

‘PAGAMENTO POR PERFORMANCE’ – UMA FERRAMENTA PARA AGREGAR VALOR AO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO

Representantes do Sistema Suplementar de Saúde discutem novos modelos de remuneração para o setor e os benefícios da modalidade Pagamento por Performance



Foto Hospitalar

A remuneração dos serviços hospitalares ainda é um tema muito discutido pelo Sistema Suplementar de Saúde. No Brasil, os dois modelos comumente praticados são: ‘Fee-for-service’ (pagamento por procedimento), no qual o pagamento é realizado para cada item do serviço prestado, e ‘Remuneração por Pacotes’, modalidade de pagamento por preço fixo, pré-acordados entre Operadoras e Prestadores. Existem ainda

outros modelos de remuneração, como por exemplo, *Per Diem*, *Capitation* e *Diagnosis Related Group* (DRG’s), porém, são práticas pouco utilizadas no Brasil. Recentemente, o ‘Pagamento por Performance’ (ou ‘Pagamento por Desempenho’) tem sido objeto de estudo e discussão entre os *players* do setor. Em alguns países desenvolvidos a implantação de programas baseados nesta modalidade está em franco cres-

cimento. Ciente desta realidade, a ANAHP reuniu os principais representantes do Sistema de Saúde Suplementar para o ‘Encontro ANAHP – Construindo Novos Modelos de Remuneração’, que ocorreu no dia 25 de maio e teve como principal objetivo abordar conceitos e experiências de sucesso sobre o tema, com ênfase em ‘Pagamento por Performance’.

Pág. 04

NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA IMPACTA NA CONDUTA MÉDICA E NOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

As mudanças do novo Código de Ética Médica afetam não apenas a conduta médica, mas também os serviços de saúde no país. Entre os principais temas abordados, estão os direitos dos médicos, a responsabilidade pro-

fissional, direitos humanos, relação com pacientes e familiares, sigilo profissional, pesquisa científica e relações da medicina com a indústria farmacêutica. **Pág. 03**

Associação lança 2ª edição do Observatório ANAHP durante Feira | Fórum Hospitalar 2010. **Pág. 07**

Hospital Mater Dei (MG) comemora 30 anos de fundação. **Pág. 08**

EDITORIAL

O ano de 2010 tem sido um momento de transição para o setor de Saúde Suplementar. Atualmente, um dos principais assuntos em pauta no segmento é a questão da remuneração entre Prestadores e Operadoras de Serviços de Saúde, discussão presente há algum tempo no setor e que, recentemente, tem demonstrado uma movimentação dos *players* do mercado em busca de alternativas para os problemas atuais, através de novas formas de quantificação e valoração dos serviços de saúde.

Nesta edição do Panorama ANAHP teremos a oportunidade de conhecer um pouco melhor o 'Pagamento por Performance', um dos modelos em discussão no setor que será abordado pelo especialista no tema, César Abicalaffe, e acompanharemos ainda o debate entre os principais representantes do segmento, durante a Feira | Fórum Hospitalar 2010.

A reforma do Código de Ética Médica e seu impacto para o Sistema de Saúde como um todo, em especial para médicos e Prestadores de Assistência à Saúde, também é um dos temas desta edição do Panorama ANAHP. Em entrevista, Luiz Roberto d'Avilla, Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Reynaldo André Brandt, Presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e Ex-presidente da ANAHP abordam as principais mudanças do novo Código e como as Instituições Hospitalares e o corpo clínico têm lidado com as novas regras.

Desejo a todos uma excelente leitura!

Henrique Moraes Salvador Silva
Presidente do Conselho Deliberativo



PANORAMA ANAHP

Publicação trimestral da ANAHP

CONSELHO DELIBERATIVO

PRESIDENTE

Henrique Salvador | Hospital Mater Dei - MG

VICE-PRESIDENTE

Francisco Balestrin | Hospital Vita Volta Redonda - RJ

Claudio Seferin | Hospital Mãe de Deus - RS
Fábio Sinisgalli | Hospital N. Sra. de Lourdes - SP
Francisco Eustácio Vieira | Hospital Santa Joana - PE
Gonzalo Vecina Neto | Hospital Sírio-Libanês - SP
José Ricardo de Mello | Hospital Santa Rosa - MT
Miguel Cendoroglo | Hospital Israelita Albert Einstein - SP
Pedro Antônio Palocci | Hospital São Lucas - SP

CONSELHO FISCAL

Artur José Hummel | Casa de Saúde São José - RJ
Luiz Eduardo Blanski | Hospital N. Sra. das Graças - PR
Sérgio Lopez Bento | Hospital Samaritano - SP

ADMINISTRAÇÃO

Diretoria Executiva
Maurício Uhle | uhle@anahp.com.br

Financeiro
Daniela Hirai | daniela@anahp.com.br

Relacionamento Setorial
Angela Lopes | angela@anahp.com.br

Eventos e Comunicação
Bruno de Melo Silva | bruno@anahp.com.br
Caroline Meneghello | carol@anahp.com.br
Evelyn Tiburzio | evelyn@anahp.com.br

REDAÇÃO

Evelyn Tiburzio

PRODUÇÃO GRÁFICA

L2 Propaganda
Tel/Fax: (11) 3816-3251
www.l2propaganda.com.br

IMPRESSÃO

Ipsis

Esta publicação está disponível para download no site da ANAHP:
www.anahp.com.br



Produto impresso com selo FSC, garantia de manejo florestal responsável

HOSPITAIS ASSOCIADOS

BA | Hospital Aliança | Hospital Português | **DF** | Hospital Anchieta | Hospital Santa Luzia | **ES** | Hospital Meridional | Vitória Apart Hospital | **GO** | Hospital Santa Genevieve | **MG** | Hospital Mater Dei | Hospital Monte Sinai | **MT** | Hospital Santa Rosa | **PE** | Hospital Santa Joana | Real Hospital Português de Beneficência | Hospital Memorial São José | Hospital Esperança | **PR** | Hospital Vita Curitiba | Hospital Nossa Senhora das Graças | **RJ** | Casa de Saúde São José | Hospital Pró-Cardíaco | Hospital Vita Volta Redonda | Hospital Barra D'Or | Hospital Copa D'Or | Hospital Quinta D'Or | **RS** | Hospital Mãe de Deus | Hospital Moinhos de Vento | **SP** | Hospital Israelita Albert Einstein | Hospital do Coração | Hospital Samaritano | Hospital Santa Catarina | Hospital Sírio-Libanês | Hospital 9 de Julho | Hospital e Maternidade São Camilo Pompéia | Hospital São Lucas | Hospital e Maternidade São Luiz | Hospital e Maternidade Santa Joana | Hospital Alemão Oswaldo Cruz | Hospital Vivalle | Hospital e Maternidade Brasil | Hospital Nossa Senhora de Lourdes | Hospital Bandeirantes | Hospital Nipo-Brasileiro

Links para hospitais no site da ANAHP | www.anahp.com.br

APOIO EDITORIAL



APLICAÇÃO DO NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA ABRANGE CONDUTA MÉDICA E SERVIÇOS DE SAÚDE

Após dois anos de debates e audiências públicas, o texto do novo Código de Ética Médica entrou em vigor em abril de 2010. O documento não era revisto há 22 anos.

Dividido em princípios gerais, direitos e deveres dos médicos, o novo Código de Ética Médica possui 118 itens. As mudanças afetam não apenas a conduta médica, mas também os serviços de saúde no país. Entre os principais temas abordados, estão os direitos dos médicos, a responsabilidade profissional, direitos humanos, relação com pacientes e familiares, sigilo profissional, pesquisa científica e relações da medicina com a indústria farmacêutica.

Segundo Luiz Roberto d'Avilla, Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), a principal mudança da aplicação do novo Código é a sua abrangência. "O Código anterior era restrito ao ato profissional. Agora, passa a alcançar o gestor, o administrador, diretor do hospital, secretário da saúde, entre outros. O gestor será responsabilizado por normas administrativas que sejam contrárias à boa prática médica. O ensino da medicina também está relacionado à responsabilidade médica, assim como o professor e o pesquisador passam a ser abrangidos. Outro ponto forte, é a autonomia dos pacientes", comenta.

O Presidente do CFM explica que a modificação no texto do novo Código atinge, inclusive, os prestadores de serviços de saúde, já que ficou estabelecido que o médico é capaz de recusar atendimento caso as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar sua própria saúde ou a do paciente. Outro ponto é que o médico também não poderá faltar no plantão ou sair antes do horário estabelecido, sem a presença de um profissional para substituí-lo. Segundo o Código, 'na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição'. Se forem respeitadas, as normas tendem a mudar a qualidade de atendimento em clínicas, hospitais públicos e particulares. Reynaldo André Brandt, Presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e Ex-presidente da ANAHP, explica ainda que, no novo Código está claramente proibido que interesses pecuniários ou políticos interfiram nas decisões médicas quanto a diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças. É vedado ao médico abreviar o tempo de vida do paciente, independente se solicitado pelo próprio doente ou pelos familiares, no entanto, é permitido oferecer todos os cuidados paliativos nos casos de doenças terminais ou incuráveis, sem empreender medidas diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas. O código também veta ao médico a prática mercantilista da medicina, como: oferecer ou receber remuneração por encaminhamento de pacientes,

explorar o trabalho de outros médicos, atuar profissionalmente associado ou interagindo com qualquer tipo de indústria farmacêutica, farmácia, óptica ou qualquer organização de fabricação ou comercialização de próteses, implantes ou semelhantes. "Estas proibições podem influir de maneira importante na relação existente entre alguns hospitais e médicos de seu corpo clínico", completa.

Para o processo de revisão do novo Código, o CFM criou uma Comissão Nacional e Comissões Regionais de Revisão do Código de Ética Médica, integradas por representantes do Ministério Público, Poder Judiciário, Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e Associação Médica Brasileira (AMB). Os membros das comissões avaliaram as sugestões de alterações encaminhadas pela internet, por médicos e entidades organizadas da sociedade, entre 2007 e 2009.

De acordo com d'Avilla, a partir de agora a revisão das normas éticas da medicina será constante. A comissão permanente, estruturada pelo CFM, prevê uma revisão a cada cinco anos.

Para Brandt, assegurar os direitos e deveres dos médicos e dos pacientes, além de disciplinar as relações entre os profissionais, reforça os códigos de conduta dos hospitais e lhes dá maior força e legitimidade. "É do interesse de todos que o código seja cumprido na sua integralidade", explica. Brandt afirma ainda, que os médicos e as instituições de saúde receberam as mudanças do texto do novo Código de forma positiva, acreditando na sua importância para a prática de uma medicina honesta e justa.



Reynaldo André Brandt, Presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein



Luiz Roberto d'Avilla, Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM)

SAÚDE SUPLEMENTAR

‘PAGAMENTO POR *PERFORMANCE*’ UMA FERRAMENTA PARA AGREGAR VALOR AO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO

A remuneração dos serviços hospitalares ainda é um tema muito discutido pelo Sistema Suplementar de Saúde. No Brasil, os dois modelos comumente praticados são: ‘*Fee-for-service*’ (pagamento por procedimento), no qual o pagamento é realizado para cada item do serviço prestado, e ‘Remuneração por Pacotes’, modalidade de pagamento por preço fixo, pré-acordados entre Operadoras e Prestadores. Existem ainda outros modelos de remuneração, como por exemplo, *Per Diem*, *Capitation* e *Diagnosis Related Group* (DRG’s), porém, são práticas pouco utilizadas no Brasil.

Recentemente, o ‘Pagamento por *Performance*’ (ou ‘Pagamento por Desempenho’) tem sido objeto de estudo e discussão entre os *players* do setor. Em alguns países desenvolvidos, como Estados Unidos e Inglaterra, a implantação de programas baseados nesta modalidade está em franco crescimento. Grande parte da reforma do sistema de saúde americano, aprovado recentemente no Congresso, tem componentes de pagamento por desempenho dos prestadores.

De acordo com o conceito proposto por Bauman (EUA, 2006), o ‘Pagamento por *Performance*’ é baseado em medições críticas, pelas quais o desempenho de um prestador é comparado com um padrão de referência. E é esta comparação que determina sua remuneração.

O marco importante no movimento do ‘Pagamento por *Performance*’ teve início em 2002, nos Estados Unidos. Em 2004, na Inglaterra, houve uma mudança expressiva na forma como os médicos generalistas recebiam sua remuneração e hoje, mais de 25% do ganho deste profissional vem de incentivos baseados no seu desempenho. Estudos analisados em 2008, nos mais de 150 programas de ‘Pagamento por *Performance*’ nos EUA, demonstraram que 65% destes obtiveram melhoria da qualidade da assistência e 35% apresentaram uma redução de custo a curto prazo. No início, os programas estavam muito focados nos indicadores de processos e resultados intermediários. Hoje, eles começaram a avaliar indicadores de custo e a utilização com mais intensidade.

Segundo César Abicalaffe, Diretor da Impacto Tecnologias Gerenciais em Saúde, para implantar o ‘Pagamento por *Performance*’ no Brasil, além do desafio de vencer a resistência de alguns gestores à inovação, é necessário mostrar às entidades de classe que este não é um modelo punitivo, não

restringe a liberdade do médico e não colide com a ética médica. É essencialmente um modelo que preconiza o uso de padrões de comparação baseados em evidência, utilizando como referência as diretrizes clínicas da Associação Médica Brasileira (AMB) ou metas estabelecidas com os próprios médicos. “Trata-se de um modelo, que traz inserido em sua origem o conceito claro de equidade. Defendemos que a solução está em criarmos incentivos (financeiros ou não) que permitam ganhos adicionais aos profissionais e prestadores que geram valor ao paciente, melhorando seus indicadores de qualidade”, completa.

“É importante entender que não existe um modelo engessado para ‘Pagamento por *Performance*’. Cada plano de saúde ou hospital deverá construir os programas que atendam suas necessidades e expectativas, de acordo com a sua realidade e, principalmente, condição de captura de dados”, explica Abicalaffe.

Segundo Afonso José de Matos, Sócio-diretor da Planisa, a discussão sobre o tema tem sido mais intensa recentemente, porém, avanços consistentes dependerão das mudanças nos alicerces básicos da remuneração. “Trata-se de um mecanismo que exige um processo mais consolidado dos modelos de remuneração que predominam o segmento da Saúde Suplementar no Brasil. Embora seja recomendada a discussão desse assunto, faz-se necessário a conquista de um modelo de remuneração capaz de gerar referências de padrões mais consistentes, tanto em termos de efetividade médica, quanto em termos de custos e produtividade. É importante destacar ainda, que é vital a presença do corpo clínico como forma de assegurar a consistência e sucesso dessas iniciativas, pois como ‘*performance*’, os indicadores de efetividade médica e de saúde estão diretamente relacionados”, enfatiza.

“Hoje, a grande maioria das operadoras brasileiras remuneram seus prestadores por procedimento baseado em tabelas padronizadas. Em um sistema em que o pagamento se dá por procedimento, pode haver certo estímulo para produzir volume. Em função disso, é preciso criar grandes estruturas administrativas de faturamento, auditoria e controladoria. Tudo para manter um estado que já se mostrou insustentável a longo prazo em vários países do mundo sob o ponto de vista do sistema de saúde como um todo”, explica Abicalaffe.

A remuneração por desempenho já tem sido adotada em vários setores da atividade humana. O grande desafio

para área de saúde é saber se o melhor desempenho representa melhor qualidade e baixo custo. Segundo Abicalaffe, temos que melhorar a qualidade da assistência médica drasticamente, reduzindo os erros e desperdícios, facilitando o acesso e centralizar o foco no paciente. “A grande inovação do ‘Pagamento por *Performance*’ é que ele alinha os incentivos financeiros a qualidade assistencial, e não a quantidade como ocorre hoje”, completa.

Já existem algumas instituições, no Brasil, com espírito inovador. Várias UnimedS estão adotando o ‘Pagamento por *Performance*’. Os resultados ainda são preliminares, mas já se mostraram promissores. “Tivemos operadoras que não aumentaram sua sinistralidade durante o ano avaliado no programa, outras que os exames de medicina preventiva atingiram patamares recomendados pelo Ministério da Saúde, além do aumento considerável do nível de satisfação dos clientes. Em todas as operadoras é possível observar uma realocação de recursos, sendo que os prestadores com melhor desempenho receberam valores diferenciados”, comenta Abicalaffe.

Para adesão ao modelo de ‘Pagamento por *Performance*’, o

Para implantar o ‘Pagamento por *Performance*’, além do desafio de vencer a resistência de alguns gestores à inovação, é necessário mostrar às entidades de classe que este não é um modelo punitivo.

primeiro passo é identificar os principais problemas na qualidade da assistência à saúde. A partir daí o programa é criado para incentivar as melhorias. Outros fatores críticos para o sucesso de qualquer programa de ‘Pagamento por *Performance*’ a ser implantado são: a geração de dados consistentes; investimentos financeiros significativos para a coleta eletrônica dos dados assistenciais; discussão constante e entendimento do modelo pelos prestadores, funcionários e equipes que terão o seu desempenho avaliado; clareza e simplicidade do modelo; possibilidade

de contemplar todos os prestadores; clareza dos critérios de comparação e, principalmente, foco na melhoria da qualidade da assistência.

“Vejo como extremamente saudável o reconhecimento dos diferenciais de *performance* nos indicadores de preços. São estímulos vitais à melhoria da qualidade e, certamente, construtiva para uma equação de preços mais justa, pois passa a reconhecer os fundamentos da gestão de saúde, que é propiciar maior valor agregado ao paciente e a sociedade”, finaliza Matos.

→ ENCONTRO ANAHP – CONSTRUINDO NOVOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO

“O aprimoramento do sistema de remuneração é um assunto muito caro para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e que nos mobiliza e impacta o sistema de saúde como um todo”, afirma Maurício Ceschin, Diretor-presidente da ANS, durante o ‘Encontro ANAHP – Construindo Novos Modelos de Remuneração’, que ocorreu no dia 25 de maio, na Feira | Fórum Hospitalar 2010. O evento reuniu cerca de 200 participantes e os principais representantes do setor para discutir o assunto.

Henrique Salvador, Presidente do Conselho Deliberativo da ANAHP abordou a importância do tema e mencionou que esta já é uma discussão extremamente presente no setor. “Não será uma tarefa fácil, mas estamos preparados para mudar este cenário. Basta olharmos para trás e percebermos o quanto já evoluímos nesse sentido”, afirma.

De acordo com Ceschin, “esta iniciativa do setor implica, em especial, em coragem para mudar. Eu fico muito satisfeito em perceber que há uma convergência de percepções do que precisa ser feito. Nosso problema passa a ser a capacidade e a velocidade para implementar soluções. Não estamos mais discutindo se vamos ou não mudar o sistema

de remuneração brasileiro, mas sim com que velocidade as mudanças ocorrerão”, comenta.

Na sequência, Sérgio Lopez Bento, Superintendente do Hospital Samaritano (SP) e representante ANAHP no Grupo Técnico (GT) sobre a Reforma do Modelo de Remuneração do Setor coordenado pela ANS, apresentou o posicionamento da ANAHP relacionado ao tema, o Projeto Modelos de Remuneração da Associação, que tem como meta propor até o 2º semestre de 2011, um novo modelo de remuneração de serviços hospitalares privados e, mencionou ainda, o andamento das ações do GT da ANS. De acordo com Bento, a ANAHP entende que não existe um único modelo de remuneração para o setor, mas um ‘*mix*’ de modelos, adequados às diferentes características dos processos de atendimento das instituições. “A cobrança de um procedimento hospitalar deve considerar pelo menos dois aspectos: a variabilidade do desfecho do procedimento e a frequência com que o mesmo é realizado pelo prestador”, comenta.

Bento salienta ainda que não devemos limitar as discussões apenas a novos mecanismos de remuneração, mas também



Foto Sindhosp



Foto Sindhosp



Foto Hospitalar



Foto Sindhosp

às regras de contratualização e reajustes dos mesmos, além da necessidade de inclusão de representantes das entidades de classe médica no GT da ANS. A “ANAHP entende ser de fundamental importância que o aprimoramento do modelo de remuneração passe por mecanismos de reconhecimento a preceitos ligados a qualidade, segurança e resultados assistenciais. Por outro lado, reconhecemos também, que o conhecimento sobre o tema é heterogêneo, havendo dificuldade prática de encaminhamento de proposta, além de poucas experiências de sua aplicação no Brasil”, afirma. Os atuais modelos de remuneração estão saturados e cada vez mais ineficientes. “O ‘Pagamento por *Performance*’, é um sistema baseado na avaliação de desempenho dos prestadores e comparado com determinado padrão de referência. No entanto, o ponto crítico deste conceito é a comparabilidade, ou seja, é preciso ter indicadores claros que possam ser comparados com o que a evidência descreve e, em seguida definir critérios e políticas do que fazer com os resultados obtidos”, explica Abicalaffe.

As apresentações foram seguidas de um *Talk Show* moderado por Ceschin, para discutir a possibilidade de aperfeiçoamento do atual modelo de remuneração. Participaram da discussão: José Luiz Gomes do Amaral, Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Márcio Coriolano, Presidente da FenaSaúde, Ary Ribeiro, Gerente Médico da Unidade Perdizes da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, Valdemário Rodrigues Júnior, Diretor de Integração Cooperativa da Unimed Brasil, Arlindo de Almeida, Presidente da Abramge, Vilma Dias, Gerente Executiva da Unidas, José Carlos Abrahão, Presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Henrique Salvador, Presidente do Conselho Deliberativo da ANAHP.

Na discussão, foi consenso entre os participantes do debate a importância do tema, a disponibilidade do setor para as mudanças e, principalmente, a necessidade de inclusão do corpo clínico nas discussões.

“Precisamos mudar este modelo perverso de remuneração, mas sabemos que não será uma tarefa fácil. Esta mudança deve ser pautada em princípios éticos e contar, principalmente, com a inclusão do médico e toda a cadeia produtiva do setor”, afirma Abrahão.

Para Ribeiro, vivemos um momento histórico e de maturidade do Sistema de Saúde Suplementar. O equilíbrio é fundamental para qualquer atitude que venhamos a tomar.

“Estamos num caminho promissor, onde há o consenso da necessidade de transição do modelo de remuneração do setor. Não podemos esquecer que esta mudança deve ser associada primeiramente ao paciente”, comenta Coriolano.

“Percebo um enorme progresso nas discussões. Estamos caminhando na direção certa, mas é claro, que teremos algumas dificuldades pela frente”, comenta Amaral.

Apesar de existirem divergências que devem ser analisadas, discutidas e negociadas, está clara a necessidade de avançarmos nas discussões, com o objetivo de fortalecermos o segmento da Saúde Suplementar”, finaliza Bento.



Francisco Balestrin, Denise Schout, Pedro Palocci, Sergio Bento, membros do conselho editorial do Observatório ANAHP e Henrique Salvador.

→ A 2ª edição do **Observatório ANAHP** foi lançada no dia 25 de maio na Feira | Fórum Hospitalar 2010. Na ocasião, Henrique Salvador, Presidente do Conselho Deliberativo e Francisco Balestrin, Vice-presidente do Conselho Deliberativo e Editor da publicação destacaram a importância desses indicadores para o setor de Saúde Suplementar e a transparência das ações da Associação frente ao mercado. “Nosso objetivo é fornecer dados transparentes e seguros para gestores hospitalares para fins de pesquisas e como ferramentas para o monitoramento da qualidade assistencial, além de adoção de melhores práticas e gestão de recursos”, comenta Balestrin.

Nesta edição, além das análises dos indicadores SINHA e Melhores Práticas Assistenciais, a publicação conta com o perfil dos 40 hospitais associados e com pesquisas inéditas, realizadas junto aos hospitais, entre 2009 e 2010.

→ Dando continuidade ao trabalho de humanização na assistência ao paciente, o **Hospital Anchieta (DF)** inaugura sua nova Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que oferece espaços com painéis de informações, salas para conversas com o profissional de saúde e ainda um espaço de conforto para acompanhantes com copa, sala de estar, sala de televisão e vestiários. Na humanização em UTI's, a família deve ser entendida como aliada importante, logo a conscientização sobre a real necessidade do paciente e a garantia de se sentirem apoiados, úteis e participantes no tratamento é imprescindível.

→ O **Hospital Mãe de Deus (RS)** foi recertificado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). A unidade hospitalar gaúcha mais uma vez recebe o certificado de acreditação com excelência. O reconhecimento avalia a qualidade dos prestadores de serviços na área de saúde no país. O Mãe de Deus está entre os 43 hospitais do Brasil a obterem a certificação com excelência.

→ O **Hospital Nossa Senhora das Graças (PR)** comemora uma nova conquista: acaba de receber o certificado de Acreditação Hospitalar Pleno - Nível II, que tem como foco a gestão de processos. Para tanto, a instituição implantou novas estratégias, fez investimentos para a consolidação da gestão da qualidade e de riscos, organizou e descreveu processos e promoveu a integração entre os setores.



→ O **Hospital Pró-Cardíaco (RJ)** acaba de ampliar seu Centro de Terapia Intensiva (CTI). A Instituição, especializada em cardiologia, pretende ainda este ano ampliar seu setor de hemodinâmica e reformular seu pronto atendimento. Para suprir a demanda por internações de pacientes graves e de alta complexidade vindos da emergência, o hospital Pró-Cardíaco construiu quatro novos leitos de CTI, aumentando de 15 para 19. Além da ampliação, o hospital investiu também em novos equipamentos e maior conforto aos acompanhantes.

→ O **Hospital Sírio-Libanês (SP)** anuncia a sua mais nova unidade, a primeira localizada fora do município de São Paulo. A cidade escolhida foi Campinas, considerada a quinta melhor infraestrutura urbana do Brasil, com o Produto Interno Bruto (PIB) anual superior a R\$ 20 bilhões. Com quase 30 mil m² de área construída, a nova unidade do HSL oferecerá tratamentos de alta complexidade já encontrados em sua unidade principal. Serão 150 leitos, sendo 30 de UTI, Centro de Diagnósticos com equipamentos de ponta, Centro Cirúrgico e Pronto-Atendimento.

NOTAS ASSOCIADOS



Foto Hospital Mater Dei

→ O **Hospital Mater Dei (MG)** comemora 30 anos de fundação pautado no atendimento humano, digno e personalizado e valendo-se de tecnologia de ponta. Construído em uma área nobre da capital mineira, o hospital investiu na qualificação de seus profissionais e no uso de ferramentas atualizadas de gestão. Acreditado com Excelência pela Organização Nacional de Saúde (ONA) desde 2004, em 2009 o Mater Dei foi o primeiro Centro Médico de Saúde a ser acreditado fora dos Estados Unidos pela NIAHO, organização internacional responsável pela acreditação dos hospitais americanos.

→ Em busca da melhoria contínua da qualidade assistencial, os **Hospitais 9 de Julho (SP)** e **São Camilo Pompéia (SP)** acabam de conquistar a Acreditação Internacional Canadense. Criado em 1958 no Canadá, este modelo de Acreditação tem como foco a qualidade assistencial e a segurança do paciente. O Instituto Qualisa de Gestão (IQG) é a instituição certificadora responsável pela *Accreditation Canada* na América Latina.

→ O **Hospital do Coração (SP)** aumentou cerca de 40% o número de pacientes internacionais em 2009, quando comparado ao mesmo período de 2008. Para este ano a estimativa é de um crescimento de 50%. Entre os pacientes estrangeiros mais atendidos estão aqueles vindos de países que compõem a América do Sul e de países da África.

→ O **Grupo São Lucas Ribeirânia (SP)**, em parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SP), inaugurou as novas instalações do RD Laboratório, no Hospital São Lucas. “Esta parceria significa uma nova opção para os moradores da cidade de Ribeirão Preto e região que, a partir de agora, têm à disposição o serviço qualificado da marca Einstein somado à tradição e confiança do Grupo São Lucas Ribeirânia”, afirma Pedro Palocci, Presidente do Grupo São Lucas Ribeirânia.



Foto Douglas Irabartolo

→ **Hospital Samaritano (SP)** investe R\$ 12 milhões em novo Centro Cirúrgico, que será inaugurado no próximo ano.



Foto Hospital Alemão Oswaldo Cruz

→ O **Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP)** acaba de inaugurar um prédio no bairro da Moóca, na capital paulista. A unidade deverá ser responsável pela operação dos projetos de sustentabilidade da instituição em parceria com o Ministério da Saúde. O objetivo é que a população de toda a região seja atendida por meio do Programa de Prevenção e Rastreamento do Câncer Colorretal,

com investimentos de R\$ 7,2 milhões, e do Programa Integrado de Controle de Câncer Mamário, com recurso total de R\$ 23,9 milhões.

Outra novidade é que a unidade Moóca é a sede da Superintendência de Sustentabilidade Social do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, contemplando, ainda, um auditório que será utilizado para treinamentos relacionados aos demais projetos sociais do hospital.