ISBN 978-85-334-1906-3

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO

A POLÍTICA DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO E FILANTRÓPICOS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2003 - 2010

UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Hospital Samaritano São Paulo

SUS

Ministério da Saúde

Governo Federal
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

BRASÍLIA/DF - 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada

A Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010

Uma análise do processo de implantação da contratualização

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília-DF
2012

© 2012 Ministério da Saúde
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br>.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 4.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada
Coordenação Geral de Atenção Hospitalar
SAF Sul, Qd. 02 Lt 5/6 - Ed. Premium, Bloco II
2º andar, sala 204 - CEP 70070-600 - Brasília - DF
Telefone: (61) 3315-6145/ 6153
Fax: (61) 3315-6179
E-mail: dae@saude.gov.br
Home Page: www.saude.gov.br/sas

Apoio
Sociedade Hospital Samaritano.
Rua Conselheiro Brotero, 1486 – Higienópolis - São Paulo.
CEP: 01232-010
Telefone (superintendências) 55 11.3821.5540, ou 5580 (Corporativa) ou 5551 (Responsabilidade Social).
Fax : 55 11 3825 4720
Site www.samaritano.org.br.
Email: luiz.ramos@samaritano.org.br – Luiz Maria Ramos Filho

Coordenação de Elaboração dessa Edição
Karla Larica Wanderley
Lúcio Flávio de Sousa Moreira

Coordenação do projeto
Antonio Pires Barbosa – Hospital Samaritano
Karla Larica Wanderley – Ministério da Saúde

Equipe de Elaboração do Projeto
Ana Maria Malik
Antonio Pires Barbosa
Karla Larica Wanderley
Margareth Crisostomo Portela
Sheyla Maria Lemos Lima

Equipe de Apoio de Elaboração do Projeto
Amostrista: Mauricio Teixeira Vasconcellos
Assessoria Científica: Eliseth Ribeiro Leão

Pesquisadores de campo: Aline Fernanda Pedrazzi, André Marquez Cunha, Christine Gonçalves dos Santos, Cláudia Brito, Clayre Maria Bonfim Lopes, Fernando Augusto Mendes Cembranelli, Flávia Helena Miranda De Araújo Freire, Henrique de Castro Rodrigues, Ivone Rodrigues Morallis, Susana Rosa Lopez Barrios, Teresa Garrido, Valdir Zettel, Vanessa Costa e Silva

Apoio administrativo: Ana Paula Lucas Caetano, Adriana Peretti Maria, Cristiane de Oliveira Gomes.

Equipe Técnica do Ministério da Saúde
Brunno Ferreira Carrijo
Daiana Lopes

Normalização
Amanda Soares

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada.
A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Bra sília : Ministério da Saúde, 2012.
90 p. : il. – (Série C: Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 978-85-334-1906-3

1. Administração em saúde. 2. Hospital de ensino. 3. Gestão do SUS. I. Título. II. Série.

CDU 35:614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0001
Títulos para indexação:
Em inglês: Restructuring of teaching and philanthropic hospitals in Brazil: 2003-2010
Analysis of the contracting process
Em español: Reestructuración de los hospitales de enseñanza y filantropicos en Brasil: 2003-2010
Analisis del proceso de contractualización

SUMÁRIO

PARTE I
1 A Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no Brasil: o processo de contratualização..... 8

1.1 Os hospitais de ensino no Brasil: do IVD (índice de valorização de desempenho) ao processo de certificação e contratualização dos hospitais de ensino – breve histórico..... 9
1.2 O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino – certificação e contratualização..... 11
1.3 O processo de certificação dos hospitais de ensino..... 13
1.4 O processo de contratualização dos hospitais de ensino..... 14
1.5 Principais Portarias do Processo de Certificação e Contratualização dos Hospitais de Ensino..... 18
1.6 Os Hospitais Filantrópicos..... 20
1.7 O Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos – adesão e contratualização..... 21
1.8 Principais Portarias do Processo de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos... 23

PARTE II
2 Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde: contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no SUS..... 26

2.1 Introdução 26
2.2 Objetivos 27
2.3 Métodos 27
2.3.1 Amostra de hospitais de ensino 27
2.3.2 Amostra dos hospitais filantrópicos 28
2.3.3 Gestores estaduais e municipais contratantes dos hospitais incluídos no estudo..... 29
2.3.4 Coleta de dados..... 29
2.3.5 Análises..... 29
2.4. Resultados
2.4.1 Caracterização dos hospitais de ensino contratualizados..... 30
2.4.2 Caracterização geral dos hospitais filantrópicos contratualizados..... 33
2.4.3 Formação e pós-graduação em gestão dos dirigentes de hospitais de ensino e filantrópicos..... 34
2.4.4 Caracterização geral das secretarias pesquisadas..... 36
2.5 Comparações entre a contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos.. 38
2.6 Síntese da percepção dos dirigentes dos hospitais e gestores das secretarias sobre a contratualização..... 45
2.7 Considerações e recomendações finais..... 52

Referências 55

ANEXOS
ANEXO A – Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde: contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS HOSPITAL – *(diretor e ou representante do hospital na Comissão de Acompanhamento de Convênios/Contratos)*..... 57

ANEXO B – Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde: contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS SECRETARIA MUNICIPAL OU ESTADUAL DE SAÚDE – *(gestor e ou representante da Secretaria na Comissão de Acompanhamento de Convênios/Contratos e ou da área de regulação)*..... 76

PREFÁCIO

Para o efetivo planejamento de novas ações de governo, é fundamental o exercício da reflexão, da avaliação e da autocrítica daquilo que tem sido empreendido. Desse modo, é com satisfação que a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e o Hospital Samaritano de São Paulo apresentam essa publicação, que tem como objetivo analisar a implantação da política de reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos brasileiros, iniciada em 2003 pelo Ministério da Saúde.

Um dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a integralidade da atenção, em face dessa diretriz estruturante do sistema, a organização da atenção à saúde no âmbito do hospital é parte fundamental na construção de uma Rede de Atenção mais ampla, eficiente e resolutiva. Pensando no aprimoramento da Política da Atenção Hospitalar do SUS, o Ministério da Saúde iniciou a elaboração de uma política específica para os hospitais de ensino no ano de 2003, por meio de uma ampla discussão com os diversos atores que atuam na área hospitalar. Foi instituída a Comissão Interinstitucional para a Reestruturação dos Hospitais de Ensino, composta por representantes do governo e da sociedade civil, com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação desses hospitais, culminando com a criação do Programa Reestruturação dos Hospitais de Ensino.

Como desdobramento, em 2004 foi iniciado o processo de certificação dos hospitais de ensino e a sua consequente contratualização com os gestores do SUS, por meio do estabelecimento de metas divididas em quatro dimensões: atenção à saúde, ensino, pesquisa e gestão hospitalar. Foram também instituídos os Conselhos Gestores nas instituições e as Comissões Permanentes de Acompanhamento de Contratos, com o objetivo de acompanhar o processo de contratualização.

Dada a repercussão do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, em setembro de 2005, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, com o objetivo de apoiar a gestão, organização e financiamento desse conjunto de instituições hospitalares. É importante destacar que, tanto para os Hospitais de Ensino, como para os Filantrópicos, o processo de contratualização é o eixo fundamental do Programa, desenhado para atuar como um importante instrumento de gestão, possibilitando uma programação orçamentária e financeira mais efetiva e facilitando os processos de avaliação, controle e regulação dos serviços ofertados, além de ampliar os mecanismos de participação e controle social, componentes essências para o efetivo funcionamento do SUS.

Após sete anos de iniciado essa politica de qualificação da atenção hospitalar do SUS, todo esse processo foi analisado e seu resultado organizado nessa publicação, fruto da parceira do MS com o Hospital Samaritano de São Paulo, por meio do Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional. O livro está dividido em duas partes, na primeira, foi feita uma análise do **Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS**, iniciado em 2003. Na segunda, foram apresentados os resultados do projeto intitulado **"Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde: contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no SUS"**, desenvolvido pelo Hospital Samaritano com o apoio de pesquisadores da Escola Nacional Saúde Pública da FIOCRUZ/MS e da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo.

Espera-se que a análise e reflexão desenvolvidas nessa publicação estimulem a discussão para o aperfeiçoamento do processo de contratualização dos hospitais ora em desenvolvimento pelo Ministério da Saúde, contribuindo para a qualificação da atenção hospitalar no Brasil e a efetiva implantação do SUS.

PARTE I

1 A Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no Brasil: o processo de contratualização

Karla Larica Wanderley[1]
Lúcio Flávio de Sousa Moreira [2]

Há muito se dizia da ausência de políticas específicas para o setor hospitalar e da necessidade de se construir e programar uma política que induzisse a uma reestruturação das instituições hospitalares, para responder às efetivas necessidades de saúde da população de forma integrada à rede de serviços de saúde local e regional.

A questão da atenção hospitalar no SUS vem-se constituindo em objeto de análise permanente por parte da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Especializada, com um claro objetivo de consolidar o processo de reforma do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. Em 2004, o MS publicou o livro Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira, constituindo-se em primeiro esforço de compreender a configuração da área hospitalar e assim, discutir a necessidade de (re) construção de uma política para o setor hospitalar brasileiro. O livro é dividido em três partes: a primeira, contendo aspectos gerais referentes à reforma do sistema hospitalar brasileiro; a segunda, composta de artigos por enfoques estratégicos; e a terceira, uma apresentação sumária de legislações brasileiras referentes à área hospitalar.

Mais recentemente, em 2009, La Forgia e Gerard M., com o apoio do Instituto Brasileiro para o Estudo e o Desenvolvimento do Setor de Saúde (IBEDESS) e do Banco Mundial, publicam o Livro "Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência." É apresentado no livro uma análise do setor hospitalar brasileiro nas suas diferentes dimensões bem como conclusões e recomendações, baseadas em evidências, que visem melhorar o desempenho hospitalar. Apontam os autores que as "recomendações constituem uma ambiciosa – e potencialmente desafiadora – agenda para o aperfeiçoamento dos hospitais." (LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F, 2008)

É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de atenção à saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumidos.

Esta publicação, fruto da necessidade de dar continuidade a discussão sobre o desenho e papel dos hospitais na rede de atenção à saúde e o aperfeiçoamento na forma de instrumentalização desta inserção, é produto de Termo de Ajuste firmado entre o MS e o Hospital Samaritano para o desenvolvimento de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS (Lei no 12.101, de 27 de novembro de 2009), e realizado com a participação de pesquisadoras da Escola Nacional de Saúde Pública e da Fundação Getúlio Vargas/SP.

Organiza-se em duas partes: a primeira relata uma breve historia do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no âmbito do "Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino" e do "Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos". Na segunda parte, apresenta a pesquisa "Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do MS: contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos nos SUS".

---

[1] Coordenadora Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Mestre em Gestão de Sistemas e serviços de Saúde.

[2] Professor Aposentado do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN e consultor técnico do Ministério da Saúde. Doutor em Ciências

Assim, no cumprimento de sua missão e consoante com o Pacto pela Saúde, o Ministério da Saúde vem trabalhando com alguns eixos norteadores, elementos de sustentação e inter-relação entre todas as ações estratégicas desenvolvidas. Tais eixos são a garantia de acesso, a humanização, a descentralização, a regionalização e a democratização da gestão (BRASIL, 2006).

1.1 Os hospitais de ensino no Brasil: do IVD (índice de valorização de desempenho) ao processo de certificação e contratualização dos hospitais de ensino – breve histórico

Em 22 de maio de 1987, por meio da Portaria Interministerial MEC/MPAS nO 15/1987, os ministros de estado da Educação (MEC) e da Previdência e Assistência Social (MPAS), estabeleceram um Índice de Valorização de Desempenho (IVD), para os Hospitais Universitários e de Ensino, no âmbito do Convênio MEC/MPAS em vigência na época. O Índice de Valorização de Desempenho (IVD) foi composto por um índice base variando de 1,20 até 2,00, denominado de Índice de Valorização Hospitalar (IVH), acrescido de 3 Índices Adicionais de Valorização (IAV´s) para características específicas, no valor de 0,10 cada, totalizando o limite máximo de 2,30.

A cada Hospital Universitário e de Ensino era atribuído um Índice de Valorização Hospitalar (IVH) de acordo com critérios de complexidade, resolutividade e integração à rede de serviços e perfil dos recursos humanos formados. Um Índice Adicional de Valorização (IAV) era acrescido segundo as atividades desenvolvidas pelo hospital. Aspectos relacionados com a regionalização assistencial e efetiva participação nas ações integradas de saúde eram valorizados. Também eram considerados para efeito de pontuação nesse índice (IAV) a existência de programas intensivos de capacitação extramural (áreas rurais e periféricas urbanas) e formação de médicos gerais, pela faculdade ou escola vinculada ao hospital. Além disso, quando o hospital participasse de um ou mais dos Sistemas Integrados de Alto Custo estabelecido pelo INAMPS era pontuado para efeito de cálculo do IAV.

Importante destacar que essa portaria determinou que os recursos gerados por esses índices devessem ser utilizados pelos Hospitais Universitários e de Ensino preferentemente na expansão e aperfeiçoamento das próprias atividades que caracterizavam a atribuição do índice específico. Ainda, recomendava a revisão dos Convênios MEC/MPAS, de forma que seriam aplicáveis apenas às unidades hospitalares que desenvolvessem atividades assistenciais, de ensino e de investigação científica, vinculadas às universidades, faculdades ou escolas médicas.

Essa portaria mostra a importância do tema hospitais de ensino, mas falhou em dois aspectos importantes: não detalhou qualitativa e quantitativamente os requisitos para cada hospital receber os respectivos índices de desempenho e mais importante não houve um acompanhamento e avaliação adequados.

Em 1991, através da Portaria MS/SNAS no 15, de 08 de janeiro de 1991, o Secretário Nacional de Assistência à Saúde, extingue os Índices de Valorização Hospitalar a

partir do mês de setembro de 1991, bem como os Índices Adicionais de Valorização dos Hospitais Universitários. Nessa mesma portaria foi criado, exclusivamente para os Hospitais Universitários, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS. Para efeito da Portaria, são Hospitais Universitários, aqueles reconhecidos pelo Ministério da Educação, funcionando regularmente há mais de 05 anos e que estejam integrados a algum Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) do Ministério da Saúde como centro de referência nacional.

Em 1994, através da Portaria MS/MEC no 01, de 16 de agosto, estabelece novos critérios para concessão do FIDPS, com um adicional de 25%, 50% ou 75% sobre a receita das internações, de acordo com o atendimento aos critérios específicos estabelecidos na portaria. Dispõe também que os Hospitais de Ensino que não preencherem os requisitos dos Cursos de Graduação em Medicina, o FIDEPS recairá apenas sobre os leitos utilizados pelo(s) programa(s) de Residência Médica, até no máximo, 05 leitos por aluno e por Programa. Para os Hospitais integrantes da rede, o FIDEPS incidirá tão somente sobre a receita das internações dos leitos utilizados nas atividades docentes, de acordo com os critérios desta Portaria.

Em 1999, através da Portaria MS no 1.127, de 31 de agosto, determina à Secretaria de Assistência à Saúde que em conjunto com os Gestores do SUS, que tenham sob sua gestão Hospitais habilitados ao recebimento do FIDEPS, proceda à verificação “in loco” das atuais condições de funcionamento dos mesmos. A Portaria MS nº. 1.480, de 28 de dezembro de 1999, estabelece para cada hospital habilitado ao recebimento do FIDEPS, de acordo com sua atual classificação e situação de gestão, um montante de recursos mensais destinados ao pagamento do incentivo conforme estabelecido no anexo desta Portaria. O valor calculado pela nova classificação definirá o valor mínimo de incentivo a ser repassado mensalmente, podendo ser maior do que este por decisão do gestor, sendo as condições de repasse estabelecidas no Contrato de Metas.

Apesar de todo o processo estimulado pela criação do FIDEPS para a institucionalização do ensino e da pesquisa nos hospitais de ensino, inexistiram medidas efetivas para a fiscalização das determinações das portarias pertinentes. Diversos casos são conhecidos de hospitais que não desenvolviam atividades de ensino e pesquisa de caráter institucionalizado que receberam FIDEPS. Mais grave é o fato de hospitais com menor inserção em atividades de ensino e pesquisa terem recebido valores financeiros do FIDEPS maior do que hospitais tradicionalmente voltados para estas atividades. Efetivamente o que aconteceu é que o FIDEPS foi utilizado como um reajuste da tabela do SUS.

O objetivo de todas essas medidas era o de ampliar a cooperação dos hospitais de ensino com o sistema de saúde e institucionalizar a formação e as pesquisas aí realizadas. No entanto, os recursos do FIDEPS não serviram para estimular ou fortalecer as atividades de ensino e pesquisa nos hospitais, uma vez que nunca foram utilizados para essa finalidade e terminaram sendo incorporados ao custeio dos hospitais em uma tentativa de contornar problemas de financiamento de natureza variada.

1.2 O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino – certificação e contratualização

Médici (2001) define tradicionalmente um hospital universitário como uma instituição que se caracteriza: (a) por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde, de uma faculdade de medicina, por exemplo; (b) por prover treinamento universitário na área da Saúde; (c) por ser reconhecido, oficialmente, como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; e (d) por propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população. O autor também enfatiza que, nas duas últimas décadas, modificou-se, nos países desenvolvidos, a autonomia dos hospitais universitários, os quais passaram a manter funções definidas nos sistemas de saúde e a se subordinar, progressivamente, à lógica desses sistemas.

De seu caráter de Hospital Escola decorre sua interdependência com a Escola Médica através de seus Departamentos Acadêmicos que lhe acrescenta mais um atributo – o de centro de pesquisa clínica. Tudo isso gerando um emaranhado superposto de relações de poderes e saberes hierarquizados sob a hegemonia do poder docente, possibilitando o surgimento de tramas variadas de articulação de interesses que se cristalizam nos Serviços Especializados (CARAPINHEIRO, 1993).

As contradições entre a lógica assistencial e a lógica do ensino e da pesquisa são uma constante nessas organizações, traduzidas em entrechoques entre a autoridade administrativa e as autoridades acadêmicas que repercutem ou refletem as disputas pela captação e pela alocação de recursos numa situação de escassez. Essa disputa muitas vezes se manifesta na sobrevalorização de uns objetivos em detrimento de outros, intensificando os conflitos no seio institucional.

A criação e a estruturação dos Serviços Especializados, reunindo funções assistenciais, de ensino e pesquisa, configuram territórios específicos do poder médico, que exacerbam os conflitos internos, ameaçando a unidade institucional (CARAPINHEIRO, 1993).

Em relação ao Ensino assiste-se a reverberação de uma crítica ao processo de formação profissional que além de realçar a inadequação dos métodos pedagógicos destaca o descompasso entre uma formação especializada e voltada para o mercado e os requisitos de um médico geral e capacitado a atuar no setor público, para assim atender à demanda por atenção de um contingente de cidadãos dependente do SUS.

As previsões de Luz (1979) se confirmaram e com as transformações, o debate sobre a “crise” do ensino liga-se umbilicalmente à “crise” dos Hospitais Universitários. Várias dimensões dessa crise têm sido abordadas: o financiamento insuficiente, as dificuldades gerenciais, a inadequação dos padrões de atendimento, o insulamento do sistema de saúde, a produção científica deslocada da realidade brasileira, a distorção nas práticas de ensino, dentre outros aspectos.

A história recente dos Hospitais de Ensino no Brasil tem sido marcada pela sucessão de crises que os afetam em várias dimensões: na eficácia assistencial do modelo; na eficiência econômica da utilização dos recursos; na escassez e na incerteza quanto ao aporte de recursos, tanto para custeio como para investimentos; na qualidade e na humanização do cuidado; nas práticas de ensino e no perfil do profissional formado, etc. (VASCONCELOS, 2004).

Em 2003, reconhecendo a importância deste segmento para a atenção hospitalar, para a formação de recursos humanos no setor saúde e para o desenvolvimento de pesquisas e avaliação quanto à incorporação de novas tecnologias e, sabendo-se das dificuldades afetadas por esses hospitais, apresentada em geral por seu aspecto financeiro, teve início um amplo debate com vistas ao desenvolvimento de uma política nacional para os hospitais de ensino do país. Neste ano, foi instituído através da Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPGO nº 562, de 12 de maio de 2003, a Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos hospitais universitários e de ensino (HUE) no Brasil, visando reorientar e/ou reformular a política para o setor, sendo esta comissão constituída por representantes de 15 instituições, incluindo Ministérios, Associações e Comissões e Conselhos representativos deste seguimento hospitalar.

Apesar da crise financeira dos Hospitais de Ensino ser a mais evidente, merecem destaque outras crises de caráter estrutural, organizativa e/ou de gestão. Foi constatado ser necessário o desenvolvimento de políticas específicas para o setor, que considerando suas peculiaridades assistenciais, de ensino e pesquisa, contemplasse não apenas as questões financeiras e de pessoal, que sem dúvida necessitam de uma abordagem imediata, mas também a definição do papel e nível de complexidade dos hospitais de ensino junto aos sistemas locais de saúde com vistas a sua inserção definitiva e adequada no SUS (VASCONCELOS, 2004).

A Comissão Interinstitucional definiu uma pauta de discussão com tópicos que abrangiam as principais questões relacionadas com esses hospitais. Pode ser destacado: o novo papel reservado aos HE´s na saúde e na educação; relação com o SUS (inserção, regulação e integração dos Hospitais de Ensino no SUS); desenhos organizacionais e de gestão (autonomia, eficiência e eficácia gerencial); modelo jurídico organizativo (natureza jurídica); modelo de financiamento (global / contrato de gestão); revisão do FIDEPS; passivo acumulado pelos Hospitais de Ensino e captação de recursos; produção científica e pesquisa clínica; relação com a indústria farmacêutica; política de Gestão e Desenvolvimento de Pessoal; Residência Médica e especializações; Democratização e Gestão Participativa; instrumentos de acompanhamento e avaliação dos serviços e da gestão; revisão e certificação dos Hospitais de Ensino que recebem FIDEPS. Neste momento, priorizou-se discutir: (1) a construção de um fórum de negociação de caráter interinstitucional, que possibilitasse um conhecimento ampliado sobre as características particulares deste segmento hospitalar específico e (2) a definição de consensos sobre as crises a que estão submetidos os HE nos aspectos relacionados à gestão, financiamento, ensino e atenção, e as principais ações a serem conduzidas ao longo do ano de 2004.

Assim o desafio está sendo o de resgatar o papel e a inserção desses hospitais no sistema de ensino de saúde local, não apenas como formador de profissionais de saúde, mas também no desenvolvimento e avaliação de tecnologias e prestação de serviços de atenção à saúde.

A Comissão Interinstitucional vem trabalhando o conjunto dos hospitais universitários e de ensino do Brasil, sem privilégio de qualquer instituição específica, estando a coordenação dos trabalhos da Comissão a cargo do Departamento de Atenção Especializada - Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde.

Entre os principais resultados alcançados pela Comissão Interinstitucional pode ser destacada a formulação de proposta de reestruturação dos Hospitais de Ensino, utilizando como estratégias a certificação e a contratualização, que visem sua real inserção no SUS, mobilizando esforços no sentido de construir nova relação entre os gestores do SUS e os hospitais de ensino.

Atualmente a Comissão Interinstitucional dos Hospitais de Ensino é regida pela Portaria Interministerial MS/ME/-MCT/MPGO no 2689, de 19 de outubro de 2007. Nessa portaria os ministros de Estado resolvem restabelecer que a Comissão ora constituída tenha atuação ampla, com autonomia para determinação de subgrupos, de acordo com o tema e a necessidade de trabalho e mantendo a Coordenação dos trabalhos no Ministério da Saúde que oferece o apoio técnico e de pessoal necessário à realização dos trabalhos.

Independentemente das iniciativas e discussões encaminhadas pela Comissão Interinstitucional, é importante ressaltar a percepção do Ministério da Saúde e Ministério Educação em relação à crise financeira que os Hospitais de Ensino vinham atravessando. Nesse sentido, e em função da demanda apresentada pela ANDIFES e ABRAHUE acerca liberação dos recursos do Programa Interministerial, o MS e o MEC aumentaram, já no ano de 2003, em 66% o repasse de recursos do Programa Interministerial, de 60 para 100 milhões de reais/ano. Além disso, o atual governo conseguiu autorizar a realização de concurso público para o preenchimento de cerca de 11.000 vagas nos hospitais universitários federais. Este movimento representou uma clara demonstração da importância que o então governo federal estava dando para a questão.

1.3 O processo de certificação dos hospitais de ensino

Buscando identificar instituições hospitalares que realmente se caracterizassem como instituições de ensino, considerando o conceito de hospital inserido no SUS e a indissociabilidade das dimensões de ensino, pesquisa e assistência à saúde, com gestão competente, foram definidos critérios de certificação destas instituições em Portarias Interministeriais MEC/MS nº. 1000 e nº. 1005, ambas de 2004.

O processo de Certificação é conduzido conjuntamente pelo Ministério da Educação e da Saúde e resume-se na conferência dos critérios estabelecidos pelas portarias citadas, através de análise documental e da realização de uma visita à instituição com objetivo de verificar “in loco” as suas reais condições de funcionamento.

Em função do fato de haver impropriedades de inclusão e de exclusão de hospitais nas categorias de universitários e de ensino a partir dos critérios estabelecidos pelo FIDEPS, foi instituído um novo processo de certificação, a partir do qual os hospitais efetivamente enquadrados farão jus a uma nova modalidade de contratação pelo SUS, na modalidade de Hospital de Ensino.

Para a operacionalização de todo o processo de Certificação, foi constituída uma Comissão Executiva de Certificação, paritária, formada por representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Foi definido também o número de técnicos dos dois ministérios que atuarão como certificadores, realizando toda a análise documental, bem como as visitas nas unidades hospitalares que vierem a solicitar a certificação como hospitais de ensino, necessárias para a validação do processo de certificação.

Se a documentação estiver correta, a visita é realizada por técnicos dos dois ministérios envolvidos (MEC e MS) orientada a diversos setores estratégicos para a assistência, ensino e pesquisa, acompanhados de representantes da instituição hospitalar, sua mantenedora (faculdade e reitoria), do gestor do SUS e demais atores envolvidos, como estudantes, residentes, docentes, etc. Essa fase do processo de certificação gera um

relatório que, encaminhado a Comissão de Certificação permite definir o parecer final acerca da certificação ou não da referida instituição.

O relatório emitido pelos certificadores, posteriormente submetido e analisado pela Comissão de Certificação, inclui uma manifestação técnica sobre a qualificação relacionada à condição do hospital como unidade formadora de profissionais de saúde e sua produção científica e tecnológica; de sua função de atenção à saúde e sua integração com os serviços do SUS; e do desempenho de sua gestão. Na possibilidade da comissão de certificadores concluírem que o hospital não deve ser certificado, deve indicar se o não atendimento aos critérios exigidos pelas respectivas portarias pode ser resolvido por um termo de ajuste, com prazo definido, ou se aquela unidade não atende às Portarias não devendo, portanto ser certificada. Na hipótese da comissão decidir sobre um termo de ajuste, este é enviado ao hospital com um prazo para ser atendido. Caso seja decidido pela certificação do Hospital, uma portaria é submetida à apreciação dos Ministros da Saúde e da Educação que é publicada no Diário Oficial da União.

É disposto que certificação é válida por 2 (dois) anos, devendo ser renovada nos termos desta Portaria e que a certificação poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento, se descumprida qualquer das disposições estabelecidas nesta Portaria.

Em 02 de outubro de 2007 a Portaria Interministerial MS/MEC no 2.400/2007, estabelece os novos requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Esta portaria substitui as Portarias Interministeriais MS/MEC nº. 1.000, de 15 de abril de 2004 e a Portaria Interministerial MEC/MS nº. 1.005, de 27 de maio de 2004. Entre as principais mudanças cita-se a exigência de que a unidade hospitalar seja de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou que estejam formalmente conveniados com uma Instituição de Ensino Superior. Além desta mudança, destaca-se que a unidade hospitalar seja campo de prática de 02 (dois) cursos da área da saúde, além da medicina.

De acordo com essa nova Portaria Interministerial, O processo de certificação dos Hospitais de Ensino deve obedecer ao fluxo estabelecido no anexo I da Portaria Interministerial MS-MEC n. 2.400/2007.

1.4 O processo de contratualização dos hospitais de ensino

Este programa, instituído em 2004, visa o aprimoramento e a inserção destes estabelecimentos no Sistema Único de Saúde – SUS. Tem como base a redefinição do papel dessas instituições no sistema municipal ou de referência, de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos em função das necessidades de saúde da população, determinando metas quanti-qualitativas; a qualificação da inserção do Hospital de Ensino na rede estadual/municipal de saúde; as definições dos mecanismos de referência e contra-referência com as demais unidades de saúde; a mudança das estratégias de atenção; a humanização da atenção à saúde; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população; a qualificação da gestão hospitalar; e o desenvolvimento das atividades de educação permanente e de pesquisa de interesse do SUS.

Os hospitais certificados como hospitais de ensino habilitam-se a serem contratualizados numa ação conjunta com o gestor local do SUS com o acompanhamento do Ministério da Saúde. Como mecanismo indutor desta dinâmica, tem-se utilizado a contratualização como instrumento de planejamento, organização, controle e regulação que permite transformar os mecanismos de financiamento, gestão, organização, e modificador de relações entre gestores públicos e prestadores de forma a qualificar de forma progressiva as ações assistenciais dessas instituições estratégicas para o SUS.

A reestruturação coloca três grandes eixos para sua consolidação, a saber: ações estratégicas na área de assistência, gestão hospitalar, ensino e pesquisa. O processo de contratualização visa também promover a mudança do modelo de alocação de recursos financeiros.

Entende-se o processo de contratualização como o meio pelo qual as partes, representante legal do hospital de ensino e gestor local do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos.

O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino pressupôs as seguintes ações estratégicas:

- Definição do perfil e do papel assistencial da instituição e sua inserção no SUS;
- Definição do papel da instituição no desenvolvimento da pesquisa e da avaliação de tecnologias em saúde e de gestão hospitalar, segundo a necessidade do sistema;
- Definição do papel do hospital na educação permanente e formação de profissionais de saúde.

Para tanto, foi estabelecido que tais ações estratégicas fossem definidas e especificadas mediante processo de contratualização com o estabelecimento de metas quali/quantitativas e indicadores de acompanhamento.

O Plano Operativo Anual – POA, parte integrante do convênio ou contrato, é um instrumento no qual são apresentadas as ações, os serviços, as atividades, as metas quantitativas e qualitativas e os indicadores a pactuados entre gestores e prestadores de serviços de saúde. Representa, na prática, o modus operandi das diretrizes previstas no Termo de Referência para a Contratualização, anexo da Portaria Interministerial MS/MEC, no 1.006, de 27 de maio de 2004 e Portaria MS nº. 1.702, de 17 de agosto de 2004. No POA deve constar também a caracterização geral da instituição, sua missão bem como a estrutura tecnológica e capacidade instalada (equipamentos biomédicos, serviços de alta complexidade e/ou com habilitações específicas, capacidade instalada hospitalar, capacidade ambulatorial instalada e de equipamentos de diagnóstico) além das atividades de ensino e pesquisa desenvolvidos pelo hospital.

O modelo sugerido pelo Ministério da Saúde para a elaboração do Plano Operativo apresenta um “rol” de ações e indicadores que poderão ser utilizados, sem prejuízo de outros, de acordo com cada realidade institucional. O “rol” sugerido neste documento pretende contribuir para subsidiar a pactuação para a construção do Contrato de Metas, e, contempla as seguintes áreas: atenção à saúde, políticas prioritárias do SUS, gestão, educação, pesquisa, avaliação, incorporação tecnológica e financiamento.

As metas e indicadores do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar são fixadas e formalizadas através da celebração de convênio

entre o hospital e o gestor de saúde local que, devem ser acompanhados e atestados por Conselho Gestor ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos. O Ministério da Saúde acompanha as negociações estabelecidas entre os mesmos até que seja estabelecido um consenso sobre os termos do convênio e respectivo Plano Operativo Anual - POA.

Destaca-se que a participação do gestor é fundamental, no sentido de garantir, a partir das necessidades da população e da conformação da rede de saúde, a efetiva inserção do hospital no Sistema de Saúde local, entre outras.

Ao estabelecer o convênio entre gestor e prestador, o Ministério da Saúde incorpora ao limite financeiro anual da assistência ambulatorial e hospitalar (média complexidade e alta complexidade) do município ou do estado, a depender da gestão, um recurso financeiro referente ao incentivo a contratualização.

Quanto ao modelo de financiamento, este se trata de uma orçamentação global mista onde os serviços de Alta Complexidade e aqueles referentes ao Fundo de Ações Estratégicas de Compensação - FAEC são remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizados pelo gestor municipal ou estadual, e a média complexidade e remunerada de acordo com um valor fixo pré-fixado pelo gestor. O montante fixo destinado ao custeio das ações de média complexidade hospitalar é composto pelo recurso do incentivo de contratualização, somado aos demais valores financeiros pactuados com o gestor local, definidos por meio da média histórica da produção de meses anteriores a celebração do convênio, assim como recursos do FIDEPS, INTEGRASUS, Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos aos Hospitais Universitários, e outros recursos regulares que porventura já existam. No processo de contratualização, deve ser estipulado um percentual do valor pré-fixado que esteja vinculado ao alcance das metas de qualidade estabelecidas e que seja repassado ao hospital de acordo com o seu cumprimento, homologado pela Comissão de Acompanhamento.

No que se refere ao FIDEPS, considerando o novo processo de certificação e contratualização dos hospitais de ensino brasileiros, o Ministério da Saúde definiu que os recursos financeiros relacionados ao incentivo fossem incorporados ao valor da contratualização, sendo o seu repasse na forma atual extinguido. Em conseqüência, os recursos financeiros atualmente repassados por meio do FIDEPS a hospitais que não contratualizarem até o prazo de extinção do mesmo foram alocados aos tetos financeiros dos estados e municípios, tendo sua programação estabelecida por deliberação da Comissão Intergestora Bipartite – CIB.

Por tudo relatado são entendidos como vantagens da contratualização: (1) permite a programação orçamentária e financeira; (2) facilita os processos de avaliação, controle, regulação dos serviços ofertados; (3) possibilita investimento na gestão hospitalar; (4) conforma os serviços conforme a demanda e necessidades do gestor local de saúde; (5) promove maior transparência na relação com o gestor local do SUS; (6) promove melhor inserção institucional na rede de serviços de saúde; (7) amplia os mecanismos de participação e controle social; (8) possibilita o questionamento e enfrentamento dos arranjos de poder institucional; (9) valoriza os aspectos referentes ao ensino, pesquisa, e avaliação de incorporação de novas tecnologias; (10) integra Ensino-Serviço, com privilégio da lógica das necessidades de saúde da população e (11) promove maior comprometimento do corpo de colaboradores da instituição. A tabela 1 mostra a situação atual dos hospitais de ensino no Brasil.

Com o objetivo de aprimorar o sistema de hospitais de ensino e criar condições para um melhor acompanhamento dos hospitais certificados, vem sendo propostas nas

discussões realizadas na Comissão Interinstitucional dos Hospitais de Ensino e no âmbito de cada ministério envolvido nesse processo várias ações e medidas que podem ser assim relacionadas:

1. Organização de um banco de dados informatizado para a coleta de informações sobre o ensino (em todos os níveis – graduação, residência médica e outras residências em saúde, especialização, mestrado, doutorado e ensino técnico), sobre a pesquisa e sobre a avaliação tecnológica de diferentes fontes de informação;
2. Estabelecimento de uma metodologia de acompanhamento e avaliação, que possibilite identificar temas críticos para apoio técnico;
3. Apoio para o desenvolvimento pleno da capacidade de atenção terciária dos hospitais, em consonância com as necessidades do sistema locorregional de saúde;
4. Atividades de formação orientadas ao aperfeiçoamento e profissionalização da gestão dos hospitais e ao desenvolvimento de atividades de avaliação tecnológica;
5. Linhas de financiamento para o desenvolvimento de investigação prioritário para o SUS;
6. Apoio à participação dos hospitais de ensino no processo de formação de pessoal e educação permanente, de modo a ampliar a relação entre os hospitais de ensino e os gestores locais de saúde no que diz respeito ao ensino e ao desenvolvimento dos profissionais de saúde;
7. Estabelecimento de políticas que visem à diminuição das grandes diferenças regionais encontradas entre os hospitais nas áreas do ensino, do desenvolvimento profissional, da produção de conhecimento e da avaliação tecnológica;
8. Criação de uma rede de cooperação entre todos os hospitais de ensino com o objetivo de trocar experiências em todas as suas áreas de atuação (gestão, assistência, ensino, desenvolvimento, pesquisa e avaliação tecnológica).

Finalmente, considerando as principais diretrizes do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, pode ser ressaltado que:

- A Política, coordenada pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, foi construída com a participação de atores representativos deste segmento hospitalar com participação ativa do Ministério da Educação, do Planejamento, da Ciência e Tecnologia além de CONASS, CONASEMS, ABRAHUE, ANDIFES, ABRUEM ABEN, ABEM alunos, residentes entre outros;

- Rompe a lógica da produção e inicia-se a lógica de metas quantitativas e de qualidade e do compromisso cada vez maior com o SUS.

- A definição de metas de qualidade e sua vinculação ao repasse financeiro induzem a adoção permanente de estratégias de qualificação da atenção à saúde, da gestão hospitalar, da inserção no SUS, da adoção das atividades de ensino e educação permanente e continuada para dentro e para fora do hospital e do desenvolvimento de atividades de pesquisa.

- A exigência da constituição da Comissão de Acompanhamento do convênio, garantindo a estratégia de monitoramento das metas pactuadas.

1.5 Principais Portarias do Processo de Certificação e Contratualização dos Hospitais de Ensino

2003

Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPGO n° 562 de 12 de maio de 2003

Constitui a Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou reformular a política nacional para o setor.

Portaria MS/GM n° 1098 de 10 de julho de 2003

Estabelece montante de recursos financeiros, no valor de R$ 50.000.000,00 (cinqüenta milhões de reais), a ser repassado pelo Ministério da Saúde às Instituições Federais de Ensino Superior.

Determina ao Fundo Nacional de Saúde a adoção das medidas necessárias para a transferência, regular e automática, do valor de acordo com as disponibilidades financeiras e em conformidade com a Portaria GM/MS n° 601 de 15/05/2003, às instituições mantenedoras.

Portaria MS/GM n° 1560 de 11 de agosto de 2003

Suspende temporariamente a habilitação de novas unidades ao recebimento de Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa – FIDEPS ou a alteração do valor concedido a título adicional, até que sejam redefinidos pela Comissão Interinstitucional, constituída pela Portaria Interministerial n° 562 de 12/05/2003, os critérios e mecanismos a serem aplicados no processo.

2004

Portaria Interministerial MS/MEC Nº 1.000, de 15 de abril de 2004

Certifica como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ouprivada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituição de EnsinoSuperior.

Define que a certificação dos Hospitais de Ensino é competência conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde.

Estabelece que a certificação é condicionada ao cumprimento de todos os requisitos obrigatórios constantes do artigo 6º da Portaria,

Portaria Interministerial MS/MEC Nº 1005, de 27 de maio de 2004

Define os documentos para verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios relacionados aos incisos I a XVII do artigo 6º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004.

Portaria Interministerial MS/MEC Nº 1006, de 27 de maio de 2004

Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS.

Portaria MS/GM Nº 1007, de 27 de maio de 2004

Estabelece montante de recursos financeiros, no valor de R$ 50.000.000,00 (cinqüenta milhões de reais), a ser repassado pelo Ministério da Saúde às Instituições Federais de Ensino Superior, conforme detalhado no Anexo desta Portaria.

Portaria MS/GM Nº 1.702, de 17 de agosto de 2004

Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Portaria MS/GM nº 1.703, de 17 de agosto de 2004

O Ministério da Saúde destina o valor anual de R$100.000.000,00 como recurso de incentivo a contratualização de Hospitais de Ensino Públicos e Privados previsto no inciso IV do artigo 6º da Portaria GM/MS nº 1.702/GM, de 17 de agosto de 2004.

Portaria MS/GM Nº 2.352, de 26 de outubro de 2004

Regulamenta a alocação dos recursos financeiros destinados ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS previstos no art. 4º da Portaria Interministerial nº 1.006/MEC/MS, de 2004.

Portaria InterministerialMS/MEC Nº 2.355, de 26 de outubro de 2004

Altera os arts. 4º e 5º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.005/2004, publicada no Diário Oficial da União, em 31 de maio de 2004, seção 1, página 55

2007

Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2400, de 07 de outubro de 2007

Estabelece os requesitos para a certificação de unidades hospitalares como Hospital de Ensino. (Art. 11. Ficam revogadas as Portarias Interministeriais nº 1.000 de 15/04/2004, e a Portaria Interministerial 1.005 de 27/05/2004.

2008

Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPOG nº 68, de 16 de janeiro

Inclui a representação abaixo na composição dos representantes da Comissão Interisntitucional, construída pela Portaria Interministerial nº 2.689, de 19/10/2007 – Ministério da Saúde: a) Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo – Secretaria de Atenção à Saúde.

2010

Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.916, de 21 de setembro

Constitui a Comissão de Certificação dos Hospitais de Ensino.

1.6 Os Hospitais Filantrópicos

A importância dos hospitais filantrópicos pode ser caracterizada pelo volume de atendimentos assistenciais e recursos financeiros consumidos, bem como pela representatividade desse segmento no universo de hospitais brasileiros.

As Entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, por determinação da Lei Orgânica de Saúde (Lei Federal no 8.080/1990) são parceiras preferências para participar do Sistema Único de Saúde (SUS), quando as disponibilidades deste forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área. Nesse sentido, o Decreto Presidencial de no 2.536/1998 dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidades de Fins Filantrópicos estabelecendo condições a serem preenchidos pelas instituições que pleiteiam a obtenção do referido certificado, de forma a ampliar e manter este grupo de entidades.

Dentre os critérios definidos para os estabelecimentos de natureza filantrópica, voltados para a prestação de serviços na área da saúde, cabe destacar dois requisitos: (i) ofertar a prestação de todos os seus serviços num percentual mínimo de 60% sessenta por cento e, (II) aplicar anualmente, em gratuidade, pelo menos vinte por cento da receita bruta proveniente da venda de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeiras, de locação de bens, de venda de bens não integrantes do ativo imobilizado e de doações particulares, cujo montante nunca será inferior à isenção de contribuições sociais usufruídas.

A partir do ano de 2006, com a assinatura do Decreto no 5.895/2006 foi apresentada uma terceira possibilidade de prestação de serviços na área de saúde, com a alteração do artigo 3º do Decreto no 2.536/1998, estabelecendo que a instituição de saúde poderá, alternativamente realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, estabelecendo convênio com a união, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação: estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisa de interesse público em saúde; desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. Esse decreto criou uma nova denominação para as entidades filantrópicas que passou a ser chamada Entidade Beneficente de Assistência Social.

Os regulamentos legais, acima citados, perdem sua validade mediante a publicação no Diário Oficial da União, em 30 de novembro de 2009, da Lei 12.101/2009 e do Decreto 7.237/2010, de 20 de julho de 2010, com alterações dadas pelo Decreto 7.300/2010, de 14 de setembro de 2010.

Como “inovações” definidas pela “nova” legislação cabe destacar a competência dada aos Ministérios da Saúde, Educação e Assistência Social e Combate a Fome para análise e decisão quanto aos requerimentos de concessão ou renovação do CEBAS apresentados no que refere as entidades com área de atuação correspondente, cessando desta forma as atribuições que eram de competência do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.

Especificamente no que diz respeito a área da saúde cabe o destaque sobre a comprovação dos 60% dos serviços ofertados ao SUS que serão verificados mediante o somatório de atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares, cabendo ao Ministério da Saúde estabelecer critérios de ponderação para os atendimentos ambulatoriais tendo como unidade de referência paciente-dia.

As demais possibilidades ofertadas anteriormente, como gratuidade e oferta exclusiva de procedimentos ambulatoriais é mantida, sem alterações significativas para destaque.

Quanto a alternativa de realizar e projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS é mantida na "nova" Lei (art.11) e na sua regulamentação dada pelo Decreto nº.7.237, de 20 de julho de 2010, incluindo as áreas de atuação proposta pelo Decreto de 2006.

Cabe destacar como alteração dada pela "nova" legislação, sem impactar na possibilidade de apresentação de projetos de apoio, a forma de aplicação dos recursos financeiros advindos da isenção das contribuições sociais, que de acordo com o disposto no art. 23 do Decreto 7237/2010, poderá a entidade compensar a diferença referente ao valor da isenção a ser aplicada nos projetos de apoio até o término do prazo de validade da sua certificação, estabelecendo a obrigatoriedade da aplicação mínina de setenta por cento do valor usufruído anualmente nestes projetos.

1.7 O Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos – adesão e contratualização

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, em 2010 o Brasil conta com 3.594 hospitais filantrópicos, que representam um total de 41% de unidades hospitalares do SUS (8.592), disponibilizando mais de 121 mil leitos para o SUS – 32,9 % do total de leitos SUS existentes no país (366.877). Historicamente, este grupo mantém-se no topo da lista em relação ao volume de internações registradas no DATASUS. Este segmento realiza cerca de 2,7 milhões de internações por ano, em todo o país, captando um repasse financeiro por esta produção na ordem de aproximadamente R$ 3 bilhões de reais/ano.

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS (Portaria MS,no 721, de 21 de setembro de 2005) com o objetivo de buscar apoio para as dificuldades de gestão, organização e financiamento por que passavam essas instituições hospitalares. Estrategicamente foram definidas duas etapas: 1) Adesão, e, 2) Contratualização, além da definição de recursos de incentivo de adesão à contratualização (IAC) na ordem de R$ 200 milhões de reais.

E importante salientar que a contratualização é um instrumento de gestão importante porque é possível uma maior programação orçamentária e financeira; facilitação dos processos de avaliação, controle, regulação dos serviços ofertados; possibilidade de maior investimento na gestão hospitalar; adequação dos serviços conforme a demanda e necessidades do gestor local de saúde; maior transparência na relação com o gestor local do SUS; melhor inserção institucional na rede de serviços de saúde; ampliação dos mecanismos de participação e controle social e possibilidade de questionamento e enfrentamento dos arranjos de poder institucional.

Ficou constatado que o universo potencial para aderir a esse programa totalizava 3.594 hospitais filantrópicos. Desse total, 757 aderiram o que representou um percentual de 21% do total geral de hospitais filantrópicos existentes no país. Considerando outras políticas estratégicas deste Ministério da Saúde na área hospitalar, observou-se que 39 hospitais filantrópicos aderiram ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino, e 58 participam da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte.

Com relação ao processo de contratualização, 85,6% dos hospitais filantrópicos que aderiram ao programa já concluíram a etapa de contratualização, totalizando 648 hospitais, o que representou um acréscimo de recursos novos (IAC) na ordem de R$ 214.426.594,56 milhões/ano. Importante acrescentar que o Incentivo a Contratualização – IAC, dos hospitais que finalizaram a contratualização teve um reajuste de 20%, através da Portaria MS nº. 3.130, de 24 de dezembro de 2008.

O incentivo a contratualização – IAC destina-se a: (I) qualificação da gestão, considerada pelo Programa como ação estruturante para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e particularmente para o segmento filantrópico do conjunto de hospitais brasileiros; (II) a educação permanente de recursos humanos, e (III) a adesão às políticas prioritárias do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O cálculo dos valores financeiros usou como base a produção paga de internações na média complexidade, no ano de 2004, excluídos os valores de órteses e próteses, obedeceu aos seguintes critérios:

I - cinqüenta por cento (50%) desse valor destinados a todos os hospitais que se enquadram no Programa em parcelas mensais proporcionais à produção paga de internações na média complexidade, no ano base de 2004, excluídos os valores de órteses e próteses;

II - vinte e cinco por cento (25%) para os hospitais que se enquadram no Programa e que apresentam trinta por cento (30%) ou mais de atendimento a pacientes de outros municípios em parcelas mensais proporcionais à produção paga de internações na média complexidade, no ano base de 2004, excluídos os valores de órteses e próteses;

III - vinte e cinco por cento (25%) para os hospitais que se enquadram neste Programa e que estão cadastrados com produção de internações nas seguintes especialidades: clínica médica, clínica pediátrica, clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia e tráumato-ortopedia, em parcelas mensais proporcionais à produção paga de internações na média complexidade, no ano base de 2004, excluídos os valores de órteses e próteses.

Do ponto de vista normativo, destacam-se no Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no âmbito do SUS as seguintes portarias:

I - Portaria MS 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.

II - Portaria MS nº. 635/SAS, de 10 de novembro de 2005: Regulamenta do processo de contratualização.

III - Portaria MS nº. 3.123/GM, de 07 de dezembro de 2006: Homologa processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos.

IV - Portaria MS nº. 318/SAS, de 29 de maio de 2007: Prorroga o prazo final para entrega dos contratos referentes ao processo de contratualização para 28/08/2007.

A utilização das diretrizes desenhadas pelo Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos pode contribuir para mudanças dos modelos de gestão e de financiamento deste segmento hospitalar do SUS. Além disso, as estratégias adotadas apontam para uma nova realidade no cenário brasileiro, ou seja, a de que é possível construir uma nova missão para cada unidade filantrópica, aliada à

busca de maior eficiência, otimização e qualificação da atenção à saúde prestada por esse relevante conjunto no SUS.

Podem ser destacados vários aspectos positivos para esse programa.Podemos destacar que: (I) possibilita a modernização da gestão; (II) permite maior envolvimento entre prestadores e gestores locais- maior inserção no SUS; (III) facilitação os processos de planejamento, regulação, controle e avaliação local e, (IV) permite uma maior regularidade de repasse de recursos financeiros por parte do MS para cumprir com a contrapartida do IAC.

1.8 Principais Portarias do Processo de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos

HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

2005

Portaria MS/GM 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.

Portaria MS/SAS 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.

2006

Portaria MS/GM nº 3.123 de 07 de dezembro de 2006.

Homologa o Processo de Adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

2007

Portaria MS/SAS nº 318, de 29 de maio de 2007.

Prorroga, até 28 de agosto de 2007, o prazo estabelecido pela Portaria SAS/MS nº 89, de 26 de fevereiro de 2007, que define a data limite para envio do instrumento formal de contratualização para a Secretária de Atenção à Saúde - SAS/MS.

2008

Portaria MS/GM nº 3.130, de 24 de dezembro de 2008.

Estabelece recursos financeiros serem incorporados ao Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e dos Municípios. Os recursos serão adicionados ao valor do Incentivo à Contratualização – IAC destinado às instituições que aderiram ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos.

2009

Lei Nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.

Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei n° 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis n° 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória n° 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências.

2010

Portaria MS/GM nº 1.034 de 05 de maio de 2010

Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Decreto Nº 7.237, de 20 de julho de 2010

Regulamenta a Lei no 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências.

Decreto N° 7.300, de 14 de setembro de 2010

Regulamenta o art. 110 da Lei no 12.249, de 11 de junho de 2010, e altera o Decreto no 7.237, de 20 de julho de 2010, que regulamenta a Lei no 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social.

PARTE II

2 Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde: contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no SUS

Karla Larica Wanderley[3]
Antonio Pires Barbosa[4]
Sheyla Maria Lemos Lima[5]
Margareth Crisostomo Portela[6]
Ana Maria Malik[7]

2.1 Introdução

O Ministério da Saúde formulou, em 2004, políticas visando à reestruturação do setor hospitalar (BRASIL, 2004a). Para os hospitais de ensino (HE) e hospitais filantrópicos (HF), tais políticas se materializam em dois programas de reestruturação, com os seguintes objetivos: (1) redefinir seu perfil assistencial, papel e inserção na rede de serviços loco-regional; (2) definir seu papel na educação permanente e formação de profissionais do SUS; e (3) qualificar sua gestão e a assistência prestada por eles (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c). Para os HE, estabeleceu-se ainda um quarto objetivo: definir seu papel na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e na gestão, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2004c).

Os programas previam que ações a serem desenvolvidas fossem especificadas e formalizadas por meio de uma ferramenta contratual (contratos e/ou convênios) entre hospital e gestor municipal e/ou estadual de saúde. O contrato/convênio, além dos recursos estimados para sua operacionalização, deveria conter um plano operativo anual com metas quantitativas e qualitativas relacionadas a cada uma das diretrizes contidas nos programas.

Importante inovação adicional foi a alteração da lógica de repasse de recursos até então vigente, passando os hospitais a ter um orçamento misto: uma parte fixa, estimada e conhecida antecipadamente (relativa ao custeio da média complexidade); e outra parte variável, repassada conforme a produção de procedimentos (relativa ao custeio da alta complexidade). Do orçamento pré-conhecido, 90% dos recursos seriam inicialmente repassados em parcelas fixas mensais e o restante segundo o alcance de metas e indicadores estabelecidos no plano operativo.

Até o início de 2010 não tinha ocorrido uma avaliação da implementação dessas políticas, dos resultados alcançados e dos problemas enfrentados. O trabalho aqui apresentado representa uma síntese dos resultados do projeto de pesquisa intitulado Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde: a contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no SUS que se propôs a avaliar o processo, com vistas a identificar os ajustes necessários, tanto nos objetivos propostos quanto nas estratégias definidas e nas ações implementadas.

---

[3] Coordenadora Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Mestre em Gestão de Sistemas e serviços de Saúde
[4] Superintendente de planejamento do Hospital Samaritano/SP
[5] Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ/MS
[6] Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ/MS
[7] pesquisadora da FGV/SP

2.2 Objetivos

O objetivo geral deste estudo é caracterizar e analisar o processo de contratualização dos hospitais de ensino e dos hospitais filantrópicos inseridos, respectivamente, no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no SUS e no Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, no âmbito do SUS.

Como objetivos específicos enumeram-se:

- Caracterizar o estágio de implementação da contratualização dos hospitais de ensino e dos hospitais filantrópicos;
- Identificar os resultados alcançados considerando as diretrizes colocadas pelo MS para os programas de reestruturação dos HE e HF;
- Identificar boas práticas de gestão, entraves e lacunas resultantes e/ ou associadas à contratualização; e
- Fomentar a produção e disseminação de conhecimentos desenvolvidos no âmbito do setor hospitalar no SUS.

2.3 Métodos

Foram realizados dois inquéritos de abrangência nacional, caracterizados como estudos transversais, considerando dois universos de estudo - 131 hospitais de ensino e 633 hospitais filantrópicos contratualizados, definidos a partir dos cadastros de HE e de HF do Ministério da Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em janeiro de 2009. Foram construídas duas amostras aleatórias representativas: uma amostra de 32 HE, estratificada por macrorregião e esfera administrativa (hospital público ou privado); e uma de 51 HF, estratificada por macrorregião e classes de número de leitos dedicados a pacientes do SUS.

2.3.1 Amostra de hospitais de ensino

A população de pesquisa foi constituída pelos 131 HE contratualizados por secretarias de saúde. Eles dispunham, em 2009, de um total de 42.611 leitos dedicados a pacientes do SUS. A fim de assegurar que a amostra representasse as macrorregiões e a esfera administrativa, a população de pesquisa foi estratificada por essas duas variáveis.

O tamanho total da amostra foi fixado, por razões orçamentárias e para responder a critérios de amostragem, em 30 HE. Optou-se, pela alocação do tamanho de amostra entre os estratos de forma proporcional a seu número de HE na população, assegurando um mínimo de dois hospitais na amostra de cada estrato. Entretanto, como os hospitais de cada estrato têm um número distinto de leitos dedicados a pacientes do SUS (Tabela 1), decidiu-se que os hospitais de cada estrato seriam selecionados com probabilidade proporcional ao número de leitos para o SUS.

Durante o trabalho de campo ocorreram 10 recusas em um total de 42 tentativas de entrevistas. Houve mais recusas nos hospitais públicos (sete das dez). A Tabela 1 mostra o número de HE analisados, segundo as variáveis consideradas.

Tabela 1 – Dados da população de Hospitais de Ensino, da amostra selecionada e da amostra efetiva, segundo os *estratos*

Estratos (macrorregiões e esfera administrativa)	População		Alocação proporcional	
	Hospitais	Leitos SUS	Tamanho da amostra	Tamanho da amostra efetiva
Total	131	42.611	33	32
Norte	4	1.092	2	1
Público	4	1.092	2	1
Nordeste	28	8.919	7	7
Privado	4	2.569	2	2
Público	24	6.350	5	5
Sudeste	58	18.790	13	13
Privado	22	6.557	5	5
Público	36	12.233	8	8
Sul	31	10.259	7	7
Privado	16	4.828	4	4
Público	15	5.431	3	3
Centro-Oeste	10	3.551	4	4
Privado	2	730	2	2
Público	8	2.821	2	2

Fonte: Autoria própria.

2.3.2 Amostra de hospitais filantrópicos

A população de pesquisa foi constituída pelos 633 hospitais filantrópicos (HF) contratualizados por secretarias de saúde em 2009. Em conjunto, eles dispunham de um total de 56.308 leitos dedicados a pacientes do SUS. A fim de assegurar que a amostra representasse as macrorregiões e a esfera administrativa, a população de pesquisa foi estratificada por essas duas variáveis.

O tamanho total da amostra foi fixado, por razões orçamentárias e de critérios de amostragem, em 51 HF, a serem alocados entre as cinco macrorregiões conforme a Tabela 2. Como há pouca variação entre a porcentagem de hospitais e de leitos em cada região, a alocação do tamanho de amostra pode ser realizada por qualquer dessas variáveis, pois não implicaria em variação relevante nos tamanhos de amostra nos estratos. Optou-se, então, pela alocação proporcional ao número de hospitais por ser uma variável mais confiável do que o número de leitos dedicados a pacientes do SUS, que tem menor estabilidade ao longo do tempo.

Tabela 2 – Dados da população, da amostra selecionada e da amostra efetiva

Estratos (macrorregiões e esfera administrativa)	Hospitais na população	Tamanho da amostra Efetiva
Total	633	51
Norte	14	2
Nordeste	102	8
Sudeste	339	27
Sul	136	11
Centro-Oeste	42	3

Fonte: Autoria própria.

2.3.3 Gestores estaduais e municipais contratantes dos hospitais incluídos no estudo

Considerando que o processo de contratualização envolve contratante e contratado, foram também entrevistados 59 gestores das secretarias estaduais e municipais contratantes (20 secretarias ou diretorias regionais de secretarias estaduais e 39 de secretarias municipais de saúde).

2.3.4 Coleta de Dados

Foram elaborados dois questionários semi-estruturados (Anexos A e B). Um para os HE e HF, com dimensões e variáveis comuns e algumas específicas, tendo em vista as diretrizes colocadas em cada um dos Programas e as especificidades dos Hospitais de Ensino, tratando ainda de uma caracterização do processo de contratualização dos HE e HF Outro foi aplicado para as secretaria contratantes, contemplando uma breve caracterização das práticas e estruturas gerenciais da secretaria e do processo de contratualização dos HE e HF.

Os pesquisadores de campo foram treinados para a coleta de dados, que foi realizada por meio de entrevistas com os dirigentes de hospitais e gestores das secretarias. Os dados foram digitados em formulário eletrônico, encaminhado por meio digital para um banco construído especificamente para esta finalidade.

A pesquisa foi realizada entre junho e setembro de 2009.

2.3.5 Análises

As análises apresentadas são descritivas, valendo o destaque de que os resultados obtidos sobre os hospitais de ensino e os hospitais filantrópicos foram expandidos, através de pesos amostrais, na perspectiva da provisão de estimativas populacionais, ou seja, acerca dos dois conjuntos de hospitais.

Os dados foram processados utilizando o programa estatístico SAS®.

2.4 Resultados

2.4.1 Caracterização dos hospitais de ensino contratualizados

Na Tabela 3 observam-se os cargos/funções dos 32 entrevistados na amostra dos hospitais de ensino contratualizados. Grande parte dos entrevistados ocupa os cargos da maior hierarquia dentro do hospital: superintendentes ou diretores gerais (43,7%), ou superintendentes/diretores médicos/técnicos (15,5%). Os demais entrevistados estão distribuídos entre outros cargos/funções.

Tabela 3 – Distribuição de cargos/funções dos dirigentes entrevistados na amostra dos **hospitais de ensino** contratualizados (n=32). Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Cargos/funções	HE	
	N	%
Superintendente/diretor geral/executivo	14	43,7
Superintendente /diretor médico/técnico	5	15,6
Diretor administrativo	2	6,3
Diretor financeiro e de planejamento	1	3,1
Assessoria da superintendência	2	6,3
Assessoria da direção técnica	2	6,3
Assessoria da direção de ensino	1	3,1
Gerente de ensino e pesquisa	2	6,3
Gerente de medicina interna	1	3,1
Gerente de unidade ambulatorial	1	3,1
Encarregado do faturamento SUS	1	3,1
Total	32	100,0

Fonte: Autoria própria.

A partir daqui, os resultados apresentados constituem-se em estimativas obtidas pela expansão da amostra referida no capítulo de Métodos.

A seguir os hospitais de ensino contratualizados são caracterizados segundo sua natureza jurídica, propriedade e vinculação com instituição de ensino e existência de organização jurídico-administrativa complementar à sua estrutura de gestão.

A Tabela 4 evidencia que 66,4% (87) dos hospitais de ensino contratualizados são de natureza pública e 33,6% (44) de natureza privada.

Tabela 4 – Distribuição dos **hospitais de ensino** contratualizados por natureza jurídica. (N=131). Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Natureza jurídica	HE	
	N	%
Privado	44	33,6
Público	87	66,4
Total	131	100,0

Fonte: Autoria própria.

Considerando sua vinculação com instituições de ensino, observa-se, na Tabela 5, que 40,1% (53) pertencem a elas e 59,9% (78) são conveniados.

Tabela 5 – Distribuição dos **hospitais de ensino** contratualizados por vínculo com a instituição de ensino (N=131). Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Vínculo com a instituição de ensino	HE	
	N	%
Próprio	53	40,1
Conveniado	78	59,9
Total	131	100,0

Fonte: Autoria própria.

Entre os próprios de instituições de ensino, a maioria (37) pertence a universidades federais. (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos **hospitais de ensino** contratualizados **próprios** de instituição de ensino por natureza da instituição de ensino (N=53). Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Natureza da instituição de ensino	HE	
	N	%
Universidade federal	37	69,9
Universidade estadual	5	10,3
Universidade privada	11	19,8
Total	53	100,0

Fonte: Autoria própria.

Quanto aos hospitais conveniados com instituições de ensino, destacam-se os múltiplos arranjos existentes e o fato de a maior parte se relacionar com universidades privadas. Dos 78 entrevistados, 28 (35,9%) não sabem informar a natureza da instituição de ensino com a qual tinha convênio (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos **hospitais de ensino** contratualizados **conveniados** a instituição de ensino por natureza da instituição de ensino (N=78). Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Natureza da instituição de ensino	**HE**	
	N	**%**
Universidade federal	5	5,9
Universidade estadual	6	7,9
Universidade privada	15	19,2
Universidade federal e estadual	3	4,2
Universidade federal e privada	11	14,0
Universidade estadual e privada	2	2,1
Universidade federal, estadual e privada	8	10,8
NSI	28	35,9
Total	78	100,0

Fonte: Autoria própria.

Considerando a existência de organizações jurídico-administrativas complementares à estrutura de gestão dos hospitais de ensino, 28,6%(38) referem possuir fundações de apoio e 8,2% (11), organizações sociais. Dos que possuem fundação de apoio, a maioria informa utilizá-las para contratação de pessoal, compra de material de consumo, de serviços, de material permanente e de equipamentos além de servirem para realização de serviços não especificados. Dos vinculados a organizações sociais, 28,0% informam seu uso para contratação de pessoal (Tabela 8).

Tabela 8 – Organizações com modalidades jurídico-administrativas complementares à estrutura de gestão nos **hospitais de ensino** contratualizados (N=131). Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Modalidades jurídico-administrativas	**HE**	
	N	**%**
Fundação de apoio	38	28,6
contratação de pessoal	20	53,9
compra de material de consumo	20	53,9
compra de serviços	20	53,9
compra de material permanente e equipamentos	20	53,9
outros serviços	23	61,7
Organização social	11	8,2
contratação de pessoal	3	28,0
compra de material de consumo	-	-
compra de serviços	-	-
compra de material permanente e equipamentos	-	-
outros serviços	-	-

Fonte: Autoria própria.

2.4.2 Caracterização geral dos hospitais filantrópicos contratualizados

Os cargos/funções dos 51 entrevistados na amostra dos hospitais filantrópicos contratualizados incluídos na pesquisa são, em sua maioria, superintendentes ou diretores administrativos (39,1%), seguidos por superintendente/diretor geral (23,4%) e superintendente/diretor médico (21,5%). Os demais entrevistados estão distribuídos entre outros cargos/funções (Tabela 9) .

Tabela 9 – Distribuição de cargos/funções dos dirigentes entrevistados na amostra dos **hospitais filantrópicos** contratualizados.(N=51). Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Cargos/funções	**HE**	
	N	**%**
Superintendente administrativo/ diretor administrativo/ coordenadora administrativa/ administrador/ Gestor administrativo/ Gerente administrativo	20	39,1
Presidente/ Superintendente/diretor geral/executivo/ gestor executivo	12	23,4
Superintendente /diretor médico/técnico	11	21,5
Interventor/ Provedor	1	2,0
Assessor da direção	1	2,0
Assessor administrativo	1	2,0
Assessor comercial de convênios	1	2,0
Assessor de planejamento	1	2,0
Gerente hospitalar	1	2,0
Gerente de qualidade	1	2,0
Assistente administrativo	1	2,0
Total	51	100,0

Fonte: Autoria própria.

A partir daqui, os resultados apresentados constituem-se em estimativas obtidas pela expansão da amostra referida no item de Métodos.

A seguir os hospitais filantrópicos contratualizados são caracterizados segundo existência de organização jurídico-administrativa complementar à sua estrutura de gestão.

Somente 8,2% dos hospitais filantrópicos referem possuir fundações de apoio e 8,8%, organizações sociais. Dos que possuem fundação de apoio, a atuação destas se destina à compra de material e a outras atividades. Dos vinculados a organizações sociais, 68,8% informam seu uso para contratação de pessoal e 28,0% para compra de material de consumo, de serviços e de material permanente e de equipamentos (Tabela 10).

Tabela 10 – Modalidades jurídico-administrativas complementares à estrutura de gestão nos **hospitais filantrópicos** contratualizados (N=633). Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Modalidades jurídico-administrativas	HE	
	N	%
Fundação de apoio	52	8,2
contratação de pessoal	-	-
compra de material de consumo	-	-
compra de serviços	-	-
compra de material permanente e equipamentos	22	41,8
outros serviços	20	38,9
Organização social	56	8,8
contratação de pessoal	38	68,8
compra de material de consumo	16	28,0
compra de serviços	16	28,0
compra de material permanente e equipamentos	16	28,0
outros serviços	-	-

Fonte: Autoria própria.

2.4.3 Formação e pós-graduação em gestão dos dirigentes de hospitais de ensino e filantrópicos

Os diretores gerais dos hospitais de ensino contratualizados são majoritariamente médicos (78,3%) (Tabela 11), dos quais 39,5% sem pós-graduação (Tabela 12). Somente 21,9% informam, possuir pós-graduação em administração/gestão hospitalar (Tabela 12).

Tabela 11 – Formação dos diretores gerais dos **hospitais de ensino** contratualizados (N=131). Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Formação	HE	
	N	%
Administração	9	7,2
Biomedicina	11	8,7
Enfermagem	7	5,0
Jornalismo	1	0.8
Medicina	103	78,3
Total	131	100,0

Fonte: Autoria própria.

Tabela 12 – Pós-graduação (especialização, pelo menos) do diretor geral do diretor dos **hospitais de ensino** contratualizados (N=131). Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Formação	HE	
	N	%
Administração/gestão hospitalar	29	21,9
Auditoria em saúde	6	4,4
Curso interno da SES	1	0,8
Economia em saúde	13	10,0
Medicina	4	3,3
Saúde pública	2	1,5
Pós não especificada	17	13,5
Não possui	52	39,5
NSI	7	5,1
Total	131	100,0

Fonte: Autoria própria.

Os diretores gerais dos hospitais filantrópicos contratualizados são majoritariamente médicos (37,2%) seguidos por administradores (24,8%) (Tabela 13). Há um expressivo percentual (30,8%) sem pós-graduação e 34,2% informam possuir pós-graduação em administração/gestão hospitalar (Tabela 14).

Tabela 13 – Formação do diretor geral dos **hospitais filantrópicos** contratualizados (N=633). Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Formação	HE	
	N	%
Medicina	235	37,2
Administração /gestão	157	24,8
Ciências Contábeis e Economia	63	10,0
Enfermagem	32	5,1
Teologia	25	4,0
Técnico	24	3,9
Empresário	25	3,9
Direito	18	2,8
Odontologia	15	2,3
Psicologia	15	2,3
Engenharia	13	2,0
Fisioterapia	11	1,7
Total	633	100,0

Fonte: Autoria própria.

Tabela 14 – *Pós graduação, ao menos especialização, do diretor geral do diretor dos **hospitais filantrópicos** contratualizados (N=633).* Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Formação	HE	
	N	%
Administração/gestão hospitalar / empresarial/em saúde	216	34,2
Engenharia de produção	23	3,6
Pós não especificada	141	22,3
Não possui	195	30,8
NSI	58	9,1
Total	633	100,0

Fonte: Autoria própria.

2.4.4 Caracterização geral das Secretarias pesquisadas

As secretarias contratantes foram selecionadas não em função de amostra probabilística, mas a partir dos hospitais por elas contratados, incluídos nas amostras de hospitais de ensino e filantrópicos.

As entrevistas com os gestores das secretarias versaram sobre a sua experiência com o processo de contratualização no seu conjunto, envolvendo todos os hospitais contratados, diferenciados entre de ensino e filantrópicos, considerando a especificidades de cada um dos dois tipos de processo.

Os achados aqui reportados não devem servir de base de inferência para a população de secretarias que contratualizam hospitais no país. A ocorrência de resultados conflitantes com aqueles obtidos junto aos hospitais não indica inconsistência, mas o reflexo da experiência com outros hospitais além daqueles que motivaram a sua inclusão no estudo. Imagina-se que o diagnóstico aqui apresentado traga uma boa aproximação da experiência de gestores municipais e estaduais com os programas de contratualização com ambos os tipos de hospital

Foram entrevistados 59 gestores contratantes de hospitais de ensino e/ou filantrópicos, dos quais 20 (33,9%) constituíam-se em instâncias do governo estadual (secretarias ou diretorias regionais de secretarias estaduais) e 39 (66,1%) correspondiam a secretarias municipais. Tais instâncias/secretarias localizam-se em 47 municípios e 18 unidades federativas (Tabela 15). A Tabela 16 mostra que os entrevistados nas diversas secretarias ocupam predominantemente posições que os habilitavam a responder o questionário da pesquisa de forma qualificada.

Tabela 15 – *Distribuição das secretarias/instâncias da esfera estadual ou municipal contratantes de hospitais de ensino e/ou hospitais filantrópicos incluídas no estudo (n=59)*. Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Região/Unidade Federativa	**n**	**%**
Norte	2	3,4
Pará	1	1,7
Tocantins	1	1,7
Nordeste	10	17,0
Ceará	3	5,1
Paraíba	1	1,7
Pernambuco	2	3,4
Sergipe	1	1,7
Bahia	3	5,1
Sudeste	30	50,8
Minas Gerais	7	11,8
Espírito Santo	1	1,7
Rio de Janeiro	5	8,5
São Paulo	17	28,8
Sul		20,3
Paraná	5	8,5
Santa Catarina	2	3,4
Rio Grande do Sul	5	8,5
Centro-Oeste		8,5
Mato Grosso	2	3,4
Mato Grosso do Sul	1	1,7
Goiás	1	1,7
Distrito Federal	1	1,7
Total	59	100,0

Fonte: Autoria própria.

Tabela 16 – *Cargos/funções dos entrevistados nas secretarias contratantes de hospitais de ensino e/ou hospitais filantrópicos incluídas no estudo (n=59)*. Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Cargo/Função do Entrevistado	**n**	**%**
Secretário de Saúde	14	23,7
Coordenador de contratualização	7	11,9
Diretor de Avaliação, controle e regulação	16	27,1
Diretor técnico de Departamento	10	16,9
Coordenador de núcleo de relacionamentos com prestadores	3	5,1
Assessores	4	6,8
Supervisão hospitalar	1	1,7
Técnico de auditoria	1	1,7
Outros	3	5,1
Total	59	100,0

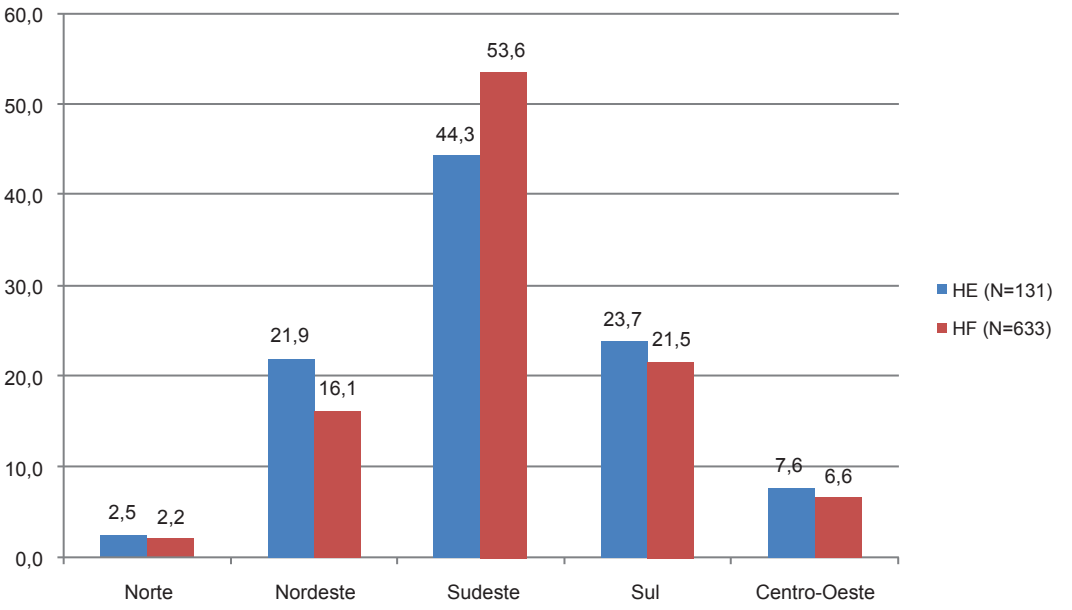
Fonte: Autoria própria.

2.5 Comparações entre a contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos

Neste item são apresentadas algumas comparações entre os hospitais de ensino e filantrópicos contratualizados, quanto à distribuição geográfica, à presença de práticas e estruturas de qualificação da gestão, da assistência, do ensino, pesquisa e avaliação tecnológica em saúde e ao processo de contratualização entre hospitais e secretarias.

Os hospitais de ensino e filantrópicos contratualizados estão distribuídos entre as macrorregiões do país de forma semelhante. Localizam-se majoritariamente nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste, sendo, portanto, mais raros nas regiões Centro-Oeste e Norte (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos hospitais de ensino e filantrópicos por macrorregiões. Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

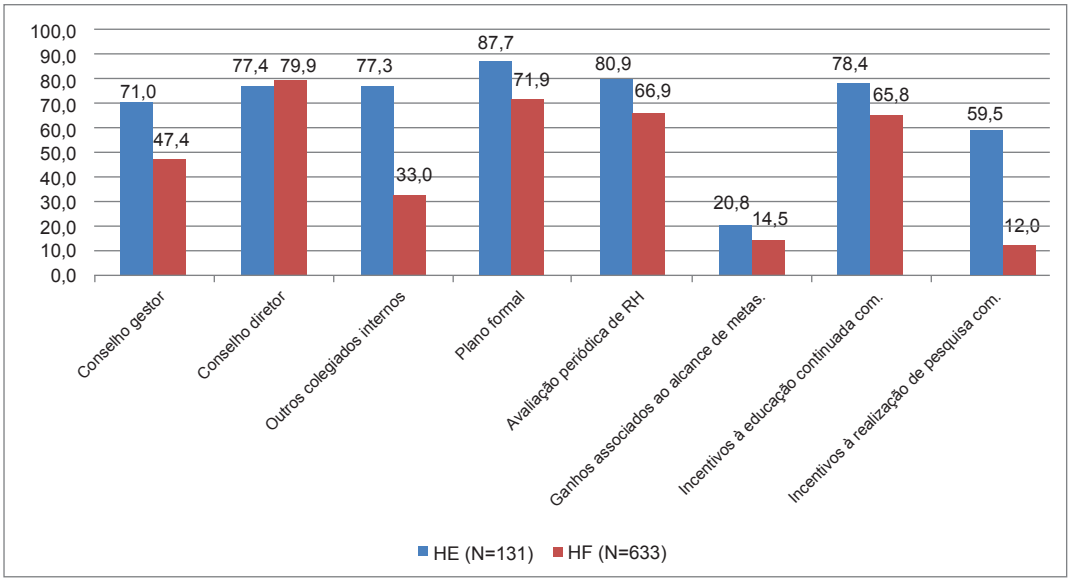


Fonte: Autoria própria.

Quanto à presença de práticas e estruturas qualificadoras da gestão no campo da direção, do planejamento e da administração de recursos humanos são observados melhores resultados nos hospitais de ensino do que nos hospitais filantrópicos, exceto no que se refere à presença de Conselho Diretor. Este, proporcionalmente, é ligeiramente mais presente nos hospitais filantrópicos.

A administração de Recursos Humanos merece bastante atenção, tanto nos hospitais de ensino quanto nos filantrópicos. Pouco mais da metade dos hospitais de ensino pratica incentivos para realização de pesquisa, característica que seria desejável e esperada para estes hospitais. No caso dos hospitais filantrópicos este percentual é muito baixo, mas compatível com seu perfil de atividades fim. Por fim, é baixo o percentual de hospitais, tanto de ensino quanto filantrópicos, que oferecem ganhos associados ao alcance de metas para as equipes, o que fragiliza a lógica contratual em um de seus pilares: o sistema de incentivos associado ao desempenho. O componente variável do orçamento do convênio/contrato mostrou-se um incentivo para o hospital, mas não para suas equipes, responsáveis diretas pelos produtos e serviços que garantem o alcance ou não das metas de desempenho dos hospitais estabelecidas no convênio/contrato (Gráfico 2).

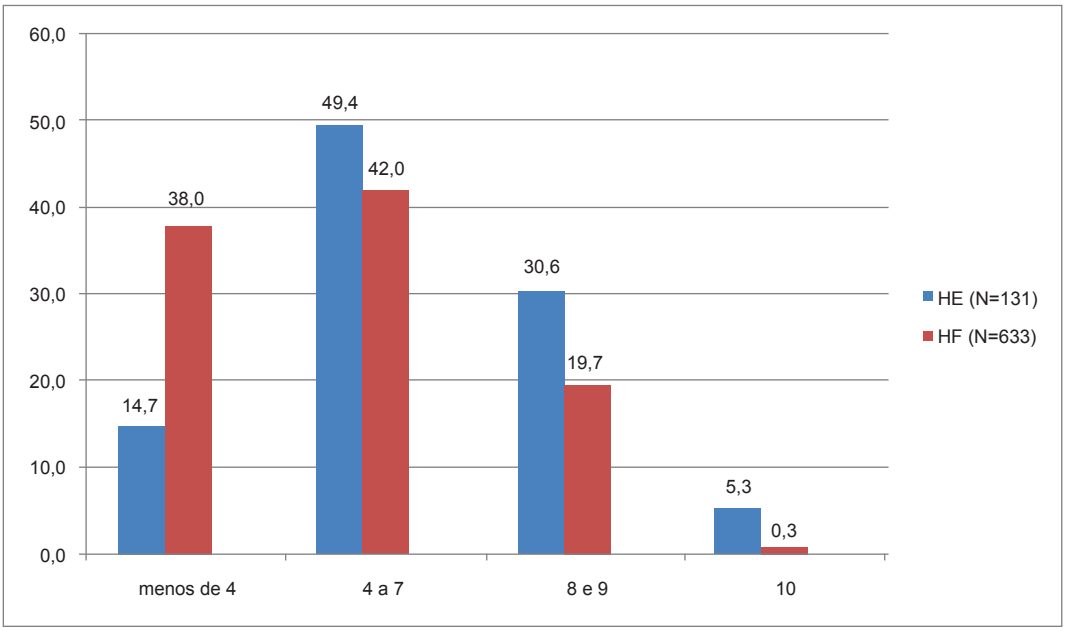
Gráfico 2 – *Práticas e estruturas no campo da gestão nos hospitais de ensino e filantrópicos contratualizados*. Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.



Fonte: Autoria própria.

Estes resultados são reforçados pelo escore de classificação gerencial (Gráfico 3), que sintetiza a presença de estruturas e práticas gerencias básicas mencionadas no rodapé da tabela. Observa-se uma presença maior das mesmas nos hospitais de ensino do que nos hospitais filantrópicos (somente 14,7% dos hospitais de ensino referem possuir menos de 4 de um total de 10 práticas e estruturas gerencias consideradas, frente a 38,0% dos hospitais filantrópicos).

Gráfico 3 – Escore de classificação gerencial segundo práticas e/ou estruturas* no campo da gestão nos hospitais de ensino e filantrópicos. Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.



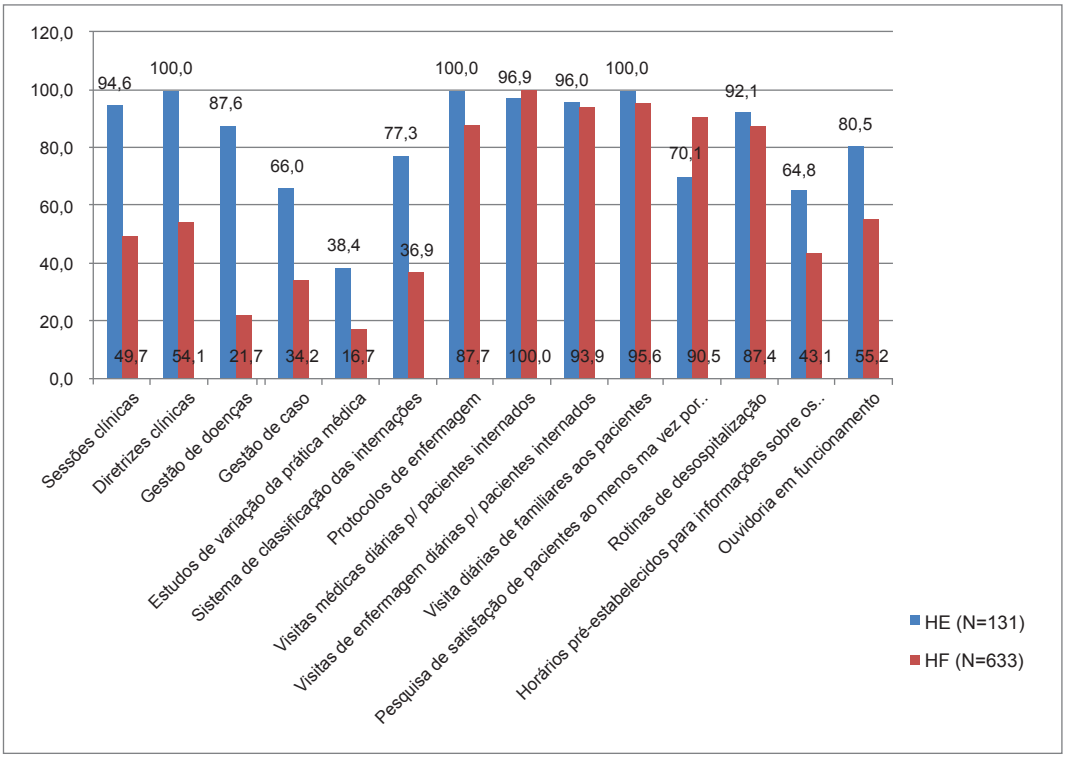
Fonte: Autoria própria.

* (1)conselho diretor; (2) plano estratégico; (3) programação de atividades assistenciais com metas; (4)monitoramento de metas; (5) orçamento anual; (6) monitoramento orçamentário; (7) ganhos associados à metas; (8) incentivos à educação continuada com apoio financeiro; (9) sistema de custo implantado; (10) uso da informação sobre custo para elaboração do POA

O mesmo acontece em relação à presença de práticas e estruturas qualificadoras da atenção. Os hospitais de ensino apresentam resultados melhores do que os filantrópicos, exceto em relação à presença de visitas médicas diárias aos pacientes e à realização de pesquisas de satisfação de usuários ao menos uma vez ao ano. No campo da gestão da clínica (sessões clínicas, diretrizes clínicas, gestão de casos, gestão de doenças e estudos de variação da prática médica), no uso de sistema de classificação das internações e na existência de ouvidoria, os hospitais filantrópicos estão defasados comparativamente aos hospitais de ensino (Gráfico 4).

Várias destas condições constituem-se em políticas do Ministério da Saúde, inclusive nas diretrizes dos programas de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos e no processo de certificação dos hospitais de ensino. Os hospitais contratualizados, especialmente os filantrópicos, ainda têm muitos desafios a superar no campo da qualificação assistencial.

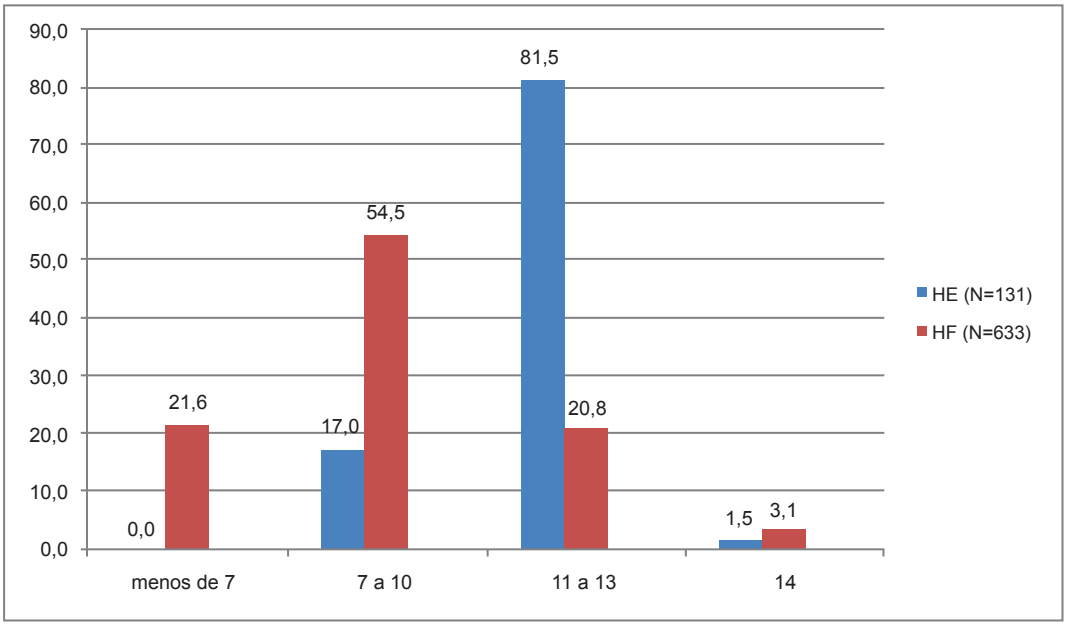
Gráfico 4 – Práticas e estruturas qualificadoras da assistência nos hospitais de ensino e hospitais filantrópicos. Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.



Fonte: Autoria própria.

Estes resultados são reforçados pelo escore de classificação da qualificação assistencial apresentado no Gráfico 5, que sintetiza a presença de estruturas e práticas qualificadoras da assistência, mencionadas no rodapé da tabela. O escore evidencia que as diferenças entre os hospitais de ensino e filantrópicos são mais acentuadas no campo da assistência do que da gestão. Enquanto 81,5% dos hospitais de ensino registram de 11 a 13 das 14 práticas e estruturas consideradas, somente 20,8% dos hospitais filantrópicos apresentam a mesma condição.

Gráfico 5 – Escore de classificação assistencial segundo práticas e/ou estruturas* no campo da assistência nos hospitais de ensino e filantrópicos. Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.



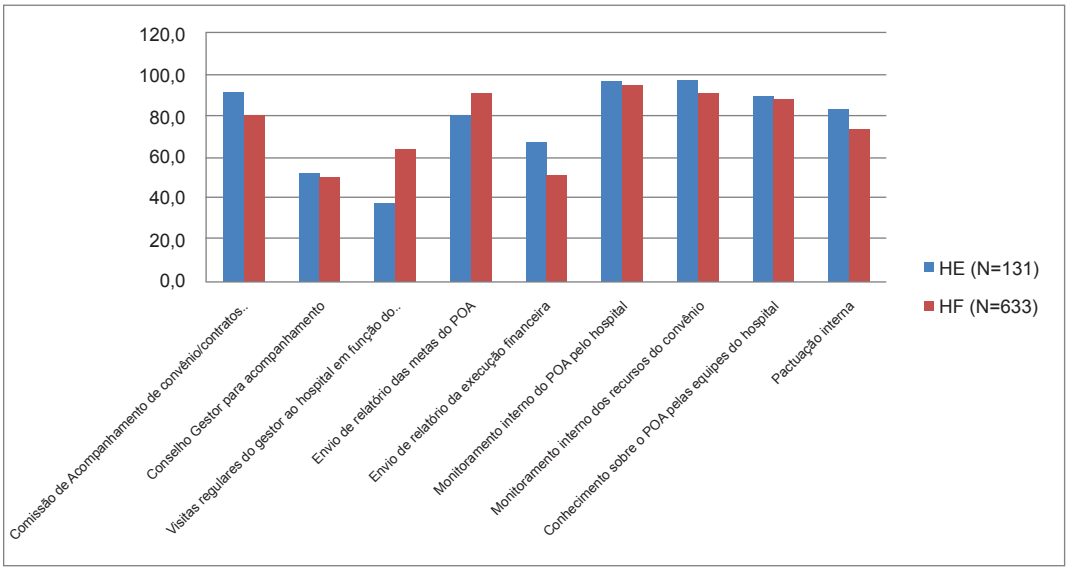
Fonte: Autoria própria.

*(1)sessão clínica periódica; (2) diretrizes clínicas; (3)gestão de doenças; (4)gestão de casos; (5) estudo sobre a variação da prática médica; (6) metodologia de classificação das internações por gravidade e/ou utilização de recursos; (7) protocolos de enfermagem; (8) visitas médicas diárias; (9) visitas de enfermagem diárias; (10) visitas de familiares diárias; (11) pesquisa de satisfação de usuários; (12) rotinas para agilizar a desospitalização; (13) horários pré-estabelecidos para prestar informações sobre o paciente; (14) ouvidoria

No que se refere à qualificação das atividades de ensino, pesquisa e avaliação tecnológica em saúde (ATS) ainda há muito a ser desenvolvido nos hospitais de ensino e filantrópicos. Embora os hospitais filantrópicos tenham mostrado resultados piores que os dos hospitais de ensino, o desafio para estes é maior, tendo em vista que estas atividades, além da assistência, fazem parte das atividades finalísticas dos hospitais de ensino.

No que se refere à implementação de práticas e estruturas de monitoramento e avaliação da contratualização (Gráfico 6), segundo a percepção dos dirigentes de hospitais de ensino e filantrópicos, observa-se que os hospitais de ensino apresentam resultados melhores que os filantrópicos, à exceção da realização de visitas regulares ao hospital por parte das secretarias contratantes e do envio regular de relatório sobre as metas do POA (plano operacional) para a secretaria, relativamente mais presentes nos hospitais filantrópicos. Ainda há práticas e estruturas de monitoramento e avaliação a serem implementadas no conjunto de hospitais filantrópicos e de ensino, tendo em vista que algumas delas estão presentes apenas em cerca da metade dos hospitais.

Gráfico 6 – Práticas e estruturas de monitoramento e avaliação da contratualização nos hospitais de ensino e filantrópicos. Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.



Fonte: Autoria própria.

A Tabela 85 apresenta a produção realizada, por tipos de procedimentos, em 2004 e 2009, segundo os sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, no sentido de indicar o impacto da contratualização sobre a produção de atividades. Como as primeiras contratualizações foram realizadas no final de 2004, supõe-se ter havido tempo suficiente para o registro de alterações decorrentes da contratualização. Observa-se na última coluna, referente à variação de produção entre 2004 e 2009, que houve acréscimo no total dos procedimentos ambulatoriais e um pequeno decréscimo no total dos procedimentos de internação. Os procedimentos ambulatoriais estratégicos foram os que apresentaram maior crescimento (96,20%).

Tabela 85 – Produção realizada por tipo de procedimentos em 2004 e 2009 dos **Hospitais filantrópicos** contratualizados (N= 633). Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Grupos de procedimentos	**Ano**		**Variação %**
	2004	**2009**	
Internação	***322.782***	***321.414***	***-0,42***
Alta complexidade	32.082	35.856	+11,76
Estratégica	6.737	7.887	+17,06
Média complexidade	283.963	277.671	-2,21
Não se aplica	-	-	-
Ambulatorial	***7.100.206***	***8.196.653***	***+15,44***
Alta complexidade	1.333.272	879.107	-34,06
Atenção básica	788.620	598.041	-24,16
Estratégica	174.472	342.316	+96,20
Média complexidade	4.803.842	6.368.469	+32,57
Não se aplica	-	8.720	-

Fonte: SIA e SIH/DATASU/MS

2.6 Síntese da percepção dos dirigentes dos hospitais e gestores das secretarias sobre a contratualização

Neste item, são sintetizadas e comparadas percepções dos dirigentes de hospitais e gestores das secretarias sobre os principais benefícios, aspectos facilitadores, dificuldades, boas práticas e proposições de ajustes relacionadas ao processo de contratualização em curso.

Numa visão global, os dirigentes dos hospitais de ensino e dos filantrópicos contratualizados e os gestores das secretarias contratantes parecem apresentar percepções semelhantes sobre a contratualização. Entre 0 e 10, as notas médias atribuídas variam de 6,4 a 7,2. A contratualização é avaliada como um processo em curso. Embora este processo seja percebido como bom pela maioria dos entrevistados ainda há muito a melhorar, o que é compatível com o grau de amadurecimento da experiência, uma vez que a contratualização dos hospitais tinha, em 2009, no máximo 6 anos. A literatura sobre o tema indica que alterações na forma de trabalhar nas organizações, para serem de fato incorporadas, além da utilização de instrumentos e incentivos adequados, requerem constância de propósitos por implicarem em mudanças na cultura dominante. O hábito de não prestação de contas e de pouco foco em resultados é ainda freqüente nas organizações hospitalares e secretarias (Tabela 17).

Tabela 17 – Avaliação geral feita por hospitais de ensino, hospitais filantrópicos e gestores sobre a contratualização. Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Fonte	Média	Erro padrão	Intervalo de confiança 95%	Mínimo	Máximo
Hospitais de ensino (N=131)	6,4	0,5	5,4; 7,5	0,0	10,0
Gestores/HE (n=29)	7,2	1,4	6,7; 7,7	4,0	10,0
Hospitais filantrópicos (N=633)	6,3	0,3	5,7; 6,9	1,0	10,0
Gestores/HF (n=52)	6,9	1,2	6,4; 7,5	5,0	9,0

Fonte: Autoria própria.

Na Tabela 18 são apresentados os benefícios, percebidos pelos dirigentes hospitalares dos hospitais de ensino e filantrópicos e pelos gestores das secretarias contratantes, advindos com a contratualização. Estes benefícios foram ordenados para cada tipo de informante (dirigente de hospital de ensino/HE; dirigente de hospital filantrópico/HF; gestor de secretaria contratante de HE e gestor de secretaria contratante de HF), do mais importante (1º) para o menos importante (18o), com o intuito de identificar o quanto suas percepções acerca dos benefícios da contratualização eram ou não congruentes. Os benefícios foram pontuados em uma escala de avaliação de 0 a 10, refletindo desde a não identificação do benefício até a percepção do benefício em sua plenitude. Apesar de haver 21 itens, a classificação só vai até o 16o benefício porque para alguns deles foi atribuída a mesma pontuação.

Tabela 18 – Benefícios advindos e/ou associados à contratualização segundo hospitais de ensino, hospitais filantrópicos e gestores. Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Benefícios (21 itens)	Ordenamento			
	HE	HF	Gestores	
			HE	HF
Maior conhecimento do hospital	1º	4º	1º	1º
Maior integração do hospital na rede	2º	1º	4º	3º
Melhoria na gestão hospitalar	3º	4º	8º	10º
Maior conhecimento das necessidades da rede	4º	5º	2º	2º
Incremento da produção de procedimentos de média complexidade	5º	6º	7º	8º
Melhoria do registro da produção realizada	6º	4º	3º	4º
Melhoria nas práticas de humanização do hospital	6º	3º	8º	9º
Melhoria no acesso da população aos serviços do hospital	7º	8º	7º	6º
Melhoria na eficiência do uso de recursos do hospital	8º	7º	10º	9º
Incremento da produção de procedimentos de alta complexidade	8º	12º	9º	13º
Melhoria da qualidade assistencial do hospital	9º	9º	7º	5º
Melhoria das práticas e mecanismos de responsabilização e prestação de contas sobre a assistência prestada e recursos utilizados	10º	2º	5º	4º
Melhoria nas atividades de ensino da graduação e pós graduação	11º	18º	14º	18º
Melhoria na constituição da rede (referência e contra-referência, integralidade da atenção)	12º	10º	6º	7º
Incremento na formação de profissionais da rede de serviços	13º	14º	15º	15º
Incremento de novas modalidades assistenciais “desospitalizantes”	14º	13º	12º	14º
Melhoria na eficiência do uso de recursos da rede	15º	11º	9º	11º
Diminuição da produção de procedimentos de atenção básica	16º	15º	13º	14º
Abertura/fechamento de serviços na rede	17º	12º	11º	12º
Realização de pesquisas atendendo demandas da rede de serviços	18º	17º	16º	17º
Realização de avaliação de tecnologias em saúde	18º	16º	17º	16º

Fonte: Autoria própria.

Os benefícios identificados com maior congruência entre os quatro tipos de informantes foram: maior conhecimento dos hospitais, maior integração do hospital na rede, maior conhecimento das necessidades da rede, incremento na produção da média complexidade e melhoria no registro da produção. O incremento na produção de procedimentos de alta complexidade, embora menos importante, também apareceu com razoável congruência entre os informantes. Praticamente não foram considerados como benefícios por todos o incremento na formação de profissionais na rede de serviços, o incremento de novas modalidades assistenciais "desospitalizantes", a diminuição de procedimentos de atenção básica, a abertura/fechamento de serviços na rede, a realização de pesquisas atendendo demandas da rede e a realização de avaliação tecnológica em saúde. As questões referentes ao ensino e especialmente à pesquisa e à avaliação tecnológica em saúde já tinham sido identificadas como ainda incipientes nos hospitais filantrópicos e nos de ensino. Nos de ensino o desafio ganha maior importância, tendo em vista sua missão institucional.

Na Tabela 19 são apresentados os aspectos percebidos como facilitadores à contratualização pelos dirigentes dos hospitais de ensino e filantrópicos e pelos gestores das secretarias contratantes. Eles foram ordenados para cada tipo de informante (dirigente de hospital de ensino/HE; dirigente de hospital filantrópico/HF; gestor de secretaria contratante de HE e gestor de secretaria contratante de HF), do mais importante (1º) para o menos importante (12o), com o intuito de identificar o quanto suas percepções eram ou não congruentes. Estes aspectos foram pontuados em uma escala de avaliação de 0 a 10, de forma a que uma nota mais elevada refletisse uma percepção mais forte do aspecto como facilitador da contratualização.

Não houve muita congruência entre os quatro informantes. Foi observada mais consonância entre os dirigentes de hospitais entre si e entre os gestores de secretaria entre si. Alguns aspectos foram percebidos por todos como facilitadores da contratualização, como o conhecimento prévio das necessidades de saúde da população e da oferta da rede e a existência de sistemas de informação bem estruturados.

Tabela 19 – Aspectos facilitadores à contratualização segundo hospitais de ensino, hospitais filantrópicos e gestores. Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Aspectos Facilitadores (12 itens)	Ordenamento			
	HE	HF	Gestores	
			HE	HF
Conhecimento sobre a capacidade de produção do hospital	1º	3º	9º	1º
Estrutura de gestão do hospital desenvolvida	2º	2º	10º	8º
Continuidade da equipe de gestão do hospital	3º	1º	7º	4º
Conhecimento sobre as necessidades de saúde da população e da capacidade de oferta da rede	4º	4º	4º	5º
Funcionamento regular da comissão de acompanhamento de convênio/contrato	5º	7º	8º	9º
Sistemas de informação bem estruturados	6º	5º	2º	2º
Funcionamento adequado da central de regulação da Secretaria	7º	8º	6º	7º
Estrutura de gestão da Secretaria desenvolvida	8º	6º	5º	3º
Existência de planejamento na Secretaria	9º	9º	3º	2º
Continuidade da equipe de gestão da Secretaria	9º	4º	1º	6º
Modelo de gestão pré-existente no hospital valorizando metas e indicadores	10º	4º	11º	10º
Mudança de esfera de governo da parte contratante	11º	10º	12º	11º

Fonte: Autoria própria.

Aspectos apontados como importantes, mas não tão congruentes, foram o conhecimento sobre a capacidade de produção da rede, as estruturas de gestão do hospital e da secretaria desenvolvidas, a continuidade das equipes de gestão do hospital e da secretaria, o funcionamento regular da comissão de acompanhamento dos convênios/contratos e a existência de planejamento na secretaria. Praticamente não foram considerados como aspectos facilitadores da contratualização a mudança de gestão de esfera de governo da parte contratante (compatível com a percepção de que a continuidade das equipes de gestão é um facilitador) e o modelo de gestão pré-existente no hospital, exceto para os dirigentes de hospitais de ensino, que atribuíam importância a este aspecto.

Na Tabela 20 são apresentados os obstáculos à contratualização percebidos pelos dirigentes dos hospitais de ensino e filantrópicos e pelos gestores das secretarias contratantes. Estas dificuldades foram ordenadas para cada tipo de informante (dirigente de hospital de ensino/HE; dirigente de hospital filantrópico/HF; gestor de secretaria contratante de HE e gestor de secretaria contratante de HF), da mais importante (1º) para a menos importante (14º), com o intuito de identificar o quanto suas percepções eram ou não congruentes. Estas dificuldades foram pontuadas em uma escala de avaliação de 0 a 10, onde 10 representa a dificuldade máxima.

As principais dificuldades identificadas com maior congruência entre os quatro informantes foram: orçamento do convênio/contrato subestimado, ausência de incentivos que valorizassem o alcance das metas pelas equipes do hospital, insuficiência ou imprecisão sobre as necessidades de saúde da população e da capacidade de oferta da rede e insuficiência ou imprecisão sobre a capacidade de oferta do hospital. Ainda consideradas como importantes dificuldades, porém sem congruência completa entre os quatro informantes foram identificadas: inexistência ou funcionamento inadequado da central de regulação da secretaria, baixa adesão das equipes do hospital ao alcance das metas do POA e metas de produção subestimadas no POA. O funcionamento não regular da comissão de acompanhamento, embora também uma dificuldade reconhecida por todos, não foi vista como muito importante.

Tabela 20 – Dificuldades à contratualização segundo hospitais de ensino, hospitais filantrópicos e gestores. Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde.

Dificuldades (16 itens)	Ordenamento			
	HE	HF	Gestores	
			HE	HF
Orçamento do convênio/contrato subestimado	1º	1º	5º	3º
Ausência de incentivos para as equipes do hospital que valorizem o alcance das metas do POA	2º	6º	2º	1º
Insuficiência ou imprecisão sobre as necessidades de saúde da população e da capacidade de oferta da rede	3º	2º	8º	5º
Inexistência ou funcionamento inadequado da central de regulação da Secretaria	3º	3º	15º	8º
Baixa adesão das equipes do hospital com o alcance das metas do POA	4º	10º	1º	2º
Baixa adesão dos profissionais da área acadêmica com o alcance das metas do POA	4º	13º	3º	14º
Insuficiência ou imprecisão sobre a capacidade de oferta do hospital	5º	7º	4º	4º
Metas físicas de produção subestimadas no POA	6º	4º	11º	7º
Uso dos recursos do convênio/contrato para pagamento de pessoal	7º	6º	12º	11º

Dificuldades (16 itens)	Ordenamento			
	HE	HF	Gestores	
			HE	HF
Monitoramento insuficiente das metas do POA por parte do gestor	10º	5º	10º	6º
Monitoramento insuficiente das metas do POA por parte do hospital	11º	11º	6º	7º
Controle e monitoramento por parte do gestor são excessivos	12º	9º	13º	12º
Mudança de esfera de governo da parte contratante	13º	8º	14º	13º
Metas físicas de produção superestimadas no POA	14º	10º	9º	9º

Fonte: Autoria própria.

Para os dirigentes de hospitais de ensino e seus gestores contratantes, a baixa adesão dos profissionais da área acadêmica ao alcance das metas do POA constituiu-se em importante dificuldade. Ela não foi vista como problema por dirigentes e gestores contratantes dos hospitais filantrópicos. Para os dirigentes de hospitais, tanto de ensino quanto filantrópicos, o uso dos recursos do convênio/contrato para pagamento de pessoal constituiu-se em dificuldade, o que não foi igualmente percebido pelos gestores contratantes.

A percepção dos dirigentes de hospitais de ensino e de seus gestores contratantes era semelhante quanto à atribuição de baixa importância ao monitoramento insuficiente das metas do POA por parte do gestor. Esta foi também a percepção dos dirigentes de hospitais filantrópicos e de seus contratantes, mas, neste caso, com maior importância. Para os gestores, o monitoramento insuficiente das metas do POA por parte dos hospitais tinha mais importância que para estes. Não se constituíram em dificuldades o controle e monitoramento excessivos por parte dos gestores, a mudança da esfera de governo da parte contratante e as metas físicas superestimadas de produção no POA. Foram ainda identificados pelos dirigentes de hospitais e gestores das secretarias contratantes alguns aspectos considerados como boas práticas de trabalho, introduzidas a partir da contratualização, no campo da inserção do hospital na rede, nas práticas de prestação de contas e na qualificação da gestão de hospitais e secretarias.

No campo da inserção do hospital na rede foi referida a instituição de regulação da atenção e do uso de serviços, exemplificada por meio da criação da reserva de consulta antes da sua efetiva marcação pela central de regulação, diminuindo assim o absenteísmo nas consultas; o estabelecimento da regionalização; a instituição de mecanismos e práticas de referência e contra-referência; o encaminhamento de procedimentos de atenção básica para serem realizados na rede; a implantação da classificação de risco para os pacientes na porta de entrada; o estabelecimento de metas de produção para serviços importantes para a população; e a implantação do atendimento domiciliar.

Em relação à prestação de contas, foram identificadas como boas práticas a melhoria do registro de informações relativas aos serviços de saúde; o estabelecimento de instrumentos, práticas e instâncias (comissões) de monitoramento dos contratos; a instituição da avaliação dos recursos humanos; e o envolvimento do Conselho Municipal de Saúde no acompanhamento dos contratos, capacitando-o no entendimento do processo de prestação de contas.

Quanto à qualificação gerencial de hospitais e secretarias contratantes, foram percebidas como boas práticas instituídas e/ou associadas com a contratualização, a profissionalização das equipes; a horizontalização da gestão com o estabelecimento de colegiados de gestão; a maior responsabilização do corpo clínico; a instituição de planejamento e execução orçamentária regulares, propiciando aos hospitais previsibilidade e autonomia para a alocação de recursos; a implementação de práticas de humanização e qualificação da atenção; o fortalecimento da atuação regulatória do MS junto às secretarias contratantes; a maior integração entre MS e MEC e maior participação do MEC; e o estabelecimento de estrutura jurídica, com apoio da Procuradoria, Auditoria Geral e outros órgãos, facilitando o processo de implementação da política.

Por fim, os dirigentes de hospitais e gestores de secretarias contratantes propuseram alguns ajustes ao processo de contratualização tendo em vista seu aperfeiçoamento. Primeiramente, chamaram a atenção para a necessidade de estabelecimento de um processo de educação continuada para as secretarias, hospitais e comissões de acompanhamento dos convênios/contratos, focando a legislação do SUS, conceitos e diretrizes relativos à contratualização, processos de estabelecimento e acompanhamento dos contratos e conteúdos de gestão hospitalar, com ênfase na melhoria contínua de qualidade.

Outro ajuste relevante referiu-se ao aprimoramento do processo de estabelecimento e acompanhamento dos contratos envolvendo o funcionamento regular da comissão de acompanhamento, com elaboração de relatórios e com amplo envolvimento das partes contratantes; a implementação de estratégias de disseminação das metas contratualizadas entre os diversos atores; a redefinição/padronização de indicadores no campo da gestão, produção, qualidade e financeiro, tendo em vista o acompanhamento dos contratos; a regularização e a introdução de mudanças nos protocolos relativos ao processo de acompanhamento; e o uso de sistemas de informação com investimento na informatização. Ainda neste tópico, mas com destaque especial, situa-se a revisão do processo de orçamentação dos contratos, implicando em maior aporte de recursos para a contratualização; na revisão do financiamento da alta complexidade; no aumento do teto da média complexidade; no incremento de parcela de recursos para pesquisa e ensino; na revisão anual dos valores pactuados/tetos financeiros; o cumprimento regular dos repasses financeiros, atrelando-os a uma pré-avaliação; e na definição de datas para pagamentos extra-teto.

Outro ajuste preconizado se refere à focalização da qualificação da atenção por meio da utilização de diretrizes/protocolos clínicos; de maior investimento na humanização da atenção; e do estabelecimento e acompanhamento de metas relativas à qualidade da atenção. Mais um campo a merecer ajustes refere-se ao sistema de incentivos. Os contratos, segundo os entrevistados, deveriam premiar a obtenção de maior eficiência e de maior qualidade da atenção. Também deveriam ser revistos os valores do incentivo à contratualização (IAC). Por fim, também seria necessário instituir incentivos para o envolvimento das equipes e dos professores, no caso dos hospitais de ensino, com o alcance das metas.

Outras sugestões situaram-se na implementação de mecanismos que garantissem melhor estruturação da rede de atenção. Entre eles, foram propostos: a realização de um diagnóstico das reais necessidades da população e das condições de operação dos hospitais; a instituição da contratualização com demais integrantes da rede de serviços, inclusive com contratos intermunicipais; a estruturação de sistemas de referência e contra-referência; a habilitação de procedimentos de desospitalização; o fortalecimento da rede laboratorial para garantir maior agilidade na realização de exames na rede; a implementação de mecanismos para maior resolutividade da atenção básica; e a revisão da política de RH, com aumento na governança, incluindo a possibilidade da contratualização prever montante para remuneração de pessoal. Além destes, foram apresentados como ajustes à contratualização o fortalecimento do papel dos gestores pelo Ministério da Saúde e uma maior participação do MEC no processo de contratualização. Por fim, foi sugerida a criação de fóruns regionais, estaduais e federal para discussão da contratualização, no que tange às suas dificuldades e alternativas de enfrentamento.

2.7 Considerações e recomendações finais

Em termos gerais, os resultados aqui apresentados sistematizam as percepções de dirigentes hospitalares e gestores municipais e/ou estaduais contratantes acerca do processo de contratualização dos hospitais de ensino e hospitais filantrópicos, aplicando o método científico. A distribuição nacional da contratualização de hospitais de ensino e hospitais filantrópicos segue provavelmente a distribuição de serviços de saúde no país, com maior concentração na região Sudeste, mais populosa e com maior renda, seguida pela região Sul, também caracterizada como de padrão de renda elevado e comumente reconhecida pelo registro de bons indicadores de saúde. A região Nordeste, terceira em número de hospitais contratualizados e marcada por padrão de renda mais baixo, tende a contrabalançar, com a região Sudeste, pequena diferença na distribuição de hospitais de ensino e hospitais filantrópicos, sendo mais contemplada, relativamente, no primeiro caso, o que talvez se justifique pela maior concentração do parque de hospitais filantrópicos no Sudeste. O Centro-Oeste, com padrão médio de renda e tendência de crescimento, mas densidade demográfica baixa, concentra um percentual substantivamente menor de hospitais contratualizados, só deixando para trás a região Norte, que se apresenta com baixa densidade populacional e baixa renda.

Um primeiro ponto a ser destacado como decorrente do processo de contratualização é o aumento da produção de serviços assistenciais de média e alta complexidade, tanto expresso em registros no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS, como majoritariamente percebido pelo conjunto de dirigentes hospitalares e gestores. Adicionalmente, vale a observação de alguma redução na produção de serviços de atenção básica pelos hospitais, também apontada como um objetivo da contratualização, a partir do entendimento de que estes devem estar a cargo das unidades básicas de saúde.

No que tange à estruturação gerencial e assistencial dos hospitais contratualizados, o estudo desenvolvido não provê evidências de que tenha havido melhorias resultantes da contratualização. Há uma diferença no nível de estruturação entre hospitais de ensino e hospitais filantrópicos, favorável aos primeiros, sendo muito provável a hipótese de que o processo de certificação obrigatório para a contratualização de hospitais de ensino tenha, de fato, em alguma medida, contribuído para esse padrão. Vale ainda destacar que a apreciação superficial da mera presença de estruturas provê um quadro talvez mais otimista

do que o que se observa ao explorar alguns detalhes relativos ao funcionamento das mesmas. Certamente ainda há muito que investir na qualificação gerencial e assistencial dos hospitais contratualizados.

O processo de contratualização em si ainda carece de maior profissionalização, sendo latente o despreparo para o estabelecimento dos contratos/convênios, para o seu monitoramento e implementação de incentivos. Especificamente, merece menção especial a baixa relevância ainda atribuída à contratualização como oportunidade de indução da melhoria da qualidade assistencial. Os contratos/convênios, fortemente centrados na produção de serviços, raramente contemplam metas nesse sentido. Certamente, ações de estímulo ao estabelecimento de tais metas, com a definição e monitoramento de indicadores de qualidade assistencial, podem constituir-se em estratégias para que o processo de contratualização de hospitais, como colocado pelas diretrizes do Ministério da Saúde, promovam, de fato, a melhoria na assistência à saúde.

Ensino, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde são, sem dúvida, elementos de grande relevância na contratualização dos hospitais de ensino, ainda que estas atividades também sejam consideradas nas análises dos hospitais filantrópicos. Domina a percepção de baixo impacto do processo sobre tais elementos, valendo destacar, especialmente, a insuficiência e baixa profissionalização que ainda caracterizam a pesquisa e a avaliação de tecnologias desenvolvidas, com baixíssima resposta para a rede de serviços de saúde. Para que melhorias efetivas em tais campos sejam alcançadas, estratégias no sentido do seu fortalecimento deverão ser estruturadas.

Enfim, a avaliação global do processo de contratualização por dirigentes de hospitais de ensino e hospitais filantrópicos, bem como gestores estaduais e/ou municipais contratantes desses hospitais, parece de fato refletir o conjunto de características vigentes, convergindo na indicação de um processo que já apresenta benefícios e tem forte potencial de introduzir melhorias significativas sobre elementos contemplados, mas que ainda carece de maior esforço de estruturação e profissionalização.

A sistematização de propostas de ajuste no processo de contratualização, feitas pelos diversos entrevistados neste estudo, em conjunção com elementos apontados na literatura (FORGIA et al., 2009; FIGUERAS et al., 2005; KADAI et al., 2006; PERROT et al., 2005; WORLD BANK, 2007; WHO, 2008) redundam nas recomendações abaixo enumeradas:

1. Revisão dos processos de elaboração e monitoramento dos contratos/ POA, com:

    a) *elaboração do POA contemplando outras dimensões do desempenho organizacional, com foco na qualidade assistencial;*

    b) *revisão da metodologia de estimativa de financiamento do convênio/contrato;*

    c) *instituição de práticas e mecanismos de monitoramento e de avaliação dos convênios/contratos/POA, como a incorporação de visitas regulares aos hospitais pelas secretarias e monitoramento interno pelo hospital;*

    d) *reestruturação dos sistemas de informações tendo em vista o monitoramento de metas e de indicadores do POA e estimativa mais adequada de recursos financeiros.*

2. Revisão do sistema de incentivo:

    a) *ampliação dos incentivos para o hospital, suas equipes e secretarias;*

b) *ampliação da participação dos profissionais e equipes dos hospitais na pactuação das metas e indicadores.*

3. Disseminação da prática contratual e da lógica de prestação de contas com foco nos resultados:

   a) *estabelecimento de contratos internos (no interior do hospital, com as equipes/ serviços);*

   b) *estabelecimento de contratos entre as secretarias e demais unidades da rede de serviços;*

   c) *instituição da lógica contratual entre Ministérios implicados com a melhoria da gestão, assistência, ensino, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde e as secretarias de saúde;*

4. Incremento da articulação entre o planejamento regional, de forma que o contrato/ POA se constitua em ferramenta de execução do planejamento regional.

5. Constituição de um processo contínuo de aprendizagem numa perspectiva de melhoria contínua:

   a) *apoio ao desenvolvimento da capacidade gerencial e à estruturação organizacional de secretarias e hospitais;*

   b) *monitoramento e avaliação;*

   c) *troca de experiências entre hospitais e secretarias / realização de fóruns locais, regionais, estaduais e nacional.*

Deve ser sublinhado que mudanças nas estruturas mentais/cultura organizacional e nas práticas de trabalho, tendo em vista a valorização da prestação de contas para a sociedade sobre o desempenho, é um processo lento, que exige constância de propósito, estruturas, métodos e incentivos. Por fim, é importante que se estabeleçam alianças e estratégias que viabilizem a política de contratualização, hoje de governo, como política de Estado, assegurando sua estabilidade ao longo do tempo.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf> Acesso em: 13 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MS/ MEC no 1006 de 27/05/2004**. Criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM no 1721 de 21/09/2004**. Criação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS n. 399/2006 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 164 p. (Cadernos de Atenção Especializada, 3). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/ online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=470645&indexSearch=ID>. Acesso em: 12 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira. **Cadernos de Atenção Especializada**, Brasília, 2004. 164 p. Disponível em: <http:// www.saude.gov.br/svs>. Acesso em: 12 fev. 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 1999.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

FIGUERAS, J.; ROBINSON, R. J. ; JAKUBOWSKI, E. (eEds). **Purchasing to improve health systems performance**. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, England, 2005.

FORGIA G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hhospitalar no Brasil. Em busca da excelência**. The World Bank, Instituto Brasileiro para Estudo e desenvolvimento do Setor de Saúde/IBEDESS., São Paulo: Editora Singular, São Paulo, 2009.

KADAI, A.; SALL, F. L.; ANDRIANTSARA, G.; PERROT, J. The Benefits of setting the ground rules and regulating, contracting practices in. **Bulletin of World Health Organization**, United States, v. 84, n. 11, Nnov. 2006.6, 84 (11).
LA FORGIA, G.M.; COUTTOLENC, B. F. Hospital performance in Brazil. The Search for Excellence, Washington, World Bank, 2008

LUZ, M.. Do saber médico ao poder institucional burocrático. In: _____. **As instituições médicas no Brasil- instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 161-201.

MÉDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo**, v. 7, n. 2, p. 149-156, 2001.

PERROT, J.; ROODENBEKE, E. (Eéds). **La contractualisation dans les systemes de sante**. Ppour une utilization efficace et appropriée,. Paris: Éditions KARTHALA, Paris, França, 2005.5

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. **Notas sobre a crise dos hospitais universitários no Brasil**, 2004. Disponível em: <http://www.denem.org.br/2005/arquivos/ok-1121496462023.doc>. Acesso em: 12 fev. 2009.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. **Um olhar institucional sobre os hospitais universitários**, texto impresso, 2001.

WORLD BANK. **Governance in Brazil's Unified Health System (SUS)**. Raising the Quality of Public Spending and Resource Management. Report no 36601-BR, Fev. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Consultation on Strategic Contracting in Health Systems**. Synthesis of the meeting. Geneva, v. 9, n. 11, Jan. 2008.

Anexo A - Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde: contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS

HOSPITAL

(diretor e ou representante do hospital na Comissão de Acompanhamento de Convênios/Contratos)

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	
Entrevistador	
Entrevistado	
Cargo/Função do entrevistado	Data da entrevista
Tempo no cargo	

Bloco 1. IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL *(a ser pré-preenchido)*				
1.1. Nome do hospital				
1.1.1. Mantenedora				
1.2. CNPJ				
1.3. CNES				
1.4. Natureza (classificação do CNES)				
1.5. Endereço				
1.6 Município			1.7 UF	1.8 CEP
1.9 DDD	1.10 Telefone 1	1.11 Telefone 2	1.12 Telefone 3	1.13 Fax
1.14 Email				

Legenda das alternativas de resposta:
NSI – Não sabe informar NA – Não se aplica

Bloco 2. CARACTERIZAÇÃO ASSISTENCIAL
2.1.Assinale o tipo de hospital: (1) Geral (2) Maternidade (3) Outros Especializados; especificar_____ _____
2.2.Natureza da vinculação do Hospital de ensino com a instituição de ensino (universidade/faculdade): ***Somente para os HE (não excludentes; o hospital pode ser próprio de uma instituição e ter convênio com outra)*** (1) Próprio da instituição de ensino (2) Conveniado com a instituição de ensino
2.2.1. Se for próprio da instituição de ensino, assinale a natureza da instituição de ensino: *Somente para os HE* (1) Universidade federal (2) Universidade estadual (3) Universidade privada (filantrópica e não)
2.2.2. Se for conveniado à instituição de ensino, assinale a natureza da instituição de ensino: ***Somente para os HE (não excludentes)*** (1) Universidade federal (2) Universidade estadual (3) Universidade privada (filantrópica e não)

2.3.Para algum dos serviços assistenciais listados abaixo este hospital é o <u>único disponível</u> para a população da sua região de saúde da Programação Pactuada Integrada /PPI? (não precisa ser habilitado)
(1) Sim (2) Não (3) NSI

2.3.1.Se sim, assinale: *(não excludentes)*
(1) cirurgia cardiovascular
(2) cirurgia oncológica
(3) neurocirurgia
(4) cirurgia ortopédica
(5) transplantes
(6) quimioterapia
(7) radioterapia
(8) terapia renal substitutiva
(9) neonatologia
(10) cuidado intensivo
(11) emergência

2.4.Quantos hospitais com perfil de complexidade assistencial semelhante ao deste hospital há neste município ou em municípios adjacentes (raio de 100 km)?
(1) Nenhum (2) Somente 1 (3) 2 (4) Pelo menos 3 (5) NSI

Para os serviços assistenciais listados abaixo este hospital é referência na rede de assistência à saúde?

2.5.1.Cirurgia cardiovascular
(1) SUS (2) Operadoras de planos de saúde (3) SUS e operadoras
(4) Não (5) NSI (5) NA

2.5.2.Cirurgia oncológica
(1) SUS (2) Operadoras de planos de saúde (3) SUS e operadoras
(4) Não (5) NSI (5) NA

2.5.3.Neurocirurgia
(1) SUS (2) Operadoras de planos de saúde (3) SUS e operadoras
(4) Não (5) NSI (5) NA

2.5.4.Cirurgia ortopédica
(1) SUS (2) Operadoras de planos de saúde (3) SUS e operadoras
(4) Não (5) NSI (5) NA

2.5.5.Transplantes
(1) SUS (2) Operadoras de planos de saúde (3) SUS e operadoras
(4) Não (5) NSI (5) NA

2.5.6.Quimioterapia
(1) SUS (2) Operadoras de planos de saúde (3) SUS e operadoras
(4) Não (5) NSI (5) NA

2.5.7.Radioterapia
(1) SUS (2) Operadoras de planos de saúde (3) SUS e operadoras
(4) Não (5) NSI (5) NA

2.5.8.Terapia renal substitutiva
(1) SUS (2) Operadoras de planos de saúde (3) SUS e operadoras
(4) Não (5) NSI (5) NA

2.5.9.Neonatologia
(1) SUS (2) Operadoras de planos de saúde (3) SUS e operadoras
(4) Não (5) NSI (5) NA

2.5.10.Cuidado intensivo
(1) SUS (2) Operadoras de planos de saúde (3) SUS e operadoras
(4) Não (5) NSI (5) NA

2.5.11.Emergência
(1) SUS (2) Operadoras de planos de saúde (3) SUS e operadoras
(4) Não (5) NSI (5) NA

2.6.Disponibiliza procedimentos para a Secretaria?
(1) Sim, para a central de regulação da Secretaria
(2) Sim, mas não para a central de regulação
(3) Não, por impossibilidade do hospital
(4) Não, por falta de interesse da Secretaria
(5) NSI

2.6.1.Se sim, assinale os serviços disponibilizados para a central e ou secretaria: ***(não excludentes)***
(1) Leitos gerais (2) Leitos intensivos (3) Consultas especializadas de 1ª vez
(4) Exames

2.6.2.A Secretaria utiliza os serviços disponibilizados na central:
(1) Sim, integralmente (2) Sim, parcialmente (3) Sim, e ainda solicita vagas adicionais
(4) Não (5) NSI

2.7.O hospital possui serviço de urgência/emergência?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

2.7.1.Se sim, sua emergência integra a grade de referência do SAMU?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

2.7.2.Se sim, sua emergência é porta aberta?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

2.8 Registre o número de leitos ativos (excluindo os de cuidado intensivo e os leitos-dia):
(Caso não haja separação entre leitos SUS e leitos privados, preencher somente o total)

2.8.1. SUS _____

2.8.2. Operadoras de planos de saúde + privados _____

2.8.3. Total_____

2.9.Registre o número de leitos ativos de cuidados intensivos (Tipo I e Tipo II + Tipo III):

Leitos intensivos	**(1) Tipo I**	**(2) Tipo II + Tipo III**
(1) SUS		
(2) Operadoras de planos de saúde + privados		
(3) Total		

2.10.Assinale os serviços existentes voltados à desospitalização próprios ou terceirizados para o SUS e Operadoras de planos de saúde /privados. ***(Caso não os tenha assinalar NT).***

Serviço	**(1) SUS**	**(2) Operadoras de planos de saúde / privados**
(1) Cirurgia Ambulatorial		
(2) Hospital dia		
(3) Atendimento domiciliar		
(4) Internação domiciliar		

2.11.Considerando o total de internações (100%) realizadas em 2008 identifique o percentual de internações para o SUS e para as operadoras de planos de saúde/ pacientes particulares:
2.11.1 Internações para o SUS: _____
2.11.2 Internações para as operadoras de planos de saúde/particulares: _____
2.12.Oferta de quimioterapia: (1) Não realiza quimioterapia (2) Realiza quimioterapia exclusivamente para as operadoras de planos de saúde/ particulares (3) 1- 19% para o SUS (4) 20-59% para o SUS (5) 60-99% para o SUS (6) Realiza quimioterapia somente para o SUS (7) NSI
2.13.Oferta de radioterapia: (1) Não realiza radioterapia (2) Realiza radioterapia exclusivamente para as operadoras de planos de saúde/ particulares (3) 1- 19% para o SUS (4) 20-59% para o SUS (5) 60-99% para o SUS (6) Realiza radioterapia somente para o SUS (7) NSI
2.14.Oferta de terapia renal substitutiva (TRS): (1) Não realiza TRS (2) Realiza TRS exclusivamente para as operadoras de planos de saúde/particulares (3) 1- 19% para o SUS (4) 20-59% para o SUS (5) 60-99% para o SUS (6) Realiza TRS somente para o SUS (7) NSI
2.15.Considerando o total de exames (100%) realizados em 2008, identifique o percentual de exames para o SUS e para as operadoras de planos de saúde/ pacientes particulares:
2.15.1. Exames para o SUS: _____
2.15.2 Exames para as operadoras de planos de saúde/particulares: _____
2.16.O hospital realiza consultas ambulatoriais? (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.16.1.Se sim, considerando o total de consultas (100%) em 2008, identifique o percentual de consultas ambulatoriais para o SUS, para as operadoras de planos de saúde/pacientes particulares:
2.16.1.1 Consultas para o SUS: _____
2.16.1.2 Consultas para as operadoras de planos de saúde/particulares: _____
2.17.Produção de atividades após a contratualização:
2.17.1. Procedimentos de média complexidade na internação (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) NA

2.17.2 Procedimentos ambulatoriais de média complexidade
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) NA

2.17.3.Procedimentos de alta complexidade na internação
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) NA

2.17.4 Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) NA

2.17.5. Procedimentos estratégicos na internação
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) NA

2.17.6 Procedimentos ambulatoriais estratégicos
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) NA

2.17.7. Procedimentos da atenção básica
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) NA

2.17.8. Atendimentos de urgência e emergência
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) NA

2.18.O hospital realiza sessões clínicas periodicamente?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

2.18.1.Se SIM, registrar a periodicidade
(1) Ao menos uma sessão clínica a cada 15 dias
(2) Ao menos uma sessão cínica a cada 2 meses
(3) Não há **periodicidade**

2.19.O hospital utiliza diretrizes clínicas?
"diretrizes clínicas são posicionamentos ou recomendações (statements) sistematicamente desenvolvidos para orientar médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados, em circunstâncias clínicas específicas" (IOM, 1990). "Contemplam indicações e contra-indicações, bem como benefícios esperados e riscos do uso de tecnologias em saúde (procedimentos, testes diagnósticos, medicamentos, etc) para grupos de pacientes definidos"(Portela, 2003)
(1) Sim (2) Não (3) NSI

2.19.1.Caso SIM, identifique as áreas (procedimentos seguros e limpos preconizados pela OMS) *(não excludentes)*
(1) Infarto agudo do miocárdio
(2) Pneumonia comunitária adulto e infantil
(3) Asma
(4) Antibioticoterapia profilática para cirurgias
(5) Acidente vascular isquêmico

2.20.O hospital faz acompanhamento de alguns grupos de doenças (gestão de doenças) como medida de regulação interna?
"gestão de patologia consiste no desenvolvimento de um conjunto de intervenções educacionais e gerenciais, relativas a determinada condição ou patologia, definidas pelas diretrizes clínicas, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde e a eficiência dos serviços" (Todd & Nash,1997; Couch,1998; Mendes EV, no prelo)
(1) Sim (2) Não (3) NSI

2.21.O hospital faz acompanhamento de alguns de seus pacientes de forma diferenciada (gestão do caso) como medida de regulação interna?
"gestão de caso é um processo cooperativo que se desenvolve entre o gestor de caso e o usuário para planejar, monitorar e avaliar opções e serviços, de acordo com as necessidades de saúde da pessoa, com o objetivo de incrementar a autonomia do usuário, de alcançar resultados custo/efetivos, de garantir a continuidade do cuidado e de melhorar a qualidade da atenção" (Mendes EV, no prelo)
(1) Sim (2) Não (3) NSI

2.22.O hospital realiza estudo sobre a variação da prática médica entre equipes/ profissionais do hospital/? (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.23.O hospital utiliza sistema ou metodologia de classificação das internações por gravidade e/ou utilização de recursos? (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.24.O hospital utiliza protocolos de enfermagem? (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.25.Há visitas médicas diárias para todos os pacientes internados, atualizando as prescrições e evoluções médicas? (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.26.Há visitas de enfermagem diárias para todos os pacientes internados, atualizando as prescrições e evoluções de enfermagem? (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.27.As visitas dos familiares aos pacientes podem ser realizadas: (1) Diariamente com horário livre (2) Diariamente com horário predeterminado (3) Não diárias, em dias predeterminados (4) NSI
2.28.O hospital realiza regularmente pesquisa de satisfação dos usuários (ao menos uma vez por ano)? (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.28.1. No caso de SIM, o hospital promoveu inovações nos seus serviços/ produtos com base nas pesquisas de satisfação dos pacientes? (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.29.O hospital possui rotinas para agilizar a desospitalização quando há limitações de qualquer ordem do paciente e seus familiares (transporte, transferências, outros)? (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.30.O hospital possui horários estabelecidos para prestar informações sobre os pacientes a seus familiares? (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.30.1.Se sim, com equipe multiprofissional disponível (médico e enfermeira no mínimo)? (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.31.O hospital possui Ouvidoria em funcionamento? (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.31.1.No caso de Sim, o hospital promoveu inovações nos seus serviços/ produtos com base na Ouvidoria? (1) Sim (2) Não (3) NSI

BLOCO 3. CARACTERIZAÇÃO GERENCIAL		
3.1.Caracterização do Diretor Geral		
3.1.1.Formação _____		
3.1.2.Pós-graduação em gestão(no mínimo especialização)_____		
3.1.3.Número de horas semanais dedicadas à função gerencial _____		
3.2.O Hospital possui Conselho Gestor? (conselho com representação do hospital e representação externa de usuários, órgãos reguladores, etc. com definições formalmente definidas) (1) Sim (2) Não (3) NSI		
3.3.O Hospital possui Conselho Diretor (interno)? (1) Sim (2) Não (3) NSI		
3.4.Há outros órgãos colegiados no hospital, por exemplo, colegiados nos serviços? (1) Sim (2) Não (3) NSI		
3.5.O hospital elabora Plano Estratégico formalmente documentado? (1) Sim (2) Não (3) NSI		
3.5.1.No caso de SIM, identifique a periodicidade: (1) a cada ano (2) a cada 2 anos (3) a cada 3 anos (4) a cada 4 anos (5) a cada 5 anos (6) outra periodicidade		
3.5.2. Aspectos contemplados e práticas relacionadas ao plano estratégico:		
Aspectos/Práticas	**(1)Sim**	**(2)Não**
(1) Programação de atividades assistenciais com metas (quantitativas) estabelecidas para um determinado período (semestre, ano, etc) - consultas e/ou atendimentos emergência e/ou internações/cirurgias		
(2) Monitoramento periódico de metas e prazos para os serviços assistenciais com ações gerenciais para ajustes, quando necessários (através de relatórios ou sistemas regulares – mensais ou trimestrais ou semestrais)		
(3) Análise e proposições visando a associação/parcerias com outras organizações de saúde		
(4) Planejamento para investimento tecnológico – aquisição / reposição de equipamentos		
(5) Planejamento para obras e/ou reformas		
(6) Planejamento para desenvolvimento de Recursos Humanos – formação e/ou treinamento		
(7) Planejamento para incorporação de tecnologias de informação – sistemas, softwares		
(8) Orçamento elaborado anualmente		
(9) Monitoramento orçamentário regular de receitas e despesas		

3.6.Sistemas de Informação existentes:			
Serviços/áreas administrativas	**(1) Sim, informatizado**	**(2) Sim, não informatizado**	**(3) Não existente**
(1) Gerenciamento do orçamento			
(2) Gerenciamento do faturamento			
(3) Gerenciamento de compras			
(4) Gerenciamento de materiais			
(5) Controle de medicamentos/farmácia			
(6) Gerenciamento de Recursos Humanos			
(7) Gerenciamento do patrimônio			
(8) Gerenciamento de custos gerais			
(9) Gerenciamento da manutenção de equipamentos			
Serviços/áreas assistencial	**Sim, informatizado**	**Sim, não informatizado**	**Não existente**
(10) Agendamento de consultas			
(11) Controle do absenteísmo nas consultas			
(12) Agendamento de exames			
(13) Controle do absenteísmo nos exames			
(14) Controle de leitos			
(15) Agendamento de cirurgias			
(16) Controle de registro de pacientes			
(17) Relatórios estatísticos de produção			
(18) Controle de Infecção Hospitalar			
(19) Controle do Registro de Morbidade			
(20) Controle de Procedimentos Médicos			
(21) Exames Patologia Clínica – Solicitação			
(22) Exames Patologia Clínica – Laudos/ Resultados			
(23) Exames Imagem – Solicitação			
(24) Exames Imagem – Laudos			
(25) Prescrição de Medicamentos			

3.7.O hospital realiza avaliação periódica de pessoal? (1) Sim (2) Não (3) NSI
3.7.1. No caso de Sim: (1) Ao menos uma vez ao ano (2) Ao menos uma vez a cada 2 anos (3) Com menor freqüência
3.8.O hospital oferece ganhos adicionais associados ao alcance de metas de produtividade e ou de qualidade? (1) Sim (2) Não (3) NSI
3.9.O hospital incentiva, inclusive com apoio financeiro, a educação continuada e o desenvolvimento de seus profissionais? (1) Sim (2) Não (3) NSI
3.10.O hospital incentiva, inclusive com apoio financeiro, seus profissionais a realizarem pesquisas? (1) Sim (2) Não (3) NSI
3.11.A Secretaria repassa para o hospital todos os recursos previstos no contrato? (1) Sim (2) Não (3) NSI
3.12.A Secretaria teve que complementar os recursos do contrato com recursos adicionais? (1) Sim (2) Não (3) NSI
3.13.Quanto representa percentualmente os recursos da contratualização no orçamento total do hospital? _____
3.14.O hospital tem sistema de custo implantado? (1) Sim (2) Não (3) NSI
3.14.1.Se sim, utiliza esta informação para elaboração do orçamento do contrato/ Plano Operativo Anual/POA? (1) Sim (2) Não (3) NSI
3.15. O hospital tem ou se utiliza de alguma fundação de apoio? (possivelmente se aplicará somente aos HE) (1) Sim (2) Não (3) NSI
3.15.1. Se sim, assinale os serviços que a fundação de apoio presta para o hospital: (1) contrata pessoal (2) compra de material de consumo (3) compra serviços (3) compra material permanente e equipamentos (4) outras (5) NSI
3.16. O hospital é gerenciado por uma organização social (OS)? (se aplica para HE e HF) (1) Sim (2) Não (3) NSI
3.16.1. Se sim, assinale os serviços que OS presta para o hospital: (1) contrata pessoal (2) compra de material de consumo (3) compra serviços (3) compra material permanente e equipamentos (4) outras (5) NSI

BLOCO 4. CARACTERIZAÇÃO DO ENSINO

4.1.Cursos de graduação que <u>formalmente CONSTAM da grade curricular</u> e utilizam o Hospital para suas atividades curriculares: ***(não excludentes)***

(1) Medicina

4.1.1..Internato: (1) Sim (2) Não

4.1.1.1. Se sim, número de áreas/especialidades_____

(2) Enfermagem
(3) Psicologia
(4) Fisioterapia
(5) Odontologia
(6) Terapia Ocupacional
(7) Assistência Social
(8) Nutrição
(9) Farmácia

4.2.Cursos de graduação que <u>formalmente NÂO CONSTAM da grade curricular</u> e utilizam o Hospital para suas atividades curriculares: ***(não excludentes)***

(1) Medicina

4.2.1. Internato: (1) Sim (2) Não (3) NSI

4.2.1.1. Se sim, número de áreas/especialidades_____

(2) Enfermagem
(3) Psicologia
(4) Fisioterapia
(5) Odontologia
(6) Terapia Ocupacional
(7) Assistência Social
(8) Nutrição
(9) Farmácia

4.3.Oferece curso de especialização?

(1) Sim (2) Não (3) NSI

4.4.Oferece curso de mestrado reconhecido pela CAPES?

(1) Sim (2) Não (3) NSI

4.5.Oferece curso de doutorado reconhecido pela CAPES?

(1) Sim (2) Não (3) NSI

4.6.O hospital participa de iniciativas de educação continuada de profissionais da rede de serviços?

(1) Sim (2) Não (3) NSI

4.6.1.Se sim, assinale: ***(não excludentes)***

(1) Capacitação de profissionais da rede da área assistencial
(2) Capacitação de profissionais da rede da área administrativa
(3) NSI

BLOCO 5. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA E AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE
5.1.Desenvolve pesquisas de forma regular? (1) Sim (2) Não (3) NSI
5.1.1. Caso SIM, identificar as fontes de financiamento *(não excludentes)* (1) Recursos do próprio hospital (2) Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado (3) Universidade (4) Órgãos governamentais no campo da saúde (MS, SES, SMS) (5) MEC (6) MCT (CNPq, FINEP) (7) Outro órgão governamental (8) Empresas privadas farmacêuticas (9) Empresas privadas de equipamentos (10) Outras empresas privadas (11) Agências internacionais de fomento
5.2.O hospital possui grupo(s) de pesquisa(s) cadastrado(s) no CNPq? (1) Sim (2) Não (3) NSI
5.2.1. Caso SIM registre o número de grupos cadastrados _____
5.3.Há pesquisas desenvolvidas a partir de negociação com o gestor da rede? (1) Sim (2) Não (3) NSI
5.4.O hospital integra a Rede de Pesquisa Clínica do MS? (1) Sim (2) Não (3) NSI
5.5.Já teve algum projeto aprovado junto ao CNPq ou outro órgão financiador no campo da avaliação tecnológica em saúde? (1) Sim (2) Não (3) NSI
5.6.O hospital participa junto ao MS na formulação de diretrizes para incorporação e gestão de tecnologias em saúde? (1) Sim (2) Não (3) NSI
5.7.O Hospital integra a REBRATS (Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde)? (1) Sim (2) Não (3) NSI
5.7.1.Se sim, assinale os grupos de trabalho nos quais o hospital se insere: *(não excludentes)* (1) Estudos e pesquisas prioritários no campo da ATS (2) Padronização de metodologias de ATS (3) Formação e educação continuada em ATS (4) Disseminação e informação em ATS (5) Monitoramento do horizonte tecnológico (6) Nenhum
5.7.2.O hospital ou grupos de profissionais do hospital participa da elaboração e ou elabora: *(não excludentes)* (1) Pareceres técnico-científicos/PTC (2) Revisões Sistemáticas (3) Avaliações econômicas
5.8.O hospital tem Comitê de Ética em pesquisa? (1) Sim (2) Não (3) NSI

BLOCO 6. CARACTERIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO
Solicitar último contrato e Plano Operativo Anual (POA) do hospital
6.1.Secretaria contratante_____
6.2.Data do último Termo Aditivo do convênio/ contrato_____
6.3.Data do último POA _____
6.4.Quantas revisões do POA foram realizadas até o momento desde o primeiro convênio/contrato? **_____**
6.5.Há uma Comissão de Acompanhamento de convênios/contratos constituída pelo seu gestor? (1) Sim (2) Não (3) NSI
6.5.1. Se sim, quantos representantes do hospital estão na Comissão? **_____**
6.5.2. Se sim, identifique os representantes do Hospital na referida Comissão? ***(não excludentes)*** (1) Diretor geral (2) Diretor financeiro (3) Diretor administrativo (4) Diretor assistencial (5) Chefe(s) de serviço(s) assistencial (is) (6) Assessor de planejamento (7) Representante dos docentes (8) Representante discente (9) Outros
6.5.3.Com que periodicidade que a Comissão de Acompanhamento se reúne? (1) Mensal (2) Bimensal (3) Trimestral (4) Quadrimestral (5) Semestral (6) Outra (7) Não se reúne com periodicidade (8) Não se reúne
6.6. Há um Conselho Gestor para o acompanhamento de Convênio/ contrato de seu hospital? (1) Sim (2) Não (3) NSI
6.6.1.Se sim, quantos representantes do hospital estão no Conselho Gestor? **_____**

6.6.2.Se sim, identifique os representantes do Hospital no referido Conselho? ***(não excludentes)***
(1) Diretor geral
(2) Diretor financeiro
(3) Diretor administrativo
(4) Diretor assistencial
(5) Chefe(s) de serviço(s) assistencial (is)
(6) Assessor de planejamento
(7) Representante dos docentes
(8) Representante discente
(9) Outros

6.6.3.Com que periodicidade o Conselho se reúne?
(1) Mensal
(2) Bimensal
(3) Trimestral
(4) Quadrimestral
(5) Semestral
(6) Outra
(7) Não se reúne com periodicidade
(8) Não se reúne

6.6.4.O Conselho elabora relatórios das avaliações realizadas?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

6.7.O gestor realiza visitas regulares ao hospital em função do monitoramento do contrato/POA?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

6.8.O Hospital envia relatórios de balanço das metas especificadas no POA para o gestor?
(1) Sim (2) Não, porque o hospital não elabora
(3) Não, porque a secretaria não solicita (4) NSI

6.8.1.Se sim assinale a periodicidade:
(1) Mensal
(2) Bimensal
(3) Trimestral
(4) Quadrimestral
(5) Semestral
(6) Outra
(7) NSI

6.9.O Hospital envia relatórios sobre a execução financeira do convênio /contrato para o gestor?
(1) Sim (2) Não, porque o hospital não elabora
(3) Não, porque a secretaria não solicita (4) NSI

6.9.1.Se sim assinale a periodicidade:
(1) Mensal
(2) Bimensal
(3) Trimestral
(4) Quadrimestral
(5) Semestral
(6) Outra
(7) NSI

6.10.Há monitoramento interno no hospital das ações, metas e indicadores do POA?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

6.10.1.No caso de SIM, qual a periodicidade do monitoramento?
(1) Mensal
(2) Bimensal
(3) Trimestral
(4) Quadrimestral
(5) Sem periodicidade
(6) Outra

6.10.2.Quem são os responsáveis pelo monitoramento?
(1) Representantes do hospital na comissão de acompanhamento dos contratos/ convênios
(2) Comissão interna constituída pela direção especificamente para esta finalidade com ou sem os representantes do hospital na comissão de acompanhamento dos contratos/convênios
(3) Outros
(4) Não tem responsáveis pré definidos pelo monitoramento

6.11.Há monitoramento interno no hospital dos recursos relativos ao convênio/ contrato?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

6.11.1. No caso de SIM, qual a periodicidade do monitoramento?
(1) Mensal
(2) Bimensal
(3) Trimestral
(4) Quadrimestral
(5) Sem periodicidade
(6) Outra

6.11.2.Quem são os responsáveis pelo monitoramento?
(1) Representantes do hospital na comissão de acompanhamento dos contratos/ convênios
(2) Comissão interna constituída pela direção especificamente para esta finalidade com ou sem os representantes do hospital na comissão de acompanhamento dos contratos/convênios
(3) Outros
(4) Não tem responsáveis pré definidos pelo monitoramento

6.12.O Hospital já deixou de atender/cumprir metas contratadas no POA?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

6.12.1.Se sim, por que deixou de atender/cumprir as metas? *(não excludentes)*
(1) recursos do contrato insuficientes
(2) metas superestimadas
(3) dificuldade de sensibilização das equipes para o alcance das metas
(4) outra

6.12.2.Se sim, houve alguma conseqüência?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

6.12.3.No caso de SIM, qual? *(não excludentes)*
(1) não recebeu a parte variável do orçamento do convênio/contrato condicionada ao desempenho
(2) não recebeu a parte fixa do orçamento do convênio/contrato
(3) foi advertido pela Secretaria
(4) foi advertido pelo MS/ MEC
(5) sofreu intervenção da Secretaria
(6) o contrato/convênio foi revogado
(7) voltou a receber segundo a produção/procedimento e não mais parcelas mensais de um orçamento pré fixado
(8) outra

6.12.4.No caso de Não, por que não houve conseqüência? *(não excludentes)*
(1) porque foi percebido tardiamente
(2) porque o não repasse de recursos pode inviabilizar o processo/hospital
(3) descontinuidade da gestão do hospital e ou da Secretaria
(4) outra

6.13.Identifique os percentuais atuais relativos à parte fixa e variável dos recursos do contrato/convênio

6.13.1 Parte fixa _____%

6.13.2 Parte variável _____%

6.14.Identifique os percentuais relativos à parte fixa e variável dos recursos previstos no 1º contrato/convênio

6.14.1 Parte fixa _____%

6.14.2 Parte variável _____%

6.15.Os recursos da parte fixa do contrato são repassados: *(não excludentes)*
(1) sem atraso
(2) com atraso eventual
(3) com atraso regular
(4) integralmente, independente do alcance de quaisquer metas
(5) parcialmente, dependente do alcance de metas de produção
(6) parcialmente, dependente do alcance de outras metas que não produção
(7) segundo a produção realizada – por faturamento

6.16.Os recursos da parte variável do contrato são repassados: *(não excludentes)*
(1) sem atraso
(2) com atraso eventual
(3) com atraso regular
(4) integralmente, independente do alcance de quaisquer metas
(5) parcialmente, dependente do alcance de metas

6.16.1.Se parcialmente, é dependente de que tipo de metas: *(não excludentes)*
(1) físicas de produção
(2) de inserção na rede
(3) de qualificação da assistência
(4) de qualificação da gestão
(5) de ensino
(6) pesquisa e ATS

6.17. Os serviços/ equipes do hospital tem conhecimento sobre o contrato/ convênio/POA estabelecido entre o gestor e o hospital?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

6.18. Há pactuação interna sobre metas e indicadores (contratos internos) entre a direção do hospital e os seus serviços?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

6.18.1. No caso de SIM, os contratos internos são realizados através de:
(1) documento formal assinado entre as partes
(2) acordo verbal, sem documento formal
(3) NSI

6.18.2. Para a celebração destes contratos internos há exigência de projetos de serviços?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

6.18.3. Os contratos internos são estabelecidos: ***(não excludentes)***
(1) com os serviços assistenciais
(2) com os serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento
(3) com os serviços administrativos
(4) com os serviços de apoio logístico

6.18.4.Os contratos internos estão associados e ou são decorrentes do POA?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

6.18.5.Há prêmios no contrato interno em função do alcance das metas?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

6.18.5.1 No caso de SIM, que tipos de prêmios? ***(não excludentes)***
(1) gratificação individuais
(2) melhorias no serviço
(3) participação em congressos
(4) outro

BLOCO 7. DIFICULDADES, ASPECTOS FACILITADORES, BENEFÍCIOS ADVINDOS E OU ASSOCIADOS E MEDIDAS DE AJUSTES RELACIONADAS À CONTRATUALIZAÇÃO

7.1.Qual o impacto da contratualização na relação do hospital com o gestor?
(1) Não fez diferença (2) Melhorou (3) Piorou (4) NSI

7.2.Pontuar de zero a dez, as dificuldades que ocorreram na contratualização de seu hospital (onde 0 não é uma dificuldade e 10 é a dificuldade máxima)
( ) Mudança da esfera de governo da parte contratante
( ) Insuficiência e ou imprecisão sobre as necessidades de saúde da população e da capacidade de oferta da rede
( ) Insuficiência e ou imprecisão sobre a capacidade de oferta do hospital
( ) Não regularidade no funcionamento da comissão de acompanhamento dos contratos
( ) Controle e monitoramento por parte do gestor são excessivos
( ) Monitoramento insuficiente das metas do POA por parte do gestor
( ) Metas físicas de produção subestimadas no POA
( ) Metas físicas de produção superestimadas no POA
( ) Orçamento do convênio/contrato subestimado
( ) Uso de recursos do convênio/contrato para pagamento de pessoal
( ) Monitoramento insuficiente das metas do POA por parte do hospital
( ) Sub registro da produção do hospital
( ) Baixa adesão das equipes do hospital com o alcance das metas do POA
( ) Baixa adesão dos profissionais da área acadêmica com o alcance das metas do contrato
( ) Ausência de incentivos para as equipes do hospital que valorizem o alcance das metas do POA
( ) Inexistência ou funcionamento inadequado da central de regulação da Secretaria

7.3.Outras dificuldades identificadas:

_____

_____

_____

7.4.Pontuar de zero a dez, os aspectos facilitadores que concorreram na contratualização de seu hospital (onde 0 não é um aspecto facilitador e 10 é um aspecto facilitador máximo)

( ) Mudança na esfera de governo da parte contratante
( ) Continuidade da equipe de gestão da Secretaria
( ) Continuidade da equipe de gestão do hospital
( ) Conhecimento sobre as necessidades de saúde da população e a capacidade de oferta da rede
( ) Conhecimento sobre a capacidade de produção do hospital
( ) Funcionamento regular da comissão de acompanhamento dos contratos
( ) Funcionamento adequado da central de regulação da Secretaria
( ) Estrutura de gestão desenvolvida na secretaria
( ) Sistemas de informação bem estruturado
( ) Existência de planejamento na Secretaria
( ) Estrutura de gestão desenvolvida no hospital
( ) Modelo de gestão pré-existente no hospital valorizando metas e indicadores

7.5.Outros aspectos facilitadores identificados:

_____

_____

_____

7.6.Pontuar de zero a dez os principais benefícios advindos e ou associados à contratualização de seu hospital (onde 0 não é um benefício e 10 é o benefício máximo)

( ) Maior conhecimento do hospital
( ) Maior conhecimento das necessidades da rede
( ) Maior integração do hospital na rede
( ) Melhoria na constituição de rede (processo de referência e contra-referência, integralidade da atenção
( ) Melhoria no acesso da população aos serviços do hospital
( ) Melhoria das práticas e mecanismos de responsabilização e prestação de contas sobre a assistência prestada e recursos utilizados
( ) Melhoria da qualidade assistencial do hospital
( ) Melhoria na eficiência do uso de recursos do hospital
( ) Melhoria na eficiência do uso de recursos da rede
( ) Melhoria nas práticas de humanização no hospital
( ) Incremento de novas modalidades assistenciais “desospitalizantes”
( ) Abertura/fechamento de serviços na rede
( ) Melhoria na gestão hospitalar
( ) Melhoria nas atividades de ensino da graduação e pós graduação
( ) Incremento na formação de profissionais da rede de serviços
( ) Realização de pesquisas atendendo demandas da rede de serviços
( ) Realização de avaliação de tecnologias em saúde
( ) Melhoria no registro da produção realizada
( ) Incremento na produção de procedimentos de alta complexidade
( ) Incremento na produção de procedimentos de média complexidade
( ) Diminuição da produção de procedimentos de atenção básica

7.7.Outros benefícios identificados:

_____

_____

_____

7.8.Sugestões para o aprimoramento da contratualização:

_____

_____

_____

7.9.Boas práticas identificadas com a contratualização - o que deu certo/ o que melhorou? (Exemplos: na assistência, implantação da classificação de risco na porta de entrada; na gestão (reserva de consulta pela central de regulação com marcação efetiva uma semana antes através de contato telefônico ou pelo agente comunitário de saúde)

_____

_____

_____

7.10.Na sua avaliação pontuar de 0 a 10 a contratualização _____

Anexo B - Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde: contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS

SECRETARIA MUNICIPAL OU ESTADUAL DE SAÚDE
(gestor e ou representante da Secretaria na Comissão de Acompanhamento de Convênios/Contratos e ou da área de regulação)

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	
Entrevistador	
Entrevistado	
Cargo/Função do entrevistado	Data da entrevista
Tempo no cargo	

Bloco 1. IDENTIFICAÇÃO DA SECRETARIA				
1.1 Secretaria Municipal		1.2 Secretaria Estadual		
1.3 CNPJ				
1.4 Endereço				
1.5 Município			1.6 UF	1.7 CEP
1.8 DDD	1.9 Telefone 1	1.10 Telefone 2	1.11 Telefone 3	1.12 Fax
1.13 Email				

Bloco 2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA SECRETARIA
Estruturas e ou práticas de gestão existentes na secretaria voltadas para a <u>atenção hospitalar</u>:
2.1.Regulação de leitos, <u>consultas e ou exames</u> (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.1.1.Se SIM, identifique desde quando esta estrutura existe: (1) Anterior à contratualização (2) Posterior à contratualização (3)NSI
2.2.Planejamento e programação (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.2.1.Se SIM, identifique desde quando esta estrutura existe: (1) Anterior à contratualização (2) Posterior à contratualização (3)NSI
2.3.Avaliação (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.3.1.Se SIM, identifique desde quando esta estrutura existe: (1) Anterior à contratualização (2) Posterior à contratualização (3)NSI
2.4.Auditoria (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.4.1.Se SIM, identifique desde quando esta estrutura existe: (1) Anterior à contratualização (2) Posterior à contratualização (3)NSI
2.5.Informações em Saúde (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.5.1.Se SIM, identifique desde quando esta estrutura existe (1) Anterior à contratualização (2) Posterior à contratualização (3)NSI
Elaboração de Plano de Saúde (Plano Diretor de Saúde)considerando
2.6.Necessidades da população(perfil epidemiológico e demográfico, etc) (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.6.1.Se SIM, identifique desde quando esta prática se realiza (1) Anterior à contratualização (2) Posterior à contratualização (3)NSI
2.6.2.Se Sim, qual a periodicidade (1) A cada ano (2) A cada 2 anos (3) A cada 5 anos (4) Outra

2.7.Capacidade de oferta da rede (o que a rede de atenção possui): (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.7.1.Se SIM, identifique desde quando esta prática se realiza (1) Anterior à contratualização (2) Posterior à contratualização (3)NSI
2.7.2.Se Sim, qual a periodicidade (1) A cada ano (2) A cada 2 anos (3) A cada 5 anos (4) Outra
2.8. Se o gestor/secretaria elabora Plano de Saúde ele é referência para a negociação e elaboração dos Planos Operativos Anuais dos convênios/contratos dos hospitais? (1) Sim (2) Não (3) NSI
2.9. A secretaria/gestor estabelece contratualização com: (1) Hospitais de ensino/ HE (2) Hospitais filantrópicos / HF
Solicitar últimos contratos e POAs dos hospitais de ensino e filantrópicos contratualizados da amostra que não tenham sido obtidos na entrevista com o hospital **Se a Secretaria <u>contratualizar HE</u>, responder as questões dos Blocos 3 e 4 levando em consideração o <u>conjunto de hospitais</u> de ensino (HE) contratualizados e <u>não somente o hospital selecionado na amostra</u>.** **Se a Secretaria <u>contratualizar HF</u>, responder as questões dos Blocos 5 e 6 levando em consideração o <u>conjunto de hospitais</u> filantrópicos (HF) contratualizados e não somente o hospital selecionado na amostra.** **Se contratualizar HE e HF responder os Blocos 3,4,5 e 6 considerando o conjunto de HE e HF que contratualiza e não somente os selecionados nas amostras.**

Bloco 3. CARACTERIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO PARA OS HOSPITAIS DE ENSINO/HE
3.1. Os HE contratualizados disponibilizam serviços para a Secretaria (1) Sim, para a central de regulação da Secretaria (2) Sim, mas não para a central de regulação (3) Não, por decisão do hospital (4) Não, por falta de interesse da Secretaria (5) NSI
3.1.1.Se sim, assinale os serviços disponibilizados *(não excludentes)* (1) Leitos gerais (2) Leitos intensivos (3) Consultas especializadas de 1ª vez (4) Exames
3.1.2.A Secretaria utiliza os serviços disponibilizados (1) Sim, integralmente (2) Sim, parcialmente (3) Sim, solicitando vagas adicionais (4) Não (5) NSI
3.2. Os serviços que os HE disponibilizam para a Secretaria sofreram alguma alteração após a contratualização?
3.2.1 No número de leitos (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI
3.2.2 No número de exames (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI
3.2.3 No número de consultas de 1ª vez (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI
3.3. A produção de procedimentos dos HE sofreu alguma alteração após a contratualização?

3.3.1 Procedimentos de média complexidade na internação
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica

3.3.2 Procedimentos ambulatoriais de média complexidade
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica

3.3.3 Procedimentos de alta complexidade na internação
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica

3.3.4 Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica

3.3.5 Procedimentos estratégicos na internação
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica

3.3.6 Procedimentos ambulatoriais estratégicos
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica

3.3.7 Procedimentos da atenção básica
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica

3.3.8 Atendimentos de urgência e emergência
(1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica

3.4. O gestor apresenta demandas específicas na elaboração do POA dos HE contratualizados?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.4.1.Se Sim, que tipo de demandas? *(não excludentes)*
(1) Ajustes na produção de determinadas atividades
(2) Abertura/fechamento de novos serviços
(3) Introdução de melhorias na assistência
(4) Estabelecimento dos padrões para indicadores assistenciais de produtividade (Taxa de ocupação/TO, Tempo Médio de Internação/TMP)
(5) Estabelecimento dos padrões para indicadores assistenciais de qualidade (Tx infecção, Tx mortalidade)
(6) Introdução de melhorias na gestão
(7) Introdução de melhorias no ensino
(8) Formação de profissionais da rede de serviços
(9) Capacitação de profissionais da rede de serviços
(10) Realização de pesquisas atendendo demandas da rede de serviços
(11) Realização de avaliação de tecnologias em saúde

3.5. O gestor constituiu Comissão(ões) de Acompanhamento de Convênios/ Contratos para os HE contratualizados?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.5.1.Se Sim, quantas?_____

3.5.2.Se sim, a coordenação desta(s) Comissão (ões) é sempre assumida por um representante da Secretaria?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.5.3.Com que periodicidade a Comissão(ões) se reúne?
(1) Mensal
(2) Bimensal
(3) Trimestral
(4) Quadrimestral
(5) Semestral
(6) Outra
(7) Não se reúne com periodicidade
(8) Não se reúne

3.5.4.A(s) Comissão(ões) elabora(m) relatórios das avaliações realizadas?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.6.O gestor constituiu Conselho Gestor para o acompanhamento de Convênios/ Contratos dos HE contratualizados?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.6.1.Se Sim, quantos?_____

3.6.2.Se sim, a coordenação deste(s) Conselho(s) é sempre assumida por um representante da Secretaria?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.6.3.Com que periodicidade o Conselho(s) se reúne(m)?
(1) Mensal
(2) Bimensal
(3) Trimestral
(4) Quadrimestral
(5) Semestral
(6) Outra
(7) Não se reúne com periodicidade
(8) Não se reúne

3.6.4.O(s) Conselho(s) elabora(m) relatórios das avaliações realizadas?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.7.Além da avaliação realizada pela Comissão(ões) e pelo Conselho Gestor, o gestor monitora de outra forma o cumprimento das metas do POA?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.7.1.Se sim, assinale *(não excludentes)*
(1) In loco através de visitas
(2) A distância através de relatórios encaminhados pelo hospital
(3) A distância através de sistema informação da secretaria

3.8.O gestor repassou para os HE todos os recursos previstos nos contratos?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.9.O gestor complementou o contrato dos HE com recursos adicionais?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.10.Há prestação de contas regular obrigatória ou não dos convênios/contratos/ POA dos HE junto a outras instâncias além da Secretaria?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.10.1.Se sim, assinale *(não excludentes)*
(1) Conselho Estadual de Saúde
(2) Conselho Municipal de Saúde
(3) Ministério Público Estadual
(4) Ministério Público Federal
(5) Ministério da Saúde
(6) Ministério da Educação
(7) Ministério da Justiça
(8) Ministério da Previdência Social
(9) Secretaria Municipal de Saúde
(10) Secretaria Estadual de Saúde
(11) Tribunal de Contas do Município
(12) Tribunal de Contas do Estado
(13) Tribunal de Contas da União
(14) Outra

3.11.Há na secretaria, profissionais designados especificamente para o acompanhamento de cada HE contratualizado?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.11.1.Se Sim, cada profissional é responsável por quantos HE contratualizados?
(1) Somente 1 (2) De 2 a 5 (3) De 6 a 10 (4) Mais de 10

3.12.Os HE contratualizados já deixaram de atender metas contratadas no POA?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.12.1Se sim, houve alguma conseqüência?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

3.12.2.No caso de SIM, identifique qual *(não excludentes)*
(1) não recebeu a parte variável do orçamento do convênio/contrato condicionada ao desempenho
(2) não recebeu a parte fixa do orçamento do convênio/contrato
(3) foi advertido pela Secretaria
(4) foi advertido pelo MS/ MEC
(5) sofreu intervenção da Secretaria
(6) o contrato/convênio foi revogado
(7) voltou a receber segundo a produção/procedimento e não mais parcelas mensais de um orçamento pré fixado
(8) outra

3.12.3.No caso de Não, por que não houve conseqüência?
(1) porque foi percebido tardiamente
(2) porque o não repasse de recursos poderia inviabilizar o processo/hospital
(3) descontinuidade da gestão do hospital e ou da Secretaria
(4) outra

Bloco 4 . DIFICULDADES, ASPECTOS FACILITADORES, BENEFÍCIOS ADVINDOS E OU ASSOCIADOS E MEDIDAS DE AJUSTES RELACIONADAS À CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO/HE

4.1.Qual o impacto da contratualização na relação do HE com o gestor?
(1) Não fez diferença (2) Melhorou (3) Piorou (4) NSI

4.2.Pontuar de zero a dez, as dificuldades que ocorreram na contratualização dos HE (onde 0 não é uma dificuldade e 10 é a dificuldade máxima)
( ) Mudança da esfera de governo da parte contratante
( ) Insuficiência e ou imprecisão sobre as necessidades de saúde da população e da capacidade de oferta da rede
( ) Insuficiência e ou imprecisão sobre a capacidade de oferta do hospital
( ) Não regularidade no funcionamento da comissão de acompanhamento dos contratos
( ) Controle e monitoramento excessivos por parte do gestor
( ) Monitoramento insuficiente das metas do POA por parte do gestor
( ) Metas físicas de produção subestimadas no POA
( ) Metas físicas de produção superestimadas no POA
( ) Orçamento do convênio/contrato subestimado
( ) Uso de recursos do convênio/contrato para pagamento de pessoal
( ) Monitoramento insuficiente das metas do POA por parte do hospital
( ) Sub registro da produção do hospital
( ) Baixa adesão das equipes do hospital com o alcance das metas do POA
( ) Baixa adesão dos profissionais da área acadêmica com o alcance das metas do contrato
( ) Ausência de incentivos para as equipes do hospital que valorizem o alcance das metas do POA
( ) Inexistência ou funcionamento inadequado da central de regulação da Secretaria

4.3. Outras dificuldades identificadas

_____

_____

_____

_____

_____

4.4.Pontuar de zero a dez, os aspectos facilitadores que concorreram na contratualização dos HE (onde 0 não é um aspecto facilitador e 10 é um aspecto facilitador máximo)

( ) Mudança na esfera de governo da parte contratante
( ) Continuidade da equipe de gestão da Secretaria
( ) Continuidade da equipe de gestão do hospital
( ) Conhecimento sobre as necessidades de saúde da população e a capacidade de oferta da rede
( ) Conhecimento sobre a capacidade de produção do hospital
( ) Funcionamento regular da comissão de acompanhamento dos contratos
( ) Funcionamento adequado da central de regulação da Secretaria
( ) Estrutura de gestão desenvolvida na secretaria
( ) Sistemas de informação bem estruturado
( ) Existência de planejamento na Secretaria
( ) Estrutura de gestão desenvolvida no hospital
( ) Modelo de gestão pré-existente no hospital valorizando metas e indicadores

4.5.Outros aspectos facilitadores identificados

_____

_____

_____

_____

_____

4.6.Pontuar de zero a dez os principais benefícios advindos e ou associados à contratualização dos HE (onde 0 não é um benefício e 10 é o benefício máximo)

( ) Maior conhecimento do hospital
( ) Maior conhecimento das necessidades da rede
( ) Maior integração do hospital na rede
( ) Melhoria na constituição de rede (processo de referência e contra-referência, integralidade da atenção
( ) Melhoria no acesso da população aos serviços do hospital
( ) Melhoria das práticas e mecanismos de responsabilização e prestação de contas sobre a assistência prestada e recursos utilizados
( ) Melhoria da qualidade assistencial do hospital
( ) Melhoria na eficiência do uso de recursos do hospital
( ) Melhoria na eficiência do uso de recursos da rede
( ) Melhoria nas práticas de humanização no hospital
( ) Incremento de novas modalidades assistenciais “desospitalizantes”
( ) Abertura/fechamento de serviços na rede
( ) Melhoria na gestão hospitalar
( ) Melhoria nas atividades de ensino da graduação e pós graduação

( ) Incremento na formação de profissionais da rede de serviços
( ) Realização de pesquisas atendendo demandas da rede de serviços
( ) Realização de avaliação de tecnologias em saúde
( ) Melhoria no registro da produção realizada
( ) Incremento na produção de procedimentos de alta complexidade
( ) Incremento na produção de procedimentos de média complexidade
( ) Diminuição da produção de procedimentos de atenção básica

4.7.Outros benefícios identificados

_____

_____

_____

_____

_____

4.8.Sugestões para o aprimoramento da contratualização dos HE

_____

_____

_____

_____

_____

4.9.Boas práticas identificadas com a contratualização dos HE- o que deu certo/ o que melhorou? (Exemplos na assistência, implantação da classificação de risco na porta de entrada; na gestão (reserva de consulta pela central de regulação com marcação efetiva uma semana antes através de contato telefônico ou pelo agente comunitário de saúde)

_____

_____

_____

_____

_____

4.10.Na sua avaliação pontuar de 0 a 10 a contratualização dos HE _____

Bloco 5. CARACTERIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS/HF
5.1 A Secretaria estabelece contratualização com Hospitais Filantrópicos (HF)? (1) Sim (2) Não (3) NSI
5.2. Os HF contratualizados disponibilizam serviços para a Secretaria (1) Sim, para a central de regulação da Secretaria (2) Sim, mas não para a central de regulação (3) Não, por decisão do hospital (4) Não, por falta de interesse da Secretaria (5) NSI
5.2.1.Se sim assinale os serviços disponibilizados *(não excludentes)* (1) Leitos gerais (2) Leitos intensivos (3) Consultas especializadas de 1ª vez (4) Exames
5.2.2.A Secretaria utiliza os serviços disponibilizados (1) Sim, integralmente (2) Sim, parcialmente (3) Sim, solicitando vagas adicionais (4) Não (5) NSI
5.3. Os serviços que os HF disponibilizam para a Secretaria sofreram alguma alteração após a contratualização?
5.3.1 No número de leitos (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI
5.3.2 No número de exames (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI
5.3.3 No número de consultas de 1ª vez (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI
5.4. A produção de procedimentos dos HF sofreu alguma alteração após a contratualização?
5.4.1 Procedimentos de média complexidade na internação (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica
5.4.2 Procedimentos ambulatoriais de média complexidade (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica
5.4.3 Procedimentos de alta complexidade na internação (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica
5.4.4 Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica
5.4.5 Procedimentos estratégicos na internação (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica
5.4.6 Procedimentos ambulatoriais estratégicos (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica
5.4.7 Procedimentos da atenção básica (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica
5.4.8 Atendimentos de urgência e emergência (1) Incrementou (2) não houve alteração (3) diminuiu (4) NSI (5) Não se aplica
5.5.O gestor apresenta demandas específicas na elaboração do POA dos HF contratualizados? (1) Sim (2) Não (3) NSI

5.5.1.Se Sim, que tipo de demandas? *(não excludentes)*
(1) Ajustes na produção de determinadas atividades
(2) Abertura/fechamento de novos serviços
(3) Introdução de melhorias na assistência
(4) Estabelecimento dos padrões para indicadores assistenciais de produtividade (Taxa de ocupação/TO, Temo Médio de Internação/TMP)
(5) Estabelecimento dos padrões para indicadores assistenciais de qualidade (Tx infecção, Tx mortalidade)
(6) Introdução de melhorias na gestão
(7) Introdução de melhorias no ensino
(8) Formação de profissionais da rede de serviços
(9) Capacitação de profissionais da rede de serviços
(10) Realização de pesquisas atendendo demandas da rede de serviços
(11) Realização de avaliação de tecnologias em saúde

5.6.O gestor constituiu Comissão/ Comissões de Acompanhamento de Convênios/Contratos para os HF contratualizados?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

5.6.1.Se Sim, quantas?_____

5.6.2.Se sim, a coordenação desta(s) Comissão(ões) é sempre assumida por um representante da Secretaria?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

5.6.3.Com que periodicidade a Comissão (ões) se reúne(m)?
(1) Mensal
(2) Bimensal
(3) Trimestral
(4) Quadrimestral
(5) Semestral
(6) Outra
(7) Não se reúne com periodicidade
(8) Não se reúne

5.6.4.A(s) Comissão(ões) elabora(m) relatórios das avaliações realizadas?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

5.7.O gestor constituiu Conselho Gestor para o acompanhamento de Convênios/ Contratos dos HF contratualizados?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

5.7.1.Se Sim, quantos?_____

5.7.2.Se sim, a coordenação deste(s) Conselho(s) é sempre assumida por um representante da Secretaria?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

5.7.3.Com que periodicidade o(s) Conselho(s) se reúne(m)?
(1) Mensal
(2) Bimensal
(3) Trimestral
(4) Quadrimestral
(5) Semestral
(6) Outra
(7) Não se reúne com periodicidade
(8) Não se reúne

5.7.4.O(s) Conselho(s) elabora(m) relatórios das avaliações realizadas?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

5.8.Além da avaliação realizada pela Comissão (ões), e pelo (s) Conselho(s) Gestor (es), o gestor monitora de outra forma o cumprimento das metas do POA?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

5.8.1.Se sim, assinale *(não excludentes)*
(1) In loco através de visitas
(2) A distância através de relatórios encaminhados pelo hospital
(3) A distância através de sistema informação da secretaria

5.9.O gestor repassou para os HF todos os recursos previstos nos contratos?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

5.10.O gestor complementou o contrato dos HF com recursos adicionais?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

5.11.Há prestação de contas regular obrigatória ou não dos convênios/contratos/ POA dos HF junto a outras instâncias além da Secretaria?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

5.11.1.Se sim, assinale *(não excludentes)*
(1) Conselho Estadual de Saúde
(2) Conselho Municipal de Saúde
(3) Ministério Público Estadual
(4) Ministério Público Federal
(5) Ministério da Saúde
(6) Ministério da Educação
(7) Ministério da Justiça
(8) Ministério da Previdência Social
(9) Secretaria Municipal de Saúde
(10) Secretaria Estadual de Saúde
(11) Tribunal de Contas do Município
(12) Tribunal de Contas do Estado
(13) Tribunal de Contas da União
(14) Outra

5.12.Há na secretaria, profissionais designados especificamente para o acompanhamento de cada HF contratualizado?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

5.12.1.Se Sim, cada profissional é responsável por quantos HF contratualizados?
(1) Somente 1 (2) De 2 a 5 (3) De 6 a 10 (4) Mais de 10

5.13.Os HF contatualizados já deixaram de atender metas contratadas no POA?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

5.13.1Se sim, houve alguma conseqüência?
(1) Sim (2) Não (3) NSI

5.13.2.No caso de SIM, identifique qual *(não excludentes)*
(1) não recebeu a parte variável do orçamento do convênio/contrato condicionada ao desempenho
(2) não recebeu a parte fixa do orçamento do convênio/contrato
(3) foi advertido pela Secretaria
(4) foi advertido pelo MS/ MEC
(5) sofreu intervenção da Secretaria
(6) o contrato/convênio foi revogado
(7) voltou a receber segundo a produção/procedimento e não mais parcelas mensais de um orçamento pré fixado
(8) outra

5.13.3.No caso de Não, por que não houve conseqüência?
(1) porque foi percebido tardiamente
(2) porque o não repasse de recursos poderia inviabilizar o processo/hospital
(3) descontinuidade da gestão do hospital e ou da Secretaria
(4) outra

Bloco 6 . DIFICULDADES, ASPECTOS FACILITADORES, BENEFÍCIOS ADVINDOS E OU ASSOCIADOS E MEDIDAS DE AJUSTES RELACIONADAS À CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS/HF

6.1.Qual o impacto da contratualização na relação do HF com o gestor?
(1) Não fez diferença (2) Melhorou (3) Piorou (4) NSI

6.2.Pontuar de zero a dez, as dificuldades que ocorreram na contratualização dos HF (onde 0 não é uma dificuldade e 10 é a dificuldade máxima)
( ) Mudança da esfera de governo da parte contratante
( ) Insuficiência e ou imprecisão sobre as necessidades de saúde da população e da capacidade de oferta da rede
( ) Insuficiência e ou imprecisão sobre a capacidade de oferta do hospital
( ) Não regularidade no funcionamento da comissão de acompanhamento dos contratos
( ) Controle e monitoramento excessivos por parte do gestor
( ) Monitoramento insuficiente das metas do POA por parte do gestor
( ) Metas físicas de produção subestimadas no POA
( ) Metas físicas de produção superestimadas no POA
( ) Orçamento do convênio/contrato subestimado
( ) Uso de recursos do convênio/contrato para pagamento de pessoal
( ) Monitoramento insuficiente das metas do POA por parte do hospital
( ) Sub registro da produção do hospital
( ) Baixa adesão das equipes do hospital com o alcance das metas do POA
( ) Baixa adesão dos profissionais da área acadêmica com o alcance das metas do contrato
( ) Ausência de incentivos para as equipes do hospital que valorizem o alcance das metas do POA
( ) Inexistência ou funcionamento inadequado da central de regulação da Secretaria

6.3.Outras dificuldades identificadas

_____

_____

_____

_____

6.4.Pontuar de zero a dez, os aspectos facilitadores que concorreram na contratualização dos HF (onde 0 não é um aspecto facilitador e 10 é um aspecto facilitador máximo)

( ) Mudança na esfera de governo da parte contratante
( ) Continuidade da equipe de gestão da Secretaria
( ) Continuidade da equipe de gestão do hospital
( ) Conhecimento sobre as necessidades de saúde da população e a capacidade de oferta da rede
( ) Conhecimento sobre a capacidade de produção do hospital
( ) Funcionamento regular da comissão de acompanhamento dos contratos
( ) Funcionamento adequado da central de regulação da Secretaria
( ) Estrutura de gestão desenvolvida na secretaria
( ) Sistemas de informação bem estruturado
( ) Existência de planejamento na Secretaria
( ) Estrutura de gestão desenvolvida no hospital
( ) Modelo de gestão pré-existente no hospital valorizando metas e indicadores

6.5.Outros aspectos facilitadores identificados

_____

_____

_____

_____

6.6.Pontuar de zero a dez os principais benefícios advindos e ou associados à contratualização dos HF (onde 0 não é um benefício e 10 é o benefício máximo)

( ) Maior conhecimento do hospital
( ) Maior conhecimento das necessidades da rede
( ) Maior integração do hospital na rede
( ) Melhoria na constituição de rede (processo de referência e contra-referência, integralidade da atenção
( ) Melhoria no acesso da população aos serviços do hospital
( ) Melhoria das práticas e mecanismos de responsabilização e prestação de contas sobre a assistência prestada e recursos utilizados
( ) Melhoria da qualidade assistencial do hospital
( ) Melhoria na eficiência do uso de recursos do hospital
( ) Melhoria na eficiência do uso de recursos da rede
( ) Melhoria nas práticas de humanização no hospital
( ) Incremento de novas modalidades assistenciais “desospitalizantes”
( ) Abertura/fechamento de serviços na rede
( ) Melhoria na gestão hospitalar
( ) Melhoria nas atividades de ensino da graduação e pós graduação
( ) Incremento na formação de profissionais da rede de serviços
( ) Realização de pesquisas atendendo demandas da rede de serviços
( ) Realização de avaliação de tecnologias em saúde
( ) Melhoria no registro da produção realizada
( ) Incremento na produção de procedimentos de alta complexidade
( ) Incremento na produção de procedimentos de média complexidade
( ) Diminuição da produção de procedimentos de atenção básica

6.7.Outros benefícios identificados

_____

_____

_____

_____

6.8.Sugestões para o aprimoramento da contratualização dos HF

_____

_____

_____

_____

6.9.Boas práticas identificadas com a contratualização dos HF- o que deu certo/ o que melhorou? (Exemplos na assistência, implantação da classificação de risco na porta de entrada; na gestão (reserva de consulta pela central de regulação com marcação efetiva uma semana antes através de contato telefônico ou pelo agente comunitário de saúde)

_____

_____

_____

_____

6.10.Na sua avaliação pontuar de 0 a 10 a contratualização dos HF _____