

**PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS  
FILANTRÓPICOS NO SUS: UMA AVALIAÇÃO DO EIXO DE FINANCIAMENTO**

**CÉSAR AUGUSTO NEVES**

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUDESTE DE MINAS GERAIS (IFSEMG)  
cesarnevessjdr@yahoo.com.br

**PATRÍCIA APARECIDA FERREIRA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)  
patty82@yahoo.com.br

**DANY FLÁVIO TONELLI**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)  
danytonelli@dae.ufla.br

# PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO SUS: UMA AVALIAÇÃO DO EIXO DE FINANCIAMENTO

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 instituiu a saúde pública como direito de todos e dever do Estado. O que antes era uma prestação de serviços fragmentada e excludente passou a integrar uma estrutura única e descentralizada, de assistência integral e universal.

Em um país extenso e populoso como o Brasil, garantir este direito a todos, gerir e financiar todas estas ações exige grandes esforços e dispêndios. Nestes quase trinta anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS) tivemos diversas outras leis e normativas que constantemente vêm aprimorando-o, mas a qualidade do atendimento ainda é questionável e o crônico problema do financiamento está longe de uma solução (QUINTELLA, 2007; SILVA, 1996; BARBOSA e ELIAS, 2010).

A defesa dos princípios constitucionais da universalidade e da integralidade do serviço de saúde, para a construção de uma cidadania plena e efetiva, contrasta com a problemática do financiamento. O processo de construção e aprimoramento do SUS desenvolve-se sobre esse “cabo de guerra”, opondo a visão sistêmica, integral e integradora com a visão economicista, contábil-financeira, que busca a racionalidade de gastos como forma de equilíbrio (QUINTELLA, 2007).

O Estado é historicamente frágil na prestação de serviços de saúde, em especial os serviços hospitalares e de diagnóstico, e nunca conseguiu assumir toda a assistência (QUINTELLA, 2007). Como alternativa a esta deficiência de estrutura, a Constituição Federal permite, em seu artigo 199, que a iniciativa privada possa participar desta prestação de serviços de forma complementar, tendo prioridade as instituições filantrópicas e as sem fins lucrativos.

É neste cenário que se inserem os hospitais filantrópicos. Com origem ainda no período da colonização do país, estas organizações sempre tiveram como objetivo atender às pessoas carentes e necessitadas de serviços básicos de saúde que o Estado não garantia. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os hospitais considerados filantrópicos, correspondem a 1/4 das unidades hospitalares e da disponibilidade de leitos do SUS (BARBOSA, 2003; 2004).

O setor hospitalar filantrópico possui um papel estratégico para o SUS, sendo, muitas vezes, o único prestador de serviços hospitalares em municípios do interior, e também como prestadores de serviços de maior complexidade hospitalar em capitais e cidades de maior porte (BARBOSA, 2003). Considerando a fragilidade econômica e gerencial observável em parte significativa deste segmento, ameaçando a sua sobrevivência, é emergente a necessidade de mudanças na atenção hospitalar brasileira visando melhorias na assistência, na gestão e no financiamento (BARBOSA, 2004).

Na parceria que se dá entre as duas partes é dever da unidade hospitalar prestar os serviços contratados e administrar as despesas oriundas destes, enquanto cabe ao Estado regular e financiar estas ações. Esta relação contratual normalmente se resumia em transferências financeiras para pagar procedimentos ambulatoriais e/ou hospitalares. Esta lógica de pagamento por produção foi quebrada com a criação, em 2005, do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (Portaria GM/MS nº 1.721/2005), nos moldes do que foi adotado junto aos hospitais de ensino e aos de pequeno porte desde 2003 (COUTTOLENC, 2009; CAVALCANTE, 2012).

O objetivo do programa, então, conforme dispõe a Portaria GM/MS nº 1.721/2005, é apresentar alternativas para melhorar a gestão e os resultados dos hospitais, buscando o saneamento das finanças, a superação da crise assistencial e a inserção no sistema locorregional de saúde, observando as demais políticas e princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005).

Assim como em todo o sistema de saúde, o financiamento é uma das principais fontes de problemas desta política pública e acaba influenciando na implementação e nos resultados dos demais eixos de ação, tais como assistência e gestão. Para os hospitais, por exemplo, o subfinanciamento é visível e incessantemente debatido entre as principais instituições representativas das partes. Esta política de subfinanciamento, transferindo aos hospitais valores abaixo dos custos necessários para a prestação dos serviços contratados, geram preocupantes crises financeiras nestes estabelecimentos (COUTTOLENC, 2009).

Assim, insere-se o problema que orienta a realização desta pesquisa: como tem sido implementado o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS no eixo do financiamento? Este artigo procura, então, avaliar o programa, a partir de um estudo em dois estabelecimentos de saúde contratualizados, de modo a identificar, sob a ótica dos implementadores, os impactos, avanços, lacunas e problemas no eixo do financiamento e comparar os valores financeiros que os hospitais receberiam adotando os modelos de contratação antigo (por produção) e atual (através de metas e incentivos).

O trabalho apresenta um recorte teórico sobre o conceito de políticas públicas e avaliação, bem como uma contextualização do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos. Do mesmo modo, são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para realização da pesquisa, bem como os resultados encontrados e, por fim, as considerações finais.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Políticas Públicas e Avaliação**

As políticas públicas são geralmente definidas como a ação concreta do Estado, ou o “Estado em ação”. Entretanto, há ainda muitas discordâncias de conceitos e explicações entre os grandes estudiosos da área e nenhuma definição consensual (SOUZA, 2006). De forma mais abrangente, consideramos neste trabalho a definição de políticas públicas proposta por Fonseca (2013), que as entende como um processo de decisão política que:

[...] se materializa em objetivos com resultados esperáveis, normalmente vinculados à transformação de uma dada realidade, com vetores distintos, e que envolvem: a) técnicos estatais e não governamentais, burocratas e políticos (tomadores de decisão); b) atores distintos (com “recursos de poder” assimétricos), cenários e conjunturas (por vezes voláteis); c) capacidade e viabilidade de o Estado disponibilizar recursos orçamentários, humanos, legais e logísticos; d) mecanismos de mensuração dos resultados. (FONSECA, 2013, p. 405)

Um dos principais e mais populares modelos de explicação e análise de políticas públicas difundidos é o denominado de “Ciclo de Políticas Públicas”, de Laswell e Jones (1936), que entende a ação governamental como processual, onde há um início e um fim bem delimitados em etapas de formulação, implementação e avaliação (SOUZA, 2006).

A visão fragmentada do ciclo de política pública em etapas tem sido objeto de muitas críticas. Normalmente as etapas ocorrem ao mesmo tempo ou em ordem diferente e, especializar a análise em apenas uma das etapas acaba limitando a visão da política em seu

conjunto. Por outro lado, Fonseca (2013) destaca que o modelo de ciclo de políticas públicas pode ser utilizado para fins mais pedagógicos do que propriamente reais, uma vez que a realidade não apenas é mais complexa do que faz supor estas etapas, como também mais “confusa”.

Considerando a clareza e facilidade que o modelo de ciclo de políticas públicas proporciona aos estudiosos e analistas de políticas públicas na formulação de suas teorias e avaliações (FREY, 2000), a tabela abaixo apresenta as etapas do ciclo e suas particularidades.

<b>CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b>					
<b>FASE</b>	<b>FASE I</b>	<b>FASE II</b>	<b>FASE III</b>	<b>FASE IV</b>	<b>FASE V</b>
	<b>Identificação e institucionalização de um problema</b>	<b>Formulação de soluções e ações</b>	<b>Tomada de decisões</b>	<b>Implementação</b>	<b>Avaliação</b>
<b>ATIVIDADES</b>	Valores, acontecimentos, interesses, demandas e agenda pública.	Elaboração e valoração de respostas, seleção de critérios.	Encontrar uma coalizão majoritária, legitimação	Execução, gestão, efeitos concretos.	Reações, juízo sobre os efeitos, medição, valoração, propostas de reajustes.
<b>ATORES</b>	Partidos, movimentos sociais, grêmios, mídia, políticos, administração pública, ONGs, etc.	Congresso e câmaras legislativas, grêmios, administração pública, organizações políticas e sociais, ONGs, etc.	Congresso e câmaras legislativas, presidente, ministros, governadores, prefeitos.	Administração pública, ONGs, empresas privadas, etc.	Mídia, acadêmicos, administração pública, responsáveis políticos, organizações políticas e sociais, grêmios, afetados, ONGs, etc.

Tabela 1 – Ciclo de políticas públicas: atividades e atores principais (adaptado de Deubel, 2008)

Com relação a etapa da avaliação, vale destacar que esta é um processo complexo que encontra diversas resistências para sua efetiva execução. Após a implementação da política pública, ou durante, pesquisadores internos ou externos podem verificar se os objetivos iniciais foram atingidos, como o processo foi executado e se os insumos foram suficientes e devidamente utilizados. Mais importante ainda é avaliar o impacto que esta ação governamental específica causou nos beneficiários e para a melhoria da sociedade como um todo (MATTOS e BAPTISTA, 2015; COSTA e CASTANHAR, 2003).

As últimas décadas foram de grandes transformações na relação Estado, mercado e sociedade. A emergência dos movimentos sociais na década de 1970 (democratização) e as crescentes demandas dos cidadãos por políticas públicas em oposição aos limites orçamentários do Estado (crise fiscal) exigiram redimensionamento, transparência e maior racionalidade do gasto público e do rendimento dos recursos aplicados, garantindo a eficiência, a eficácia e a efetividade em suas ações (ALMEIDA e PAULA, 2014). A avaliação encaixa-se convenientemente neste novo papel do Estado, sendo uma forma de medir, acompanhar e avaliar o êxito das políticas públicas, de modo a representar um:

(...) instrumento fundamental para se alcançar melhores resultados e proporcionar uma melhor utilização e controle dos recursos nele aplicados, além de fornecer aos formuladores de políticas sociais e aos gestores de programas dados importantes para o desenho de políticas mais consistentes e para gestão pública mais eficaz (COSTA e CASTANHAR, 2003, p. 2).

A avaliação na concepção etimológica do termo significa:

(...) valor, esforço de apreciar efeitos reais, determinando o que é bom ou ruim. Trata-se de um julgamento valorativo, portanto não é um ato neutro, nem exterior às relações de poder, mas um ato eminentemente político que integra o contexto de um programa público, exigindo postura de objetividade e de independência, sendo por natureza uma atividade interdisciplinar (SILVA, 2001, p. 48).

Há diversas definições e delimitações da avaliação de políticas públicas, sendo, em sua maioria, abordagens lineares e estandardizadas, com pouco espaço para a crítica à própria política, desde a sua formulação, e, menos ainda, aos princípios nos quais se alicerça. Para além do mero controle de gastos, emergem abordagens da avaliação como um instrumento de controle social, enfatizando, em seu processo, a análise do contexto social, econômico, político, cultural e organizacional (estrutura, dinâmica, relações de poder, interesses e valores) (ALMEIDA e PAULA, 2014).

Como podemos observar na definição de Silva (2001), não podemos esquecer que a definição de bom ou ruim, êxito ou fracasso, parte de um julgamento subjetivo e conjuntural, envolvendo concepções ideológicas, métodos e enfoques diversos para uma mesma realidade. Diante deste fato, Arretche (2001) considera importante diferenciar os focos de avaliação das políticas públicas, pois cada olhar direcionará a avaliação para uma parte específica da política. Ela apresenta três dimensões da avaliação de políticas públicas: análise de políticas públicas (avaliação das estruturas e instituições, dos processos e dos conteúdos); avaliação política da política (atribuição de valor aos resultados alcançados, a partir de princípios como igualdade, democracia e cidadania); e avaliação de políticas públicas (a avaliação como compromisso do Estado em relação aos cidadãos, visando produzir conhecimento teórico-metodológico, novas práticas de transformação das políticas e transparência das ações públicas).

Apesar de ideal, trata-se de um grande desafio elaborar uma avaliação que possa desenvolver uma interdisciplinaridade, integrando as três dimensões citadas. Uma proposta que vise superar esta limitação precisa apresentar análises e resultados amplos, detalhados e densos. Seria necessário também interpretar os significados culturais, ou seja, os significados da política para aqueles que as formulam, as executam e as vivenciam, buscando compreender por que as políticas funcionam ou falham e identificar as divergências e similitudes entre o que é formulado como política e como esta política se realiza na prática (ALMEIDA e PAULA, 2014).

Diante das limitações práticas a esta pesquisa, adotamos uma avaliação restrita, ao não incorporar todas as dimensões apresentadas por Arretche (2001), do Programa de Restruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, utilizando do modelo de Avaliação de Processo apresentado por Costa e Castanhar (2003), que visa investigar como o programa funciona (etapas, mecanismos, processos e conexões), detectar defeitos na elaboração dos procedimentos, acompanhar e avaliar a execução dos procedimentos de implantação dos programas, identificar barreiras e obstáculos à sua implementação e gerar dados para sua reprogramação, por meio do registro de intercorrências e de atividades. Essa avaliação se realiza concomitantemente ao desenvolvimento do programa, portanto, o uso adequado das informações produzidas permite incorporar mudanças ao seu conteúdo (COSTA e CASTANHAR, 2003). É importante destacar também que tal avaliação parte do ponto de vista dos implementadores da política pública entrevistados nesta pesquisa, de acordo com os procedimentos apresentados na metodologia, com enfoque em um eixo específico do programa, a ser detalhado a seguir.

## 2.2 O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS

A história da relação público-privada através das instituições filantrópicas na área dos direitos sociais, principalmente da saúde, é longa, mas as principais características tendem a permanecer intactas. Os tradicionais instrumentos, tais como subvenção, isenção, utilidade pública, certificado de filantropia, contribuições, taxas e impostos são ainda hoje amplamente utilizados. Temos, contudo, maior formalidade e transparência nestas parcerias, mas sem avançar na consagração dos direitos sociais e da universalização da cidadania. O que se observa é a visão do atendimento prestado como uma caridade, uma esmola, um favor, uma sobra de recursos, sendo ofertado de forma temporária, imediatista, fragmentada e seletiva, intermediada por relações de apadrinhamento e clientelismo, em detrimento de uma ação governamental que visaria suprir, sanar ou prevenir, de forma ampla e indiscriminada, as mazelas da sociedade, permitindo a sobrevivência, a convivência e a autonomia social. Tal configuração apenas reproduz ainda mais a pobreza e a desigualdade social na sociedade brasileira, além de reiterar a dependência de ajuda e de neutralizar demandas e reivindicações (MESTRINER, 2008).

O Estado reconhece estes direitos e assume a responsabilidade apenas com a Constituição Federal de 1988, apresentando seu comprometimento, introduzindo instrumentos de participação social e estabelecendo orçamento próprio para as políticas sociais. Contudo, como exposto anteriormente, mantêm-se na implementação destas políticas instrumentos de apoio às instituições sem fins lucrativos, em vez do Estado assumir a responsabilidade pelas necessidades da população. O apoio se dá às instituições e não à população, comprometendo a efetivação da cidadania. “Estabelece-se nesta área uma complexa relação, que acaba escamoteando o dever do Estado e subordinando a atenção à benesse do setor privado” (MESTRINER, 2008, p. 18).

Nesta pesquisa adentraremos em uma abertura que a Constituição Federal se permite, em seu art. 199, onde define que a iniciativa privada possa participar da prestação de serviços de saúde pública de forma complementar, tendo prioridade as instituições filantrópicas e as sem fins lucrativos. Considerando que o histórico da saúde pública brasileira demonstra sua faceta excludente e segmentadora, o papel das instituições filantrópicas originalmente era o de atender a parcela da população que não tinha acesso às políticas governamentais de saúde. Com a constituição de 1988 temos uma profissionalização desta relação Estado-terceiro setor, exigindo planejamento e organização para inserir o segmento no sistema e integrá-lo às demais políticas e princípios do SUS (MESTRINER, 2008).

A presença do atendimento hospitalar como um dos elementos base da política pública de saúde exige uma atenção especial do Estado, através de metas e estratégias de consolidação da qualidade da assistência e da gestão destes estabelecimentos, assim como na preocupação com a sustentabilidade econômica destes. Os hospitais filantrópicos são parte importante deste segmento assistencial, representando 1/4 dos hospitais do país e sendo, geralmente, a única referência nestes atendimentos nas cidades de pequeno e médio porte (BARBOSA, 2003).

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, criado em 2005, é um importante marco nesta tentativa e visa a melhoria da assistência, da gestão e do financiamento nestes estabelecimentos de saúde através da mudança da forma de pagamento (do pagamento feito a cada procedimento realizado para o pagamento global vinculado à produtividade e ao cumprimento de metas de qualidade).

Além disso, o programa tem por objetivos: assegurar uma perspectiva sistêmica de

rede; a integralidade da atenção e o alinhamento com as políticas prioritárias do SUS; facilitar e dinamizar os processos de avaliação, controle e regulação dos serviços ofertados; promover maior transparência na relação com o gestor local do SUS; ampliar os mecanismos de participação e controle social; promover maior comprometimento dos profissionais da instituição; incentivar o uso racional dos recursos e a incorporação de tecnologias da informação; incentivar a formação de equipes multiprofissionais e da horizontalidade da organização do trabalho; promover, através de indicadores, a segurança dos pacientes, identificando-os corretamente, melhorando a comunicação entre os profissionais de saúde, controlando melhor a prescrição, uso e administração de medicamentos e estabelecendo processos mais exigentes de higienização para evitar infecções; e possibilitar o questionamento e enfrentamento dos arranjos de poder institucional (CAVALCANTE, 2012).

A Portaria nº 1.721/05, que criou o programa, foi revogada e aprimorada pela Portaria nº 3.410/13. Esta alteração na norma foi necessária para encaixar o programa na Política Nacional de Atenção Hospitalar, criada em 2013, que prevê uma melhoria no financiamento hospitalar e na busca pela qualidade desta assistência. A Política Nacional de Atenção Hospitalar estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde, focando na assistência, na gestão, na formação, no desenvolvimento e gestão da força de trabalho, no financiamento, na contratualização e nas responsabilidades de cada esfera de gestão. Está também interligada às Políticas Nacionais de Regulação, de Atenção Básica, de Atenção à Urgência, de Humanização, dentre outras (BRASIL, 2013a).

A Contratualização como um mecanismo de planejamento, avaliação, controle e regulação proposto por esse programa estabelece metas quantitativas e qualitativas em dois eixos – assistência e gestão – rompendo então com a lógica de pagamento por produção (BRASIL, 2005; 2013b; QUINTELLA 2007; CAVALCANTE, 2012). As metas quantitativas referem-se à quantidade de procedimentos realizados pelo hospital no período avaliado. As metas qualitativas enquadram desde a redução da mortalidade ou infecção hospitalar até a participação de funcionários do hospital em cursos de gestão. O percentual referente às metas qualitativas aumentaria gradativamente a cada período avaliado até atingir 50% do valor a ser recebido. Os recursos financeiros, portanto, vincular-se-iam cada vez mais ao cumprimento de metas de qualidade e desempenho e seriam menos influenciados pela quantidade de serviços prestados (QUINTELLA, 2007; CAVALCANTE, 2012).

Para auxiliar neste processo, o Ministério da Saúde instituiu o IAC – Incentivo de Adesão à Contratualização, substituído pelo IGH – Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar, através da Portaria 3.410/13. Trata-se de um recurso extra à produção destas unidades que tem como função estimular o investimento em qualificação profissional e em melhorias nos processos administrativos, sem prejuízo às causas assistenciais. Destina-se a cada hospital filantrópico contratualizado a quantia referente a 50% do valor contratado para os procedimentos de média complexidade (BRASIL, 2013b).

A lógica do pagamento por produção, como dito anteriormente, dá espaço à orçamentação global mista, conforme estabelecido pela portaria que cria o programa (2005) e distribuída da seguinte forma:

- a) **Parcela pós-fixada:** continua nos mesmos moldes anteriores, pagando-se por produção os serviços considerados de alta complexidade ou financiados pelo FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, além de políticas prioritárias ou especiais instituídas pelos governos federal ou estadual (Rede de Urgência e Emergência, Campanha de Cirurgias Eletivas, dentre outros);
- b) **Parcela pré-fixada:** passa a ser formada pela média da produção na média complexidade em um determinado período, além dos incentivos a que tem direito a instituição

(IGH, Integrasus). Estes valores são revistos apenas quando há alguma alteração no nível de produção ou nas quantidades pactuadas e estão atrelados ao cumprimento de metas.

Quando os hospitais não conseguem cumprir alguma das metas temos um desconto proporcional no valor devido (média dos últimos doze meses). Os incentivos não sofrem descontos. Temos assim uma lógica de penalização pelo descumprimento de metas, em vez de um sistema de incentivo ao cumprimento destas (BRASIL, 2005).

A tabela de preços adotada pelo Ministério da Saúde passa a ser apenas uma referência, considerando que o pagamento não estará diretamente vinculado a ela. Utiliza-se da tabela para a formação das parcelas a serem pagas e na repactuação das metas, mas durante a execução do contrato são as metas físicas e de qualidade que determinam o montante real a ser recebido pela prestação dos serviços (BRASIL, 2005; 2013b).

Para o sucesso deste programa, surge a necessidade de estabelecer um processo dinâmico e sistêmico de acompanhamento e avaliação. É para estes fins que se prevê a constituição das comissões permanentes de acompanhamento de contratos. Estes grupos, formados por representantes do órgão gestor do SUS municipal/estadual, dos governos municipais abrangidos, dos hospitais e de representantes da sociedade (Conselho de Saúde), passam a ser a peça chave de todo o processo, pois serão através de suas reuniões que as metas serão traçadas, o papel do hospital na rede será definido, as necessidades de saúde da população serão negociadas e os recursos financeiros serão estabelecidos. Todos os atores devem estar em sintonia e buscando um objetivo comum (BRASIL, 2005; 2013b).

Esta antecipação e conhecimento prévio dos valores a que tem direito a instituição permitem um melhor planejamento orçamentário e de fluxo de caixa. Contudo, a contrapartida dos hospitais pelos recursos recebidos passa a ser constituída em dois eixos, acrescentando as metas de gestão e de melhoria na assistência à tradicional prestação de serviços. Temos nesse programa uma inovação, representada pela quebra da relação procedimento versus pagamento. Nos moldes anteriores não havia incentivo à reestruturação hospitalar, nem o incentivo à qualificação profissional, à reformulação de processos e à renovação tecnológica. É justamente no eixo da gestão que deverão ser quebrados antigas estruturas administrativas, permitindo a implementação de ações efetivas para a busca do resultado financeiro positivo (QUINTELLA, 2007).

Contudo, estas mudanças não são simples e imediatamente aplicáveis, como se pode supor e, normalmente, quem mais sente o impacto são os hospitais contratados. Enquanto os demais atores apenas participam do levantamento de demandas e a avaliação dos resultados, cabem aos hospitais toda a adaptação a esta nova realidade. É complexa, por exemplo, a desvinculação da produção com o valor recebido. Boa parte dos profissionais que irão cuidar dos pacientes diretamente, como os médicos e os fisioterapeutas, são autônomos, ou seja, prestam serviços ao hospital e seus rendimentos continuam sendo por produção. Trata-se de um novo processo gerencial árduo não apenas para administrar e direcionar os recursos, mas também para cumprir as metas qualitativas, considerando que o contrato ou acordo com estes profissionais são restritos às questões quantitativas. É um conflito a ser administrado e que não é compartilhado com os outros atores da comissão de acompanhamento (LIMA, 2012; COUTTOLENC, 2009).

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS busca, portanto, através de intervenção em três eixos (financiamento, gestão e assistência), mudar a atenção hospitalar neste segmento do sistema de saúde, visando os objetivos acima descritos. Cabe a esta pesquisa, diante do exposto, avaliar o programa a partir do eixo do financiamento, descrevendo como este se dá nos estabelecimentos selecionados e as consequências observadas.



### **3 METODOLOGIA**

Para avaliar o eixo de financiamento que integra o Programa de Contratualização e Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos em dois estabelecimentos de saúde, foi realizada uma pesquisa qualitativa e quantitativa. Os hospitais estudados estão localizados em um município de médio porte de Minas Gerais, com gestão plena do sistema municipal.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com os administradores dos dois hospitais filantrópicos participantes do programa (H) e com os demais integrantes da comissão de acompanhamento: gestor local do SUS (GM) e os representantes do governo estadual (GE), dos municípios da microrregião (GR) e do conselho de saúde (CM), totalizando doze entrevistados. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas conforme o método de análise de conteúdo. Por meio da análise de conteúdo foi possível identificar o significado que cada entrevistado exterioriza em seu discurso (CHIZZOTTI, 2006).

Além disso, foram selecionados e avaliados documentos (contratos, planos operativos, relatórios, atas de reuniões) e coletados dados quantitativos/financeiros nas bases de dados do DATASUS. Foi selecionado como referência para a coleta desses dados quantitativos o intervalo entre 2011 e 2016 para comparar o perfil assistencial, a produção e os valores financeiros que os hospitais receberiam adotando os modelos de contratação antigo (por produção) e atual (através de metas e incentivos).

### **4 ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Uma das principais mudanças trazidas pelo Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS foi a alteração do método de financiamento. Antes da adesão ao novo tipo de contratação junto ao governo local, os hospitais recebiam de acordo com sua produção, ou seja, o valor referente a cada internação, definido pela tabela de procedimentos do SUS. Com a contratualização, os pagamentos mensais passam a ser definidos pela média dos últimos períodos avaliados e inserem-se metas nos eixos da gestão e da assistência que podem impactar no valor a ser recebido. Os procedimentos de alta complexidade, leitos de UTI e os serviços financiados por programas especiais do Ministério da Saúde continuam sendo pagos por produção.

Todo atendimento realizado nos hospitais para o SUS, seja ele ambulatorial ou hospitalar (sem e com internação, respectivamente), deve ser registrado nos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, desenvolvidos e acompanhados pelo DATASUS. Os procedimentos ambulatoriais são processados no SIA e os hospitalares no SIHD. Cada um destes sistemas possui suas particularidades, tendo o SIHD uma complexidade maior. As internações são registradas por completo, com a relação de todos os procedimentos realizados e por quais profissionais, as órteses e próteses eventualmente utilizadas, se houve internação em leito de UTI, além dos dados pessoais e clínicos do paciente e do período que durou a internação.

Essa informação, contudo, não é utilizada para o pagamento dos serviços, neste momento. Os valores mensais da média complexidade são pagos em parcelas pré-fixadas, ou seja, independente do que foi realizado no hospital neste mês, o valor que eles irão receber já é conhecido previamente e não é alterado em função da produção no curto prazo. Apenas depois de uma avaliação da média, a cada quatro meses, é feita uma revisão dos valores. Mas, segundo os entrevistados, essa é apenas a teoria do programa. Na prática há outras limitações.

Nós não conseguimos ir aumentando gradativamente a parcela pré-fixada porque o valor que recebemos do Ministério da Saúde não permite. Se recebemos X, podemos pagar ao hospital no máximo X, independente do que eles produzam. (GM1)

Há muitos meses que não temos revisão nos valores das parcelas pré-fixadas porque a Secretaria de Saúde não analisa nossa série histórica. Estamos congelados nesse valor há muito tempo. (H1T)

Já que não vão nos pagar nada a mais por isso, preferimos deixar na gaveta e apresentar só o que corresponde ao valor da parcela pré-fixada. (H2T)

A estratégia de manter as AIHs na “gaveta”, ou seja, sem o processamento e a baixa na Secretaria Municipal de Saúde, é comum nos dois hospitais, serve de barganha para indicar o montante da dívida do governo com eles e para buscar recursos extras junto a outras esferas.

O financiamento hospitalar no SUS, como visto, é mais complexo do que as já complexas regras da Contratualização. A Secretaria Municipal de Saúde repassa aos hospitais o valor que recebem do Fundo Nacional de Saúde, do Governo Federal. Neste valor está incluído a média complexidade e os incentivos. Segundo os representantes dos hospitais, estes valores são insuficientes até mesmo para pagar os custos dos procedimentos realizados.

Essa diferença que sobra entre o valor que é pago pela média complexidade e o que os hospitais realmente precisam para se manterem, pagando os profissionais e os insumos, por exemplo, deve ser coberto por algum outro recurso extra, para que a dívida não cresça ainda mais. Dentre as fontes de receita extras citadas pelos administradores hospitalares destacam-se: Pró-hosp (programa desenvolvido pelo Governo Estadual que possui objetivos similares à Contratualização, porém sem o vínculo com a produção de serviços ambulatoriais e hospitalares), receitas de planos de saúde e de internações particulares, emendas parlamentares, programas especiais criados pelos governos estadual e federal e doações.

A principal fonte de recursos extras à Contratualização nos últimos anos, de fato, tem sido a intervenção de políticos do Poder Legislativo.

Dependemos desses recursos. Os diretores viraram políticos e precisam fazer acordos, bater na porta dos deputados e depois servirem de garoto propaganda deles. (H1S)

É uma troca de favores. Nós precisamos de dinheiro e eles de apoio político e propaganda junto aos eleitores. (H2T)

Quem financia o SUS agora é o Poder Legislativo. Eles são os salvadores da saúde pública. (GE1)

O recurso que vem do deputado é livre. Usamos como precisamos. Não tem meta e nem prestação de contas. (H1S)

A Contratualização e o Pró-hosp tem uma visão de futuro, no que eles querem transformar a saúde pública. As emendas não. Só para tampar buraco e dizerem que estão investindo em saúde. (GE1)

A política de saúde planejada e estruturada para cumprir objetivos de longo prazo está sendo substituída por uma política imediatista e com interesses particulares envolvidos. As intervenções parlamentares são importantes no momento de crise, mas pouco efetivas no longo prazo.

Outra importante fonte de recursos são os planos de saúde. A Tabela 2 apresenta um possível impacto da discrepância entre o financiamento do SUS e o não SUS em termos de leitos disponíveis, demonstrando como a gestão destes é influenciada pelo financiamento:

<b>CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação SUS</b>							
<b>Especialidade</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>VARIAÇÃO (entre 2011 e 2016)</b>
Cirúrgicos	37	37	46	42	42	42	13,51%
Clínicos	81	81	85	81	81	81	0,00%
Obstétrico	12	12	8	8	8	8	-33,33%
Pediátrico	26	26	17	17	17	17	-34,62%
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>148</b>	<b>148</b>	<b>148</b>	<b>-5,13%</b>
<b>CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação Não SUS</b>							
<b>Especialidade</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>VARIAÇÃO (entre 2011 e 2016)</b>
Cirúrgicos	20	20	21	24	29	29	45,00%
Clínicos	39	39	35	36	36	35	-10,26%
Obstétrico	6	6	8	8	8	7	16,67%
Pediátrico	12	12	12	12	12	12	0,00%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>77</b>	<b>76</b>	<b>80</b>	<b>85</b>	<b>83</b>	<b>7,79%</b>
<b>CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação Total</b>							
<b>Especialidade</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>VARIAÇÃO (entre 2011 e 2016)</b>
Cirúrgicos	57	57	67	66	71	71	24,56%
Clínicos	120	120	120	117	117	116	-3,33%
Obstétrico	18	18	16	16	16	15	-16,67%
Pediátrico	38	38	29	29	29	29	-23,68%
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>233</b>	<b>232</b>	<b>228</b>	<b>233</b>	<b>231</b>	<b>-0,86%</b>

Tabela 2 – Leitos Hospitalares (Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil)

Como podemos observar, nos últimos seis anos o número de leitos disponíveis sofreu pouca variação no total. Contudo, tivemos uma transferência de leitos do SUS para o atendimento de pacientes particulares e de outros convênios. A gestão dos leitos foi realizada em consequência aos tipos de financiamento disponíveis.

Sim, tivemos de remanejar o quantitativo de leitos do SUS para particular por causa das dificuldades que temos com os pagamentos das internações pelo SUS. (H1T)

A única coisa que podemos fazer para reduzir as AIHs na gaveta é reduzir a oferta de serviços ao SUS (...) Fazemos isso através da redução dos leitos. (H2T)

Acredito que o número de leitos para o SUS diminuiu desde o início, pelo que me lembro. (GE1)

Eles assumem que diminuiram o número de leitos para o SUS e aumentaram para os pacientes de planos de saúde. (GM3)

Como vimos, os leitos hospitalares estão sendo menos disponibilizados ao SUS, reduzindo assim a oferta destes serviços à população local e impactando no eixo da assistência. Além de tentarem limitar o avanço do número de internações sem pagamento, na gaveta, essa estratégia ajuda os hospitais a cumprirem a meta do aumento da taxa de ocupação. Se o número de internações reduzir menos do que o número de leitos disponíveis, a taxa de ocupação se eleva sem qualquer esforço em termos de aumento de oferta de serviços.

Há na Contratualização um financiamento misto, ou seja, a produção de média complexidade é paga em parcelas pré-fixadas, revistas periodicamente e sujeitas à avaliação qualitativa de desempenho, e a produção de alta complexidade é paga por produção, como nos moldes contratuais anteriores. Não se pode falar, portanto, em dívidas decorrentes dos

serviços de alta complexidade. Os pagamentos estão em dia e nada é represado. Essa discrepância entre os dois tipos de financiamento gera diversos impactos tanto na capacidade instalada quanto na visão dos administrados hospitalares sobre a contratualização.

Ao analisarmos a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, comparando o perfil dos dois hospitais hoje e há seis anos, percebemos que os novos serviços implementados e os novos equipamentos adquiridos são direcionados à alta complexidade. Os equipamentos para a média complexidade foram reduzidos e são adquiridos, em sua quase totalidade, para repor os antigos. A Tabela 3 exemplifica a situação exposta:

<b>CNES - Recursos Físicos - Equipamentos – Em Uso</b>							
<b>Equipamento selecionado</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>VARIAÇÃO (entre 2011 e 2016)</b>
Mamógrafo	1	1	2	2	2	2	100,00%
Raio X	13	12	7	7	7	7	-46,15%
Tomógrafo Computadorizado	1	2	2	2	2	2	100,00%
Ressonância Magnética	0	1	1	1	1	1	100,00%
Ultrassom	6	4	4	4	4	4	-33,33%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>-30,43%</b>

Tabela 3 – Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil

Como podemos observar neste período, foram implantados novos equipamentos de tomografia e ressonância magnética, cujos procedimentos de alta complexidade realizados são financiados por produção. As mamografias, apesar de serem de média complexidade, são financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, também por produção. Já os procedimentos de radiografia e ultrassom são incluídos no teto da média complexidade, pagos de acordo com as regras da contratualização, justificando, portanto, a redução do número de equipamentos e da oferta destes serviços à população.

As bases de dados do SIA e do SIH também demonstram crescimento nos últimos anos apenas nos procedimentos de alta complexidade. Os quantitativos totais de média complexidade no município reduziram-se em 46% em cinco anos, mais de 9% ao ano, em média, enquanto na alta complexidade o aumento de 2011 para 2015 foi de 21% e no FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação) quase 900%.

<b>Quantidade de Procedimentos Realizados – Média Complexidade</b>						
<b>Segmento</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>VARIAÇÃO</b>
Ambulatorial	100.766	26.989	37.934	62.668	51.974	-48,42%
Hospitalar	7.474	7.243	7.231	7.170	6.483	-13,26%
<b>Total</b>	<b>108.240</b>	<b>34.232</b>	<b>45.165</b>	<b>69.838</b>	<b>58.457</b>	<b>-45,99%</b>
<b>Quantidade de Procedimentos Realizados – Alta Complexidade</b>						
<b>Segmento</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>VARIAÇÃO</b>
Ambulatorial	4.395	2.304	4.279	6.079	5.309	20,80%
Hospitalar	72	78	65	84	96	33,33%
<b>Total</b>	<b>4.467</b>	<b>2.382</b>	<b>4.344</b>	<b>6.163</b>	<b>5.405</b>	<b>21,00%</b>
<b>Quantidade de Procedimentos Realizados – FAEC</b>						
<b>Segmento</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>VARIAÇÃO</b>
Ambulatorial	88	70	942	465	930	956,82%
Hospitalar	8	69	230	192	22	175,00%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>139</b>	<b>1.172</b>	<b>657</b>	<b>952</b>	<b>891,67%</b>

Tabela 4 – Procedimentos Realizados (Fonte: Ministério da Saúde – SIA/SIH)

A maior queda na média complexidade está relacionada aos procedimentos ambulatoriais. Como exposto na Tabela 3, houve uma redução na oferta de procedimentos de radiografia e ultrassom, dois dos serviços de diagnósticos mais utilizados no país. As duas tabelas, portanto, se complementam ao comprovarem uma estratégia dos hospitais em estarem cada vez menos dependentes do teto da média complexidade, buscando investir em serviços e equipamentos que são remunerados por produção. Estes dados foram expostos aos representantes dos hospitais e não causaram surpresa, apesar de nunca terem se deparado com eles.

Eu não sabia disso, mas acho que é isso mesmo. Passamos a ofertar vários exames de alta complexidade que antes não existiam na cidade. (H2T)

Nunca fizemos relatórios disso, mas sei que os valores que recebemos de alta complexidade aumentou bastante nos últimos anos. (H1T)

Nós estamos segurando mesmo o número de procedimentos de média complexidade porque não estamos recebendo por eles. (H2S)

Não sabia que a variação tinha sido tão alta, mas realmente tivemos redução na média complexidade, tanto internação quanto os exames. (H1S)

Outros membros da comissão também comentaram os dados apresentados.

Eu lembro que meu pai fazia as ressonâncias em Belo Horizonte. Agora já mandamos os pacientes para fazer na cidade X. (GR)

Sim, agora temos exames e cirurgias aqui que antes só existiam em cidades grandes.

Todo ano abrem novos serviços desses e isso é bom para a população. Não precisam ficar viajando para ter atendimento. (CM2)

Eles colocam novos equipamentos, mas a fila continua enorme. Só facilitou a questão do transporte mesmo. (CM1)

Para esses exames de alta complexidade melhorou sim, mas os exames mais simples estão cada vez mais difíceis de fazer lá. (GE2)

Além da capacidade instalada, a existência de duas formas paralelas de financiamento a partir do mesmo contrato pode levar os administradores e diretores dos hospitais a pensarem que o pagamento por produção é mais vantajoso do que por médias históricas.

Acho óbvio que o pagamento por produção é melhor. A gente recebe tudo que produz.

Não tem represamento. (H2T)

Se pudéssemos escolher agora optaríamos pelo pagamento por produção. A Contratualização não traz vantagem alguma. Só dívidas. (H1T)

Não sei porque ainda estamos com esse contrato. Muito melhor do jeito que era antes. (H1S)

Todos os nossos problemas são por causa dessa forma de contrato. Acho melhor voltarmos para o pagamento por produção. (H2S)

Essa opinião também é compartilhada por outros membros da Comissão de Acompanhamento.

Eu nunca analisei dados financeiros, mas acho a Contratualização pior. Eles recebem menos do que deveriam. (GE2)

Pelas falas dos hospitais esse contrato é péssimo. Só gera problemas, além de ser muito mais difícil de trabalhar com ele. (CM1)

Acho que o contrato atual é bom por exigir metas e melhor qualidade, mas financeiramente acredito ser pior. (GM2)

Por outro lado, alguns entrevistados discordam.

Já fizemos estudos e mostramos para eles. Com os incentivos o valor recebido na Contratualização é maior do que pagando por produção sem os incentivos. (CM3)

Sinceramente, eu acho que o que fica represado nem é tão significativo se comparado com o total. Os incentivos cobrem essa diferença e ainda sobra. (CM1)

Eles não são obrigados a permanecerem na Contratualização. Podem pedir para voltar para o tipo de contrato atual, mas não fazem isso. Eles sabem que agora está melhor. O discurso contrário à contratualização é para justificar os pedidos de mais recursos. (GE1)

Diante do exposto, procuramos verificar se esta percepção dos entrevistados se confirma, a partir dos dados coletados nas bases de dados do Ministério da Saúde e com as informações de pagamento presentes no Portal da Transparência do município. Apresentamos na Tabela 5 as simulações, para os dois hospitais em conjunto, dos valores que estes receberiam se o financiamento por todos os serviços ofertados ao SUS fosse por produção, comparando com o modelo contratual atual, em um período de cinco anos:

<b>COMPARATIVO PRODUZIDO X PAGO</b>			
<b>Segmento</b>	<b>2011</b>		
	<b>Produzido</b>	<b>Pago</b>	<b>Diferença</b>
Ambulatorial	R\$ 2.601.843,90	R\$ 14.153.887,13	R\$ 3.356.844,41
Hospitalar	R\$ 8.195.198,82		
Total	R\$ 10.797.042,72		
<b>Segmento</b>	<b>2012</b>		
	<b>Produzido</b>	<b>Pago</b>	<b>Diferença</b>
Ambulatorial	R\$ 1.459.497,31	R\$ 14.611.689,12	R\$ 4.740.017,53
Hospitalar	R\$ 8.412.174,28		
Total	R\$ 9.871.671,59		
<b>Segmento</b>	<b>2013</b>		
	<b>Produzido</b>	<b>Pago</b>	<b>Diferença</b>
Ambulatorial	R\$ 2.134.795,45	R\$ 14.277.131,06	R\$ 2.995.288,76
Hospitalar	R\$ 9.147.046,85		
Total	R\$ 11.281.842,30		
<b>Segmento</b>	<b>2014</b>		
	<b>Produzido</b>	<b>Pago</b>	<b>Diferença</b>
Ambulatorial	R\$ 3.101.814,87	R\$ 18.024.829,94	R\$ 5.548.496,42
Hospitalar	R\$ 9.374.518,65		
Total	R\$ 12.476.333,52		
<b>Segmento</b>	<b>2015</b>		
	<b>Produzido</b>	<b>Pago</b>	<b>Diferença</b>
Ambulatorial	R\$ 2.619.234,35	R\$ 19.366.870,62	R\$ 8.186.918,00
Hospitalar	R\$ 8.560.718,27		
Total	R\$ 11.179.952,62		

Tabela 5 – Comparação com e sem a Contratualização (Fonte: Ministério da Saúde – SIA E SIH e Portal da Transparência do município selecionado)

A Tabela 5 demonstra que os valores recebidos pelos hospitais foram superiores ao produzido em todos os anos, variando de 26% a maior em 2013 a 73% a maior em 2015. Estes valores a maior representam, na verdade, incentivos diretamente relacionados à adesão à

contratualização. Os administradores dos hospitais apresentaram justificativas semelhantes para estes resultados.

É porque nessa simulação estão sendo considerados os incentivos. Incentivo não é para pagar os procedimentos. (H2T)

Com os incentivos talvez dê mais do que o pagamento por produção mesmo, mas você não pode misturar as duas coisas. O pagamento da produção atual é menor do que se fosse pagamento por produção. (H2T)

É importante frisar, contudo, que os incentivos, apesar de realmente não terem como objetivo cobrir déficits no pagamento da produção, são pagos apenas para os hospitais contratualizados. Se os hospitais optassem pelo contrato com pagamento por produção, receberiam mais recursos diretamente relacionados a essa produção, mas não teriam os incentivos que hoje em dia são maiores do que a diferença do que deixa de ser pago devido ao teto da parcela pré-fixada. Reafirmamos, portanto, que a simulação apresentada representa valores para as duas realidades (com e sem a Contratualização), independente dos argumentos de finalidade dos incentivos. No final, estes seriam os valores disponíveis para o financiamento dos serviços hospitalares.

## **5 CONCLUSÃO**

A principal constatação que temos, a partir dos resultados desta pesquisa, é que o modelo contratual adotado tem impactado de forma negativa na gestão dos serviços disponibilizados pelos hospitais, em contradição com o objetivo do programa de ampliação da capacidade instalada. Houve uma transferência de investimento da média para a alta complexidade, reduzindo a oferta de serviços à população e alterando o perfil assistencial na rede de atenção local por iniciativa exclusiva dos hospitais, sem negociação com os demais membros da comissão de acompanhamento do contrato. A manutenção de duas formas de pagamento de forma simultânea, parte por produção (alta complexidade e FAEC) e parte dentro de um teto fixo (média complexidade), pode ter criado a visão de que a primeira seria superior à segunda. A descrição das formas de financiamento e as opiniões dos entrevistados demonstram como o pagamento através de parcela fixa pré-estabelecida gera alguns transtornos, como as AIHs na gaveta e desestímulos ao incremento nos serviços de média complexidade. Se o valor a receber é limitado, os hospitais tendem a cumprir apenas o acordado. Produzir mais geraria prejuízos, ou seja, custos não financiados pelo SUS.

Um ponto que não foi discutido nas entrevistas, mas que cabe fazer moção nesta discussão de financiamento, é o benefício que os hospitais filantrópicos sem fins lucrativos possuem frente às suas obrigações tributárias. O certificado emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social permite que estes estabelecimentos fiquem isentos do pagamento da contribuição patronal para a Previdência Social. Participar do SUS, portanto, não se resume às regras contratuais e ao financiamento visível a olho nu. Há outras vantagens implícitas, além de ser compatível com suas próprias missões institucionais.

Percebemos, em síntese, que há um discurso inflamado dos representantes dos hospitais contra a metodologia de pagamento adotada neste modelo de contratação de serviços hospitalares, impactando até mesmo nas tomadas de decisão sobre quais procedimentos ofertar ou não aos cidadãos. Ao analisarmos os dados financeiros, entretanto, observamos que o problema do financiamento não é provocado pela Contratualização.

As dificuldades financeiras dos hospitais ainda persistem, principalmente devido à defasagem da tabela de procedimentos do SUS, mas algum avanço está provado que houve

neste processo. Os valores recebidos pelos hospitais estão superiores no modelo contratual atual se compararmos com o modelo anterior (pagamento por produção). Contudo, considerando que era objetivo do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS solucionar o problema do subfinanciamento da atenção hospitalar, não podemos afirmar que houve sucesso na iniciativa do Ministério da Saúde. Ao analisarmos as falas dos administradores hospitalares e suas planilhas de déficits, constatamos que estas ações se mostraram insuficientes.

Por fim, considerando o objetivo desta pesquisa de identificar, sob a ótica dos implementadores, os impactos, avanços, lacunas e problemas no eixo do financiamento do programa, podemos apresentar como principais resultados, cruzando os depoimentos com os dados coletados nas bases do Ministério da Saúde e nos demais documentos analisados: utilização dos contratos de metas, que estimularia a melhoria da gestão e da assistência; incremento do financiamento, mas de forma ainda insatisfatória; limites orçamentários do governo local que impedem a execução integral do contrato, gerando o represamento; e a existência conjunta de dois tipos de financiamento, estimulando os hospitais a priorizarem determinados tipos de atendimento (alta complexidade, FAEC e planos de saúde) em detrimento de outros (média complexidade).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, B. C.; PAULA, S. L. O papel da avaliação de políticas públicas no contexto dos governos locais. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 42, jan./jun. 2014.
- ARRETCHE, M. **Tendências no estudo sobre avaliação**. In: RICO, E. M. (Org.). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- MATTOS, R. A. de; BAPTISTA, T. W. de F. A ideia do ciclo na análise de políticas públicas. In: \_\_\_\_\_. **Caminhos para análise das políticas públicas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015, p. 221-272.
- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, ago. 2010.
- BARBOSA, P. R. *et al.* Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 811-818, dez. 2004.
- BARBOSA, P. R. *et al.* O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 265-283, mar./abr. 2003.
- CAVALCANTE, A. P. Contratualização da Rede Hospitalar SUS. In: Congresso FEHOSP, 21, 2012, Campinas. **Anais...** São Paulo, FEHOSP, 2012. Disponível em: <<http://www.eventosfehosp.com.br/galeria2012/>> Acesso em: 10 maio 2015.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- CONASS. **Nota Técnica 24/2013**: Política Nacional de Atenção Hospitalar. 2013. Disponível em <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2024-2013%20PNOHOSP%20vf.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2015.
- COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003.
- COUTTOLENC, B. F.; LA FORGIA, G. M. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.
- DEUBEL, A. N. R. Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? **Estudios Políticos**. Medellín, n. 33, p. 67-91, jul./dic., 2008.



FONSECA, F. Dimensões críticas das políticas públicas. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 402-418, set./nov. 2013.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais**. São Paulo: Saraiva, 2006, p.115-146.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2507-2521, set. 2012.

MESTRINER, M. L. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 1.721, 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1721\\_15\\_09\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1721_15_09_2005.html)>. Acesso em: 8 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013a**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso em: 8 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013b**. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html)>. Acesso em: 8 abr. 2016.

QUINTELLA, J. E. de V (Coord.). **Estudos de contratualização de hospitais no âmbito do SUS**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.

SILVA H. M. **A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**. 1996. 132 p. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, M. O. S. **Avaliação de políticas públicas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos**. In: SILVA, Maria O. S. (Org.). **Avaliação de políticas públicas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras, 2001.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, dez. 2006.