

Avaliação de um modelo de contratualização de dois hospitais filantrópicos de São José do Rio Preto/SP

Evaluation of a contracting model of two philanthropic hospitals in the city of São José do Rio Preto / SP

Renato Carlos Machado¹, Aldáisa Cassanho Forster²

1. Auno do mestrado do Programa Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
2. Livre Docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

CONTATO: Renato Carlos Machado | Rua Alberto José Ismael, 217 | Bairro Quinta das Paineiras | CEP 15080-410 | São José do Rio Preto/SP | E-mail: rcmachado-66@usp.br

Resumo: Este artigo avaliou o desempenho de dois hospitais gerais que aderiram ao Programa de Reestruturação e Contratualização de Hospitais Filantrópicos do SUS, entre 2010 e 2016. Para o levantamento das informações analisou-se o banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde do município onde prestam serviço. O objeto de análise foi o desempenho das metas qualitativas e quantitativas discriminadas em Ficha de Programação Orçamentária do Plano Operativo do convênio, que deveriam ser cumpridas pelos hospitais. Os resultados mostraram que as metas quantitativas foram atingidas em todos os quadrimestres analisados e as metas qualitativas não foram atingidas em apenas três quadrimestres dentre os sete anos analisados. Demonstrou ser um modelo promissor de alocação de recursos para compra de serviços, apesar de fragilidades no cumprimento de metas de qualidade, acompanhamento e revisão destas metas.

PALAVRAS-CHAVE: Contratualização em saúde. Alocação de recursos em saúde. Gestão hospitalar.

Abstract: This article evaluated the performance of two general hospitals that joined the Program of Restructuring and Contractualization of SUS Philanthropic Hospitals between 2010 and 2016. For information collection, the database of the Municipal Health Department of the municipality where

they rendered services was analyzed. The object of analysis was the qualitative and quantitative targets detailed in the Budget Schedule of the Operational Plan of the agreement, which should be met by the hospitals. The results showed that the quantitative targets were reached in all four-month periods analyzed, and the qualitative goals were not reached in just three four-month periods of the seven years analyzed. It has proved to be a promising model for the allocation of resources to purchase services, despite weaknesses in meeting quality goals, monitoring and review of these goals.

KEYWORDS: Hospital Administration. Resources Management. Health Management.

Introdução

Os sistemas de saúde com acesso universal e integral da assistência como o brasileiro possuem dois grandes desafios em sua gestão: o financiamento e a alocação dos recursos para pagamento de insumos e serviços. O financiamento destes sistemas requer grande esforço governamental com arrecadação de tributos para seu custeio, pois o envelhecimento da população e as incorporações de novas tecnologias na área médica encareceram demasiadamente os custos com saúde; já a alocação dos recursos para comprar e distribuir os serviços, que devem visar não só a universalidade e a integralidade, mas também a equidade, requer uma considerável engenharia distributiva de recursos, pois financiam não apenas serviços públicos próprios, mas serviços privados que atuam de maneira complementar¹⁻².

A alocação de recursos, ou modos de pagamento para a compra de serviços médico-assistenciais, pode ser classificada basicamente em: *ex-ante* se efetuado antes da prestação dos serviços comprados e *ex-post* quando efetuado após esta prestação e em função do volume e tipo de serviços. No modelo *ex-ante*, encontram-se duas modalidades: a orçamentação global que consiste em repasses periódicos de um montante de recursos definido através de programação orçamentária para um período. As transferências de recursos não

estão vinculadas à efetiva produção de serviços. Outra modalidade é a alocação por capitação, calculada em função de uma população adscrita. Cada prestador corresponde a um montante de recursos que equivale ao número de indivíduos a ele adscritos multiplicado por um valor *per capita*. Este valor unitário é frequentemente ajustado por risco, considerando o sexo e a idade desta população³.

No modelo *ex-post*, temos o pagamento por item onde cada procedimento utilizado no atendimento é pago de maneira individual. Outra modalidade é o pagamento prospectivo por procedimento (PPP) que se dá em função do diagnóstico do paciente (gravidade, comorbidades, complicações) e o custo fixo de cada prestador. Os pacientes são classificados em grupos homogêneos de doença e cada grupo, em função do custo de cada hospital, terá um valor predefinido para cada tipo de tratamento. Este modelo tem sido utilizado nos Estados Unidos e países da Europa, frequentemente compondo com outras formas de pagamento para formar sistemas mistos de alocação de recursos, buscando otimizar recursos e agregar qualidade na assistência³⁻⁵.

Nos sistemas mistos, pode se agregar a inclusão do critério desempenho da qualidade, seja na assistência ou gestão, para o cálculo do valor repassado. Por exemplo, pode se associar um orçamento global e pagamentos por diária ou ao

PPP, além de exigir a contrapartida de qualidade no desempenho. É neste modelo que se encaixa a contratualização de serviços de saúde^{3,4}.

No final da década de 60, inicialmente na França, novos arranjos contratuais foram introduzidos na administração pública com objetivos de regulamentar, dar flexibilidade, obter ganho de eficiência, melhorar a prestação de contas e foco nos resultados. Foi denominada Nova Gestão Pública (NPG) e, além da França, Inglaterra, Espanha, Portugal outros países aderiram a essa nova modalidade, onde o setor público deixou de ser prestador de serviços que até então era exclusividade do estado contratando junto à iniciativa privada serviços nas diferentes áreas da administração pública^{4,6, 7, 8, 9}.

No Brasil, o modelo da NGP se desenvolveu com as reformas da administração pública nos anos 90 e a contratualização de serviços em saúde é fruto do desenvolvimento desta modalidade de gestão, que se sustenta em três premissas: no plano de atividades e nos recursos para a sua realização, nos mecanismos de avaliação e no sistema de incentivos que condiciona os recursos ao alcance de metas⁷.

No âmbito do SUS, esta modalidade teve início em 2004 com o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS e, posteriormente, o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS¹⁰⁻¹³. Como modelo de alocação dos recursos foram adotados os sistemas mistos de orçamento global combinado com o pagamento prospectivo de procedimentos realizados em itens selecionados da tabela de procedimentos referência do SUS. Este último modo de pagamento condicionado ao desempenho (metas) tem sido utilizado para os hospitais contratualizados⁷.

Método

O sistema hospitalar do município de São José do Rio Preto/SP que atende ao SUS conta com três hospitais filantrópicos (dois gerais e um psiquiátrico), dois hospitais gerais privados com fins lucrativos e sete clínicas de exames e procedimentos, dentre elas três instituições filantrópicas. O município tem

também um hospital terciário (Hospital de Base de São José do Rio Preto) e um AME (Ambulatório Médico de Especialidades/Hospital João Paulo II), ambos sob a gestão estadual.

O objeto deste estudo foi o desempenho de dois hospitais que aderiram ao Programa de Reestruturação e Contratualização de Hospitais Filantrópicos do SUS, no período de 2010 a 2016. Esta adesão se deu por meio de um convênio de metas celebrado entre o gestor municipal da saúde de São José do Rio Preto/SP e estes dois hospitais. O primeiro hospital, denominado A, de maior porte e complexidade, com 228 leitos hospitalares sendo 145 leitos contratualizados com o SUS no período estudado, distribuídos entre clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, disponibilizou o maior número de procedimentos e internações para a prestação dos serviços, recebendo um maior aporte de valores referentes ao cumprimento das metas. O segundo hospital, denominado B, de menor porte, complexidade e resolatividade, com 104 leitos hospitalares sendo 99 contratualizados com o SUS no período estudado, também distribuídos nas quatro especialidades básicas, ofereceu uma menor quantidade de procedimentos e internações, recebendo um menor aporte de recursos. Ambos atendiam urgências e procedimentos eletivos, sendo referência apenas para o município de São José do Rio Preto. Excetuando-se a patologia clínica e anatomopatológica que foram terceirizados, os serviços ambulatoriais eram prestados dentro dos hospitais.

Foi realizado um estudo de caso com levantamento e análise exploratória dos dados, e avaliação normativa do cumprimento de metas de desempenho, segundo determinação contratual 10. Utilizou-se o banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto/SP, que contém todos os dados quantitativos e qualitativos necessários ao levantamento.

A avaliação do desempenho se deu por meio do alcance de metas quantitativas e qualitativas. As metas quantitativas foram medidas por indicadores de procedimentos ambulatoriais e internações, definidos em Plano Operativo Anual por meio da Ficha de Programação Orçamentária. As metas qualitativas foram medidas por indicadores de

acompanhamento relacionados a cinco eixos de desempenho de qualidade: a atenção à saúde, as políticas prioritárias do SUS, gestão hospitalar, desenvolvimento profissional e incorporação tecnológica, conforme Quadro 1. Ao final de cada quadrimestre a avaliação para se aferir o quanto se cumpriu das metas era realizada por uma Comissão de Acompanhamento do Convênio, composta por membros da Secretaria Municipal de Saúde, representante dos hospitais e do Conselho Municipal de Saúde.

Para a aferição das metas quantitativas computaram-se os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de Média Complexidade da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese, Prótese e Materiais do SUS realizados em cada hospital e cada procedimento teve o mesmo valor que os outros, ou seja, um hemograma, um exame de raio-x ou uma internação teria o mesmo valor na pontuação. O registro desta produção foi feito

em planilhas que comparavam os procedimentos realizados com os valores previamente pactuados, demonstrando o percentual atingido para cada subgrupo de procedimentos ambulatoriais e das internações (tabelas 1 e 2). Foram utilizadas divisões ao nível de subgrupos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS para organizar e quantificar o que foi realizado anualmente em relação ao que foi pactuado. A agregação dos dados em anos teve o propósito de resumir e facilitar a explanação dos resultados das metas quantitativas, embora as avaliações fossem realizadas quadrimestralmente.

Para o cálculo do repasse financeiro, ficou estabelecido que o pagamento de 90% do valor total contratual em Reais, da produção de Média Complexidade, estaria atrelado ao cumprimento das metas quantitativas. Definiu-se então um escalonamento em percentual para o cumprimento destas metas, de maneira que, ao se atingir 95 % ou

Quadro 1. Matriz dos indicadores das metas qualitativas.

		INDICADOR
ATENÇÃO À SAÚDE		Disponibilizar ao gestor a agenda de marcação de consultas especializadas e exames, gerenciados pelo Complexo Regulador Municipal, de acordo com a pactuação para o quadrimestre avaliado.
		Disponibilizar a informação do agendamento dos procedimentos cirúrgicos eletivos (AIHs).
		Projeto de realização de cirurgias eletivas de média complexidade para o SUS, conforme a quantidade preconizada e pactuada com o prestador.
		Atendimento de demandas da SMS não previstas em contrato.
POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS	HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR	Horários de visita.
		Satisfação dos clientes internos e externos.
		Acompanhante.
		Contrarreferência das internações.
		Exames ou relatório médico pormenorizado quando solicitado pelo Órgão Gestor ou Paciente.
		Disque Saúde e Ouvidoria.
		Divulgação do Disque Saúde.
		Programação de alta do paciente dependente
	ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL	Políticas de incentivo ao aleitamento materno.
		Avaliação da anóxia neonatal
		Taxa de Partos Vaginais
		Agendamento para acolhimento do RN e da puérpera, na Unidade de Saúde de origem, até 7 dias após a alta hospitalar.
	POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS	Manutenção da Farmácia de acordo com as normas da ANVISA.
Promoção do uso racional de medicamentos, observando a adoção de medicamentos do REMUME, por ocasião da alta hospitalar.		
SAÚDE DA MULHER	Implantação e atuação dos Comitês de Mortalidade Materna e Neonatal.	

		INDICADOR
POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS	HIV/DST/AIDS	Número de testes rápidos para HIV em parturientes que não apresentem testes HIV no pré-natal, conforme protocolo.
		Realização de VDRL confirmatório conforme Port. 2.104/GM de 19/11/02.
	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	Atender aos atendimentos de Urgência/Emergência conforme pactuado.
		Demanda espontânea de urgência nas internações.
		Demanda espontânea de urgência no ambulatório.
		Conformidade do diagnóstico relatado ao médico regulador (SAMU), com o detectado pelo médico supervisor hospitalar.
		Integração com a Central de Regulação para Cirurgias Eletivas
		Elaboração de dois Protocolos por patologia, em conjunto com a D.U.E.-S.M.S., por quadrimestre.
GESTÃO HOSPITALAR	Taxa Global de Ocupação.	
	Atas das últimas reuniões das comissões de Revisão de Prontuário, Óbito, Ética Médica, Farmacologia e Infecção hospitalar.	
	Cadastro do último mês do quadrimestre.	
	Internações recidivantes em pacientes portadores de patologias crônicas.	
	Diminuição das glosas de procedimentos de média complexidade.	
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	Capacitação permanente e aperfeiçoamento dos profissionais que atuam no hospital.	
INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA	Incorporar novas tecnologias - humanas e/ou materiais.	

mais das metas quantitativas, o hospital receberia o total dos recursos referentes às metas quantitativas; ao atingir entre 81 e 94 % das metas receberia 80 % do valor; entre 70 e 80 % do cumprimento receberia 70 %; menos que esta porcentagem receberia 50% do pactuado e o contrato seria revisto.

Para a aferição das metas qualitativas, estabeleceu-se uma matriz de indicadores referentes a cada eixo de qualidade, onde cada indicador recebeu uma pontuação de acordo com o alcance da meta. Os indicadores tiveram pesos diferentes considerando a agregação de qualidade que cada um traria à assistência. A somatória de todos os pontos de todos os indicadores, no total de 1.600 pontos, equivaleria ao cumprimento do total das metas qualitativas. Para o cálculo do repasse financeiro, ficou estabelecido que o pagamento de 10% do valor total contratual em Reais da produção de Média Complexidade estaria atrelado ao cumprimento destas metas qualitativas, ou seja, de maneira complementar ao pagamento de 90% das metas quantitativas. Seu repasse também foi escalonado, sendo que no cumprimento de 85% ou mais das metas qualitativas o hospital receberia o valor total; se cumprisse entre 75 e 84%, receberia 85% deste montante e se cumprisse entre 51 e 74%, receberia o equivalente a 75%, mínimo de 50% do cumprimento receberia 50% do valor contratado.

Em 2015, houve uma revisão contratual, onde o repasse referente às metas quantitativas passou a 60% da produção de Média Complexidade e 40% para as metas qualitativas. Um novo escalonamento para o cumprimento das metas foi estabelecido, passando a valer para ambas as metas: 90 a 100% do cumprimento do alcance das metas equivalem ao recebimento do total; 75 a 89 % recebem 85% do valor; 51 a 74% recebem 75% do valor; menos que isto recebe 50% do valor.

Resultados

Os resultados da Tabela 1 mostram que no período de 2010 a 2016, os subgrupos de Diagnóstico em laboratório clínico, Diagnóstico por radiologia, Métodos diagnósticos em especialidades e Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos atingiram o quantitativo pactuado com o gestor; para os demais subgrupos houve um desempenho heterogêneo, sendo que o subgrupo Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológica atingiu as metas apenas entre 2010 e 2012. Isto também ocorreu com Diagnóstico por ultrassonografia e Diagnóstico por endoscopia; Tratamentos clínicos (outras especialidades) conseguiram cumprir as metas entre 2012 e 2016; Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa

Tabela 1. Percentual dos procedimentos ambulatoriais e internações realizadas em relação ao pactuado de Média Complexidade no hospital A, São José do Rio Preto/SP, 2010 – 2016.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS TABELA SUS HOSPITAL A	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Diagnóstico em laboratório clínico	133	124	118	107	121	118	106
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	96,4	101	97	83,8	68,7	92,5	91,7
Diagnóstico por radiologia	97	103	191	115	125	117	113
Diagnóstico por ultrassonografia	106	91,1	120	52,3	64,3	81,8	79,6
Diagnóstico por endoscopia	99,8	93	119	79,1	80,8	94,2	107
Métodos diagnósticos em especialidades	109	131	140	150	147	152	179
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	109	123	345	134	119	92	102
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	62,3	76,2	339	392	423	289	369
Terapias Especializadas	63,9	47,2	0	0	0	0	0
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	71,7	74	313	81,2	79,3	64,8	91,5
Cirurgia das vias aéreas superiores, da cabeça e do pescoço	0	0	8,33	0	248	846	1933
Cirurgia do aparelho da visão	63,2	90,3	74,1	101	116	98,5	105
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	0	617	0	1613	277	117	127
Cirurgia do sistema osteomuscular	50,6	32,7	596	50,7	12,5	21,5	31,5
Cirurgia de mama	0	0	0	0	0	16,7	0
Cirurgia do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0
Outras cirurgias	0	0	0	0	0	117	11,1
Sedação	27,8	30,6	39,6	117	45,5	0	75,9
Internações Tabela SUS hospital A	97	103	124	100	103	115	88,6

Tabela 2. Percentual dos procedimentos ambulatoriais e internações realizadas em relação ao pactuado de Média Complexidade no hospital B, São José do Rio Preto/SP, 2010 – 2016.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS TABELA SUS HOSPITAL B	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Diagnóstico em laboratório clínico	120,8	124,1	95,0	112,8	121,0	155,5	98,6
Diagnóstico por radiologia	123,7	157,0	175,1	181,9	156,0	178,3	104,9
Diagnóstico por ultrassonografia	129,7	97,7	111,4	97,8	64,1	96,6	94,0
Diagnóstico por endoscopia	117,3	74,8	87,5	105,0	90,2	62,8	31,9
Métodos diagnósticos em especialidades	97,8	74,4	79,6	79,3	87,7	55,7	30,3
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	99,2	108,7	129,0	151,8	157,1	85,4	190,8
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	264,8	299,9	206,6	280,4	229,7	249,8	36,7
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	200,0	151,2	121,2	140,2	103,0	78,5	100,9
Cirurgia das vias aéreas superiores, da cabeça e do pescoço	8,3	0,0	0,0	133,3	666,7	683,3	10,0
Cirurgia do aparelho da visão	29,8	63,5	113,8	106,9	251,5	126,8	148,5
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0
Cirurgia do sistema osteomuscular	258,3	303,6	397,2	283,3	286,1	588,9	60,8
Cirurgia do aparelho geniturinário	125,0	200,0	291,7	116,7	166,7	158,3	7,4
Outras cirurgias	8,3	8,3	33,3	8,3	33,3	8,3	0,0
Sedação	36,1	11,1	61,1	58,3	47,2	18,5	1,1
Internações Tabela SUS	107,0	104,9	123,2	184,6	92,6	97,8	89,1

cumpriram as metas somente no ano de 2012; Cirurgia das vias aéreas superiores, da cabeça e do pescoço atingiu as metas em 2014 e 2015; Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal atingiu as metas em 2011, 2013, 2014 e 2015; Cirurgia do aparelho da visão atingiu metas entre 2013 e 2015; os demais subgrupos não atingiram as metas pactuadas em percentual em nenhum ano. Em relação às internações, em todos os anos as metas foram alcançadas.

A Tabela 2 mostra o mesmo procedimento de tabulação que foi realizado para o hospital B. Observa-se que para os subgrupos de Diagnóstico em laboratório clínico, Diagnóstico por radiologia, Tratamentos clínicos (outras especialidades), Cirurgia do sistema osteomuscular e Cirurgia do aparelho geniturinário, as metas foram alcançadas em todos os anos; no subgrupo Diagnóstico por ultrassonografia somente em 2014 não se atingiu as metas; em Diagnóstico por endoscopia

Tabela 3. Resumo dos percentuais atingidos em relação às metas quantitativas e qualitativas nos prestadores A e B, por quadrimestre, 2010 a 2016.

	1º QUADRIMESTRE				2º QUADRIMESTRE				3º QUADRIMESTRE			
	HOSPITAL B		HOSPITAL A		HOSPITAL B		HOSPITAL A		HOSPITAL B		HOSPITAL A	
	Qt.	Ql.	Qt.	Ql.	Qt.	Ql.	Qt.	Ql.	Qt.	Ql.	Qt.	Ql.
2010	117	95	141	NR	145	93	100	NR	122	96	128	NR
2011	137	91	126	90	132	85	118	94	122	88	115	92
2012	108	103	115	97	105	91	119	98	97	89	180	NR
2013	98	96	100	89	139	96	121	91	119	93	105	92
2014	111	98	105	94	134	74	121	92	121	91	124	91
2015	147	99	111	100	150	84	112	100	135	95	117	95
2016	95	92	106	100	108	97	105	89	100	97	107	97

Qt.= Quantitativa Ql.= Qualitativa NR= não realizado

somente em 2010 e 2013 foram alcançadas as metas pactuadas; em Métodos diagnósticos em especialidades somente em 2010 as metas foram atingidas; em Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos e Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa atingiram-se as metas entre 2010 e 2014; para as Cirurgias das vias aéreas superiores, da cabeça e do pescoço as metas foram alcançadas entre 2013 e 2015; em Cirurgia do aparelho da visão o alcance das metas se deu entre 2012 e 2015; os demais subgrupos em nenhum ano atingiram as metas que foram pactuadas em procedimentos ambulatoriais. Para as internações, somente no ano de 2014 as metas não foram completamente atingidas.

A Tabela 3 mostra o desempenho em percentual das metas quantitativas e qualitativas em relação ao pactuado com os prestadores A e B, subdivididos em quadrimestre de cada ano avaliado. O desempenho das metas quantitativas já computa os valores dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares somados, como previa o contrato de metas. Foi pelo desempenho das metas mostrado nesta tabela que efetivamente se baseou os repasses financeiros aos hospitais. O hospital B não atingiu as metas nos segundos quadrimestres dos anos de 2014 e 2015, sendo que em 2014 não pontuou para os indicadores de reclamação ao Disque Saúde, taxa de partos vaginais, atendimento às urgências e emergências conforme o pactuado, taxa de ocupação hospitalar e glosas de procedimentos de Média Complexidade; e o hospital, em 2015, não conseguiu pontuação novamente em taxa de ocupação hospitalar e

glosas. O hospital A, no segundo quadrimestre de 2016, não pontuou nos indicadores de protocolos clínicos de urgência e emergência, elaboração de ata da Comissão de Farmacologia e glosas de média complexidade.

Discussão

A contratualização de hospitais para prestação de serviços em saúde aos usuários do SUS tem sido uma tendência no cenário nacional, a exemplo de experiência em diversos países desenvolvidos, e tem se mostrado como uma modalidade que integra as ferramentas da chamada Nova Gestão Pública (NPG), na busca por mais qualidade e eficiência dos serviços oferecidos^{4,6,9}. Permite a combinação de sistemas mistos de alocação de recursos para os prestadores privados, com ou sem fins lucrativos, onde a orçamentação global e o pagamento prospectivo por procedimentos se aliam ao alcance de metas, buscando lidar com recursos financeiros de maneira previsível e quantificável em relação ao que está sendo produzido, e balizado por desempenho que atenda às necessidades do gestor da saúde e da população^{3,15}. O modelo de contratualização utilizado neste estudo seguiu o preconizado pelas portarias do Ministério da Saúde, utilizando a lógica acima de alocação atrelada ao desempenho de metas^{10,13}.

As tabelas 1 e 2 mostram o que foi realizado em procedimentos de Média Complexidade, segundo a pactuação de metas quantitativas para cada hospital, demonstrando um alcance

heterogêneo dessas metas no que concerne aos subgrupos de procedimentos ambulatoriais, com desempenho diferente para o mesmo subgrupo em anos distintos, nos dois hospitais. Isto sugere que a manutenção da oferta destes serviços sofreu uma flutuação no decorrer dos anos, possivelmente por problemas relacionados à estrutura ou processos de trabalho, flutuação esta que não é infrequente nos hospitais que fazem parte da rede de atendimento do SUS. Entretanto, como se considerou a somatória de todos os procedimentos para a pontuação final das metas quantitativas, um subgrupo que não tenha atingido as metas pactuadas foi compensado por outro subgrupo que tenha suplantado a sua meta, como se observa no subgrupo de Diagnóstico em laboratório clínico que extrapola em mais de 20% os valores pactuados, ao passo que exames de mais difícil acesso aos usuários do SUS, como exames endoscópicos e de ultrassonografia, não raramente ficam aquém do pactuado. Isto sugere um viés deste modelo, pois não há pesos diferentes para procedimentos distintos, o que pode levar o prestador a investir na realização de procedimentos de menor custo, atingindo a meta quantitativa total de maneira mais fácil e menos onerosa, muitas vezes sem corresponder às reais necessidades da assistência^{5,7}.

Para as internações, com exceção do ano 2014, no hospital B, as metas foram atingidas inclusive com um alcance de mais de 184% para este mesmo hospital no ano de 2013, o que sugere uma deficiência no controle regulatório destas internações, além de uma morosidade em adequar os parâmetros das metas para internação, pois no ano anterior estas metas já tinham alcançado mais de 123%. Esta extrapolação de metas de internações também ocorreu no hospital A em 2012, o que corrobora a interpretação de deficiências no setor de regulação.

Ao analisarmos o desempenho das metas qualitativas, observa-se que o hospital B no segundo quadrimestre dos anos de 2014 e 2015 não atingiu a quantidade de pontos necessários para o repasse integral dos valores. Isto também aconteceu com o hospital A no segundo trimestre de 2016. A primeira observação é que para o desempenho qualitativo houve mais dificuldade em se atingir as metas, o

que mais uma vez reforça a interpretação de que indicadores com pesos diferentes, como é o caso dos indicadores de qualidade neste modelo de contratualização, e proporcionais à importância que tem na assistência, geralmente possuem grau de dificuldade maior para sua execução, o que exige mais do prestador, podendo levar ao fracasso no alcance de metas. Isto pode ser observado em relação aos partos vaginais, glosas de procedimentos e taxa de ocupação hospitalar que dependem de melhorias na gestão hospitalar, além de mudanças em processos e trabalho médico, o que nem sempre é conseguido. Outra possível interpretação, é que neste tipo de avaliação existe um grau significativo de subjetividade para se atribuir a pontuação, e assim uma comissão avaliadora com maior grau de exigência tende a atribuir uma pontuação menor e o contrário também sendo provável⁷. Também se observa que durante o período de 2010 a 2015 não houve mudança na proporção entre as metas quantitativas e qualitativas, permanecendo 90% do valor repassado atrelado às metas quantitativas e 10% às qualitativas, contrariando uma orientação do Ministério da Saúde para que estas proporções diminuíssem em 5% a cada revisão contratual¹¹. Após a revisão contratual em 2015 e mudanças nas proporções do pactuado entre as metas, com aumento das qualitativas e diminuição das quantitativas, não houve tempo de abrangência do estudo suficiente para avaliação de possível impacto destas mudanças, na qualidade da prestação dos serviços destes hospitais.

Considerações finais

O modelo de contratualização com os hospitais filantrópicos trouxe importante inovação na forma do estado se relacionar com o setor privado na atenção à saúde hospitalar, consolidando a noção de que o financiamento da saúde pode e deve buscar novos modelos, uma vez que os recursos são finitos e escassos. A busca por qualidade atrelada ao desempenho deve ser um objetivo constante. As distorções apontadas neste trabalho refletem o que há muito se observa na relação do público frente ao privado, onde não raramente os interesses privados se sobrepõem ao do coletivo. Isto se observa tanto

no cumprimento ou no não cumprimento das metas quantitativas e qualitativas^{4,7}.

Outro aspecto é o da gestão destes contratos, onde o gestor deve estar preparado e atento às necessidades na assistência ambulatorial e hospitalar, observando critérios técnicos e epidemiológicos na elaboração das metas, e desenvolvendo indicadores adequados que realmente meçam o desempenho da prestação de serviços. Uma postura dinâmica e atenta ao desempenho dos serviços prestados é fundamental para o sucesso desta modalidade de gestão contratual.

Referências bibliográficas

1. De Negri Filho AA, Campelo Santos da Fonseca F. Modelos de financiamento e remuneração da atenção à saúde pública no Brasil Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; Traducción 2015.
2. Giovanella L. (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª ed. Ver. E amp./organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
3. Ugá MAD, Lima SML. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços à saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/lpea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 135-168. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.
4. Lima SML. Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais; o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro : s.n., 2009.
5. Cylus J, Irwin R. The challenges of hospital payment systems. The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, Autumn 2010 Volume 12, Number 3.
6. Gruening G. Origin and theoretical basis of New Public Management. International Public Management Journal 4 (2001) 1–25.
7. Paulus Júnior A. Alocação de recursos condicionada ao desempenho de prestadores de serviços de saúde: o caso das contratualizações de hospitais por uma Secretaria Municipal de Saúde no Brasil. Tese (Doutor em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Rio de Janeiro, 2013.153 f.: il.
8. Giacomini CH. Gestão para Resultados em Curitiba: a experiência de Contratualização. / organizado por Carlos Homero Giacomini. Curitiba, Instituto Municipal de Administração Pública - IMAP, 2009 146p.: X.
9. Diniz VCA. A Influência das Políticas de Financiamento no Desempenho Econômico-Financeiro dos Hospitais Públicos Portugueses. O caso da Contratualização nos Hospitais E.P.E. Dissertação (Mestrado) em Contabilidade e Finanças apresentada - Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal, 2013.
10. BRASIL. PORTARIA Nº 1.721/GM DE 21 DE SETEMBRO DE 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1721_15_09_2005.html
11. BRASIL. PORTARIA Nº 635 DE 10 DE NOVEMBRO DE 2005. Publica o Regulamento Técnico para a implantação e operacionalização do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: < http://www.saude.ba.gov.br/dicon/PORTARIA_635_FILANTROPICOS.pdf>.
12. BRASIL. PORTARIA Nº 284 DE 18 DE ABRIL DE 2006. Define o fluxo para operacionalização do processo de contratualização no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde.
13. BRASIL. PORTARIA Nº 3.410, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html>
14. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed. -Porto Alegre : Bookman, 2001.
15. Oliveira HC. Desempenho do contrato de gestão e a situação econômico-financeira dos hospitais gerais administrados por organizações sociais de saúde: uma análise no Estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.272 p.

DATA DE SUBMISSÃO: 23/03/2017

DATA DE ACEITE: 21/05/2017