disposição dos médicos atualmente, como equipamentos de diagnóstico ou medicamentos de última geração. Tal resolutividade será conseguida se praticando uma medicina de excelência, como no exemplo abaixo:

- um melhor serviço de diagnóstico especializado utiliza somente os exames necessários e possibilita ao médico identificar correta e rapidamente os problemas de saúde do paciente;
- Com um diagnóstico mais rápido e detalhado é possível iniciar mais cedo o tratamento correto e personalizado para cada paciente;
- Tratamentos iniciados mais cedo e aplicados corretamente reduzirão o tempo de internamento ou tratamento;
- Tempo de internamento ou tratamento reduzidos evitam complicações causadas pela internação hospitalar, como possibilidades de infecções hospitalares, ou derivadas de agravamento por atrasos no início do tratamento.

Como pode se verificar, a excelência na prestação do serviço traz uma conseqüente redução dos custos onde menos exames são utilizados, os tratamentos se iniciam e terminam mais cedo, e o paciente sofre menos complicações. Avaliar quais são os prestadores de serviço, que fazem diagnósticos com maior qualidade, em menor tempo e com custo compatível, e dirigir a estes mais pacientes, é o objetivo que todos os operadores de saúde devem buscar, porém o foco atual é no

preço de cada exame, nas quantidades realizadas por paciente, ou na correção com que cada exame é feito. Ou autores defendem a idéia que se deve avaliar se o resultado de todas as consultas e exames realizados levou ao diagnóstico correto. A situação acima reforça a idéia dos autores de que a boa prestação de serviços de saúde é mais barata que uma prestação de serviços medíocre. Transpondo o exemplo para o contexto governamental, é fácil se verificar que um sistema de saúde público que tenha uma assistência primária funcionando bem e encaminhando pacientes para os serviços de maior complexidade de maneira adequada é muito mais econômica aos cofres públicos, por paciente atendido, do que uma grande oferta de serviços de alta complexidade desordenadamente colocados a serviço da população. O objetivo é atingir uma melhor saúde da população e não apenas dispensar mais tratamentos e tratamentos mais complexos (e caros), sem uma coordenação que os faça dar melhores resultados.

Deve-se notar que na situação de correta competição há ganho para todos os atores envolvidos. Os ganhos são em custo menor, menor valor pago pelo paciente ou pelo financiador do tratamento e ainda para a sociedade com a volta mais rápida do paciente ao trabalho e família. Essa é uma soma positiva e diferente de zero.

Para que se estimule a prática da boa medicina e da correta competição, Porter e Teisberg sugerem a adoção de oito princípios.

1) O foco deve ser o valor para o paciente e não reduzir custos

As ações devem buscar melhorar o resultado em saúde alcançado pelo paciente e não diminuir custos artificialmente através de restrição de acesso ou cobertura, como explicitado anteriormente.

2) A competição deve ser baseada em resultados

Esses resultados não são os resultados que usualmente são estabelecidos como indicadores e utilizados em diversos relatórios, inclusive os relatórios do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, como veremos mais a frente. O resultado que se busca é qual o retorno que foi obtido em termos de saúde, por cada real investido: qual a quantidade de pacientes que foi diagnosticado corretamente em prazo inferior a quinze dias em determinado serviço, qual a sobrevida alcançada por pacientes que se submeteram a determinado tratamento em determinado prestador, qual o tempo médio de até se chegar a ausência de queixas de dor, após o início de tratamentos fisioterápicos em

determinada clínica.

3) A competição deve estar centrada em condições de saúde e sobre um ciclo completo de atendimento

Para que seja o sistema acima funcione corretamente, é necessário que o este seja organizado por condições de saúde. Uma condição de saúde (p. ex. Doença renal crônica, diabetes ou gravidez) é um conjunto de circunstâncias naturais ou decorrentes de doenças ou acidentes na saúde de um paciente que se beneficia de um tratamento dedicado ou coordenado, para todas as situações decorrentes da condição. Geralmente envolve uma serie de especialistas e instalações.

Para se conseguir avaliar a qualidade do tratamento dispensado ao paciente, é necessário coletar informações relativas as condições de saúde ao longo de um ciclo ou episódio completo de atendimento. Esses ciclos se dividem em prevenção, detecção de risco, diagnóstico, tratamento, gerenciamento de doentes, e gerenciamento de doenças.

Avaliar procedimentos isolados, como quantidade de cirurgias ou terapias realizadas por prestador não consegue medir o valor recebido pelo paciente. Apenas quando se mede a quantidade de diagnósticos de doença renal crônica, efetuados por determinado prestador, e a acurácia e custos destes, se consegue medir a excelência do que está sendo feito.

4) O atendimento de alta qualidade deve ser menos dispendioso

Como já foi exemplificado acima, um atendimento de qualidade traz uma melhor utilização de recursos e mais rápida conclusão dos tratamentos trazendo um melhor resultado e custos mais baixos. Mal atendimento é feito em mais tempo, com maior utilização de recursos, com a ocorrência de complicações.

5) Valor é criado pela experiência, escala de atendimento e aprendizagem médica para cada condição de saúde em questão

Quanto mais um prestador ser especializa em determinado tipo de serviço para uma dada condição de saúde, seja diagnóstico ou terapia, mais experiência e aprendizagem médica ocorre. Tal aprendizagem e experiência cria valor para o paciente.

6) A competição deve ser regional e nacional, não apenas local

Os autores defendem que a competição deve ser entre prestadores nacionais. Agindo regionalmente, ou seja no âmbito geográfico mais próximo, em

muitas situações só haverá poucos prestadores habilitados a determinado serviço, ou então o grupo de prestadores já estará trabalhando em um acomodamento local que reduz a possibilidade de destaque de algum dos prestadores.

Encaminhando pacientes para prestadores que se destaquem fora dos estados ou cidades onde residem haverá um estímulo a competição e a redução que a certeza de possuir um mercado local garantido traz aos prestadores.

7) Informação sobre os resultados e preços devem ser disponíveis a todos

Todos os participantes do sistema devem ter acesso as informações sobre resultados levantadas. Médicos, Hospitais e Clínicas, Planos de Saúde e principalmente o usuário dos serviços devem poder acessar as informações e tomar decisões baseadas nelas.

8) Inovações que tragam mais benefícios aos pacientes devem ter sua adoção estimuladas

Atualmente as estruturas de pagamento dos operadores do sistema, inclusive o SUS, são um forte entrave a inovações. Trabalha-se no Brasil com diversas tabelas de pagamento algumas delas lançadas no início dos anos 1990. A adoção de novas tecnologias é lenta e a precificação e inclusão destas nas tabelas de preços mais antigas é complicada e difusa.

Estando focado em resultados e não no controle dos procedimentos utilizados pelos prestadores para a execução dos atendimentos, as barreiras a adoção de tecnologias e atualização de tabelas de pagamento tornam-se obsoletas, já que o pagamento será feito por ciclo completo e não para cada procedimento.

Por exemplo, no sistema atual, para cada tipo de tratamento há vários procedimentos que podem ser adotados. Para cada um desses tratamentos há um preço e condições estabelecidas pelos operadores de saúde para que sejam aceitas e pagas. Uma inovação mesmo que já aceita pelas sociedades médicas, terá de ser estudada, analisada, precificada por cada operador até ser lançada nas suas tabelas de pagamento. Uma inovação que possua valor unitário mais alto, mas traga um valor total ao tratamento em melhor em menor probabilidade de infecção, que seja menos invasiva, que tenha um tempo médio de recuperação menor, como cirurgias por vídeo ou utilização de laser, demoraram de ser incorporadas e aceitas pelos operadores quando do seu aparecimento e ainda contam com restrição em muitos casos. Caso o pagamento fosse feito pelo tratamento, e não por cada

procedimentos, prestadores que utilizassem tecnologias mais modernas mais rapidamente seriam beneficiados e não desestimulados ao uso.

A seguir será discutido como podemos avançar em direção a esses princípios no Sistema Único de Saúde, notadamente pela utilização de informações sobre o resultado da prestação dos serviços de saúde.

UMA AGENDA PARA O SUS

O capítulo 8 do livro traz um estudo da situação americana e uma série de sugestões sobre como o governo americano poderia agir, para alcançar os princípios da competição baseada em valor no seu sistema de saúde.

Mesmo considerando a diferença das realidades entre os Estados Unidos e o Brasil pode se verificar que em muitos aspectos o Brasil está mais adiantado que os americanos, notadamente na cobertura universal provida pelo SUS a todos os cidadãos. Os Estados Unidos possuem 46 milhões de pessoas sem nenhuma assistência à saúde. O SUS já possui instrumentos de controle, disseminação de informações e tecnologia de informação que nos deixa em vantajosa situação para a adoção de algumas das sugestões feitas pelos autores, notadamente a utilização de informações para incrementar a qualidade do atendimento.

O Sistema Único de Saúde é um gigante capaz de atender a 75% da população brasileira (que não tem acesso a outro tipo de assistência à saúde) através de 140.000 unidades ambulatoriais e 7.600 unidades hospitalares, que realizam 1,2 bilhões de procedimentos de atenção básica e 178.000 procedimentos de alta complexidade. A oferta de hemodiálise no Brasil é 97% oferecida pelo SUS.

A rede de atendimento do SUS é composta de entidades contratadas, conveniadas e rede própria havendo uma grande heterogeneidade de qualidade entre os diversos prestadores.

Tal diversidade de prestadores, aliada a dimensão territorial do Brasil e a falta sempre crescente de recursos financeiros são um ambiente promissor para a aplicação de algumas das idéias de Porter e Teisberg, que aplicadas pelo Ministério da Saúde causariam uma melhoria sistêmica no atendimento.

A utilização da informação para a melhoria da qualidade do atendimento pode ser feita pelo SUS sem um maciço investimento financeiro por que as bases para tal ação já estão lançadas na própria estrutura do SUS através de ações como o PNASS, o Cartão SUS, o modelo de pagamento das Tabelas SIH SIA, a estrutura do DATASUS que são uma base poderosa para a aplicação das idéias dos pesquisadores.

Para a implantação seria necessário seguir os passos seguintes:

1º) Estabelecer uma infra estrutura de coleta de informações

O motor propulsor da reforma pretendida são as informações sobre resultados e a correta utilização das mesmas no incentivo a competição entre prestadores de serviço de saúde. O SUS já possui o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, o Cartão Nacional de Saúde e o Sistema de Informações Hospitalares, atendem ao solicitados pelos autores, bastando haver uma adaptação do foco da informação.

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde é um instrumento que avalia os serviços de saúde quanto à eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos e usuários.

A base legal para o Programa é o artigo 15 da Lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde, que atribui a União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde e a avaliação e divulgação das condições ambientais e da saúde da população. O artigo 17 da mesma lei define que é responsabilidade dos Estados e dos Municípios participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho.

Os prestadores são avaliados através de um questionário que compara as ações executadas com padrões de conformidade e há também questionários de satisfação dos usuários e de relações e condições de trabalho.

Os objetivos deste trabalho podem ser resumidos nos seguintes itens, conforme está no Caderno de Avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde:

- Incentivar a cultura avaliativa dos gestores para os serviços de saúde;
- Fomentar a cultura avaliativa nos estabelecimentos de saúde;
- Ser instrumento de apoio à gestão do SUS;
- Produzir conhecimento qualitativo da rede de serviços de saúde;
- Difundir padrões de conformidade dos serviços de saúde;
- Incorporar indicadores de produção para avaliação de serviços de saúde;
- Aferir a satisfação dos usuários do SUS;

- Conhecer a percepção dos profissionais nos estabelecimentos de saúde sobre as condições e relações de trabalho;
- Identificar oportunidades e possibilidades de melhoria;
- Divulgar experiências exitosas para melhoria da qualidade local;
- Disponibilizar os resultados para conhecimento público.

O Programa descrito, que ao final de cada avaliação gera um relatório individual para cada prestador com seus resultados mostra que temos um arcabouço tanto legal como estrutural para avaliação e divulgação de resultados.

O Cartão Nacional de Saúde

O Projeto de implantação do Cartão Nacional de Saúde, previsto desde 1996 e agora em fase de projeto piloto em 44 municípios é um potencial facilitador para a coleta de informações. Cada usuário e cada profissional possuirão um cartão magnético que lido pelos equipamentos desenvolvidos para o projeto, vinculará os procedimentos realizados ao usuário, profissional e local de atendimento. Cada usuário possuirá um número de identificação nacional.

Com as informações geradas pelo cartão será possível acompanhar o processo de referência e contra referência dos pacientes, construir um histórico clínico de cada paciente, sendo possível conhecer quem está sendo atendido, por quem, qual o problema de saúde, os medicamentos prescritos e entregues, aonde e com quais resultados.

Este projeto já atende a sugestão dos pesquisadores de criar uma infraestrutura de coleta de informações.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH)–SUS

O SUS através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH)–SUS possui informações que viabilizam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, através da captação de dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) relativas a mais de 1.300.000 internações/mês.

Sendo o sistema que processa as AIHs, dispõe de informações sobre recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS, as principais causas de internações no Brasil, a relação dos procedimentos mais freqüentes realizados mensalmente em cada hospital, município e estado, a quantidade de leitos existentes para cada especialidade e o tempo médio de permanência do paciente no hospital.

Suas informações facilitam as atividades de Controle e Avaliação e Vigilância Epidemiológica em âmbito nacional e estão disponíveis para consulta, através de produtos desenvolvidos pelo DATASUS, gerados a partir do processamento da AIH.

Os exemplos acima mostram que o SUS já possui a estrutura de avaliação, de serviços de saúde, de coleta de informações e de disseminação das mesmas. E necessário no entanto que essas informações sejam organizadas de uma maneira que se possibilite a mensuração do valor da prestação do serviço, ou seja organizando as informações por condição de saúde e pagamentos por ciclo completo de atendimento.

2º) Estabelecer as informações e preços por condição de saúde e ciclo completo de atendimento.

Anteriormente já foi descrito o que são condições de saúde. Diabetes, Gravidez ou Politrauma decorrente de acidente são condições de saúde. Para organizar as informações em condições de saúde, primeiro seria necessário escolher as condições de que seriam estudadas inicialmente. Depois, analisando as Tabelas SIH, poderia-se marcar todos os procedimentos necessários para o tratamento de uma dada condição, para que sempre aparecessem correlacionados nos relatórios. Com tal medida poderia se rastrear, com o auxílio das AIH's e com o Cartão de Saúde de cada paciente, onde e como ele foi tratado para cada condição.

3º) Estabelecer determinação de preços por episódios e ciclos de atendimento

Outro princípio é a integração dos serviços, ou seja, os encaminhamentos devem ser controlados para que todo ciclo de atendimento possa ser feito em um conjunto específico de prestadores possibilitando a medição da qualidade do atendimento prestado. Para cada paciente e suas condições de saúde, o SUS deve estabelecer qual cadeia de prestadores que fará o tratamento, possibilitando retorno aos mesmos médicos, laboratórios, centros de tratamento, evitando assim duplicidade de procedimentos que geralmente são feitos cada vez que o paciente muda de médico, clínica ou hospital sem a conclusão de um ciclo completo de atenção, seja diagnóstico ou tratamento, sem nenhuma análise do que foi feito anteriormente. O Cartão Nacional de Saúde tem como um de seus objetivos a formação de um histórico clínico do usuário. Se a cada consulta o médico tiver a possibilidade de analisar o que anteriormente já foi feito, isso diminuiria a redundância de solicitações, trazendo valor ao atendimento.

O estabelecimento do valor do pagamento por ciclo de atendimento não é uma tarefa das mais complicadas, já que o SUS já possui a maior parte dos seus pagamentos feitos por “pacotes “ isto é, procedimentos que são agrupados em um conjunto para pagamento único ao prestador e descrito nas Tabelas SIA e SIH. Para evoluir por ciclos de atendimento basta selecionar quais os procedimentos ou pacotes necessários para um tratamento completo e as quantidades médias de cada um. A soma dos procedimentos geraria o valor por episódio de atendimento.

Esses ciclos de atendimento podem ser divididos em:

- prevenção
- avaliação de risco
- diagnóstico
- tratamento
- gerenciamento de doentes
- gerenciamento de doenças

Muito possivelmente muitos prestadores não terão todos os serviços necessários para a totalidade de um diagnóstico ou tratamento completo de uma condição de saúde. Para essa situação os prestadores deveriam ser unificados em uma rede de atendimento, através do controle dos encaminhamentos e retorno dos pacientes entre os serviços da rede, assegurando que o ciclo de atendimento seria feito pelos mesmos profissionais e ou serviços. No caso da rede contratada ou conveniada, seria responsabilidade de cada serviço estabelecer parcerias complementares, receber o pagamento pelo atendimento unificado e repassar os valores as parcerias firmadas para a complementação do atendimento.

4º) Definir os resultados a serem acompanhados e coletados

Para se conseguir uma medição acurada de resultados é necessário, para cada condição de saúde a ser estudada, estabelecer quais informações serão coletadas e em que formato serão coletadas para que se possa unificar e comparar resultados entre os diferentes prestadores.

Serão necessárias informações sobre:

- resultados dos atendimentos
- experiência do prestador
- atributos dos pacientes
- métodos utilizados

Os resultados que serão acompanhados, devem ser definidos como resultados do valor conseguido em saúde do paciente, e não índices de conformidade a padrões estabelecidos ou indicadores de desempenho, como usualmente é feito.

Para exemplificar a diferença de enfoque compara-se no quadro a seguir indicadores retirados do PNASS – Plano Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde e indicadores sugeridos por Porter e Teisberg.

Usuais	Porter e Teisberg
Os pacientes têm sua terapia prescrita pelo respectivo médico especialista (oncologista clínico, oncologista clínico pediátrico ou hematologista).	Tempo de sobrevida
A administração dos medicamentos antineoplásicos é realizada e supervisionada por enfermeiro.	Grau de recuperação ou saúde pós tratamento
Na rotulagem dos medicamentos antineoplásicos manipulados constam: nome do paciente, composição qualitativa e quantitativa dos componentes, volume total, data e hora da preparação, prazo de validade, identificação do responsável pela preparação, com o devido registro no conselho profissional.	Tempo de retorno as atividades normais
A unidade possui protocolos para minimizar eventos adversos relacionados aos quimioterápicos.	Problemas ocorridos ou decorrentes do tratamento
A unidade mantém sua equipe médica, farmacêutica e de enfermagem atualizado em atenção quimioterápica.	Manutenção da saúde pós-tratamento
A unidade conta com equipe multiprofissional integrada para o atendimento dos pacientes e familiares.	Conseqüências a longo prazo do tratamento

Deve-se notar que apesar dos critérios avaliados pelo PNASS serem necessários para uma avaliação criteriosa dos serviços de saúde não são suficientes para avaliar o resultado final e mais importante que é o benefício a saúde alcançado por cada paciente.

Os resultados como os acima relatados devem ser publicados periodicamente, para conhecimento de todos.

5º) Obrigar a todos os prestadores a publicarem seus resultados

A obrigatoriedade de emissão de relatórios de resultados para todos os serviços de saúde do País, para as condições de saúde em acompanhamento, seria uma medida ousada mas que traria para todo o sistema inúmeros benefícios. Mesmos os prestadores que atendessem exclusivamente particulares ou convênios seriam obrigados a anualmente publicar seus resultados. Tais relatórios precisariam ser emitidos de acordo com o formato padronizado pelo Ministério da Saúde. Vale salientar que os relatórios publicados pelos prestadores devem sofrer auditorias periódicas, para confirmação das informações publicadas.

Conhecer como está sendo a prestação de serviços fora da rede, tanto para serviços de excelência, como para serviços mais deficitários, provocaria uma onda de comparações que traria inúmeros benefícios ao sistema de saúde. O SUS poderia com base nos resultados, buscar novos contratados e conveniados fora da sua rede verificando onde estão sendo feitos serviços a preços e qualidades compatíveis ou melhor. Poderia utilizar as informações como benchmarking para seus serviços.

6º) Possibilitar a ampla divulgação de resultados estimulando a competição no nível certo

A disseminação de informações poderá ser feita através de relatórios periódicos publicados, com os resultados de cada prestador de serviço de saúde. A disponibilidade destes resultados para análise de toda a comunidade interessada, desde usuários mais esclarecidos em busca de local para tratamento a contratantes outros além do SUS, como outros Planos de Saúde privados, vão forçar os prestadores com resultados abaixo da média a procurarem reorganizar seus serviços ao custo de serem pouco a pouco preteridos por todos.

Com base em informações, encaminhar os pacientes para os melhores prestadores de serviço. Para o SUS, tal ação pode ser feita através dos contratos/convênios e suas metas, reduzindo as cotas a prestadores com desempenho sofrível e ampliando o atendimento nos melhores.

O SUS poderia e deveria utilizar os resultados para rever as renovações de contratos/convênios e no caso da rede própria, verificar onde é necessário intervir por problemas de qualidade no atendimento.

O SUS já possui um conjunto de páginas na internet onde são divulgadas informações relevantes sobre a saúde. Dentre todos os sites do DATASUS fornece informações sobre indicadores de saúde, dados sobre a assistência à Saúde, Rede Assistencial, informações epidemiológicas e Mobilidade, Estatísticas Vitais, Demográficas e Socioeconômicas e sobre a Saúde Suplementar. Tal gama de informações poderiam ser complementadas pelas informações sobre o resultado do atendimento em ciclos completos para cada condição de saúde por prestador. Os relatórios do PNASS também são outra oportunidade para a divulgação dos resultados.

CONCLUSÃO

Pelo exposto é visto que a utilização das idéias dos autores do livro Repensando a Saúde, pode trazer mudanças no sistema de saúde pública que refletirão no sistema privado e saúde suplementar e pode ser aplicado com base em instrumentos já existentes no SUS, como o Cartão Nacional de Saúde, por exemplo.

No quadro abaixo são mostradas as principais diferenças entre cada um dos modelos.

Modelo atual	Modelo proposto
O produto são procedimentos realizados	O produto é a cura
Mede-se quantidades de procedimento ou atendimentos	Mede-se o resultado em saúde dos pacientes
Foco em especialidades médicas ou tipos de atendimento	Foco no atendimento a uma condição de saúde
Intervenções, procedimentos, testes	Ciclo de atendimento realizado
Atendimentos a ocorrências individuais do pacientes	Atendimento a todas as ocorrências derivadas da condição de saúde de maneira coordenada

Fonte: Porter 2007.

A adoção da agenda descrita tornaria o atendimento aos usuários do SUS muito mais completo e resolutivo pois seria centrado no benefício ao paciente que está sendo tratado.

REFERÊNCIAS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/cartao/>>. Acesso em: 6 abr. 2009.

DATASUS. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 6 abr. 2009.

IBM. A saúde em 2015: “Ganha-ganha” ou “todos perdem”? um retrato e um caminho para uma transformação de sucesso. **Relatório da IBM sobre saúde**. Disponível em: <http://www.ibm.com/expressadvantage/br/solutions/ind_health_2015.phtml>. Acesso em: 5 abr. 2009.

PORTER, M. E. **Site de Michael Porter na Universidade de Harvard**. Disponível em: <<http://www.isc.hbs.edu/>>. Acesso em: 6 abr. 2009.

PORTER, M. E; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/pnass/cadastrosBasicos.do?level=cadastrosBasicos>>. Acesso em: 6 abr. 2009.

AUTORIA

Marco Aurélio Borges Neves – especialista em políticas públicas e gestão governamental do Governo do Estado da Bahia, lotado na Secretaria de Administração do Estado – SAEB e coordenador de controle da coordenação de assistência a saúde do servidor – Planserv. Formado em engenharia civil pela Universidade Católica do Salvador e pósgraduado em contabilidade pública pela Universidade Federal da Bahia.

Endereço eletrônico: marcoaurelio.neves@planserv.ba.gov.br