

A aferição do cumprimento de metas contratuais pelos prestadores do SUS como forma de aprimoramento da gestão pública de saúde

Aline Fayh Paulitsch¹

Artigo a ser apresentado no XLIII Congresso
Nacional dos Procuradores do Estado e do DF

São Paulo
2017

¹ Procuradora do Estado do Rio Grande do Sul, Dirigente da Equipe de Demandas Especiais da Procuradoria do Interior. E-mail: alinefayh@hotmail.com.

Resumo

O presente artigo pretende analisar o financiamento do serviço público de saúde na atenção hospitalar e o repasse de valores condicionado ao cumprimento de metas contratuais pelos prestadores do SUS. Para isso aborda-se a organização da assistência pública à saúde no Brasil, sua forma de financiamento e contratualização.

Introdução

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Os serviços executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) podem ser realizados diretamente pelo Estado ou mediante participação da iniciativa privada.

O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

O repasse dos recursos financeiros pelos entes federativos aos hospitais contratados é realizado de maneira regular, de acordo com a sua forma de financiamento (pré ou pós-fixado), conforme estabelecido nos atos normativos e no contrato.

O pagamento do valor pré-fixado é condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no documento descritivo do contrato. O valor é pago antecipadamente aos hospitais, para após haver a conferência em relação ao que foi produzido.

O presente estudo busca analisar a forma de financiamento e de controle dos serviços prestados por hospitais contratualizados com o Estado através do cumprimento de metas, questão abordada em ações judiciais recentemente intentadas por entidades hospitalares contra o Estado do Rio Grande do Sul, ajuizadas principalmente em virtude dos atrasos nos pagamentos causados pela crise econômica.

Em síntese, nas referidas ações os hospitais alegam a exceção do contrato não cumprido, sob o argumento de que se há atraso no pagamento não se pode exigir o atingimento de metas no serviço prestado (o atraso está ocorrendo na maioria dos casos apenas no financiamento de origem estadual, enquanto o desconto se dá no componente de financiamento federal). Sustentam também a necessidade de processo administrativo prévio ao desconto pelo descumprimento das metas contratuais, a defasagem dos valores da tabela SUS e dos incentivos (reequilíbrio econômico-financeiro do contrato). Postulam o pagamento de verbas vencidas e vincendas previstas no contrato (pagas em atraso em virtude da crise financeira) e, em alguns casos, indenização por danos morais e materiais.

Para analisar o controle dos serviços prestados através do cumprimento de metas, aborda-se a organização da assistência pública à saúde no Brasil, sua forma de financiamento na área hospitalar e a contratualização.

1. Da organização do serviço público de saúde no Brasil

A saúde foi prevista como direito social pela primeira vez no Brasil na Constituição Federal de 1988 (art. 6º). É parte integrante da Seguridade Social (arts. 194 a 204 da CF), junto com a previdência e assistência social.

Além de direito social, a saúde também é um direito fundamental oponível em face do Estado por meio de demandas individuais para concessão de medicamentos, tratamentos hospitalares e ambulatoriais. Atualmente, apenas no Estado do Rio Grande do Sul, tramitam em primeiro grau cerca de 90 mil ações nesta matéria com atuação da PGE/RS².

O Sistema Único de Saúde (art. 198 CF) é o instrumento para efetivar a política pública de saúde prevista na CF/88. Antes do SUS, as ações e serviços de saúde eram destinados a três categorias: (1) quem podia pagar, (2) os segurados da previdência social (Trabalhadores com Carteira assinada) e (3) os funcionários públicos (que possuíam planos de saúde próprios).

² Dados extraídos do sistema de Controle de Processos Judiciais (CPJ) da PGE/RS, Relatório RCPJ202 - Mapa Mensal Geral por Area - MMGA - Maio/2017.

Em 1988, com a previsão constitucional de acesso universal (arts. 194, § único, I e 196 CF), houve uma grande ampliação do direito à saúde enquanto dever do Estado, sendo concebido um complexo sistema de financiamento a fim de atender um número infinito de necessidades com um orçamento sempre limitado.

Nos termos do *caput* do art. 198 da CF, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

Atendendo ao preceito constitucional, a Lei n.8.080/90 (Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – SUS) tratou da organização do SUS, definindo as competências, atribuições e responsabilidades dos entes federados e demais órgãos integrantes do sistema.

Cabe transcrever o disposto no art. 8º da Lei 8080/90:

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

O Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90, define a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no art. 2º, VI, *in verbis*:

Rede de Atenção à Saúde (RAS): conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

A hierarquização ora tratada refere-se aos níveis de complexidade crescente dos serviços de saúde: atenção básica ou primária, atenção secundária (média complexidade) e atenção terciária (alta complexidade)³.

³ SANTOS, Ricart César Coelho. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2016. p. 74/75

A atenção básica é o primeiro nível de cuidado à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), empregando tecnologia de baixa densidade (procedimentos mais simples e baratos). Um exemplo são as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A atenção secundária (média complexidade) são ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde da população que demandem profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento (por exemplo: cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédico, ações especializadas em odontologia, fisioterapia).

Já a atenção terciária (alta complexidade) são procedimentos que, no contexto do SUS, envolvem alta tecnologia e alto custo. Exemplo: assistência ao paciente oncológico, cirurgia cardiovascular, neurocirurgia⁴.

As ações e os serviços de atenção primária são responsabilidades que devem ser assumidas por todos os municípios. As demais ações e serviços de saúde serão atribuídos de acordo com a condição do Município (se este assumiu a gestão dos serviços de saúde), com o pactuado pelos gestores para determinado local e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

Feitas essas breves considerações sobre de que forma o serviço de saúde é organizado no SUS, cabe analisar como ocorre o seu financiamento e a participação da iniciativa privada (hospitais) na saúde pública.

2. Do financiamento da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

⁴ BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS 2007, v. 9, p. 16/19. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2017.

A distribuição dos recursos federais é organizada e transferida na forma de blocos de financiamentos para cada unidade da federação, de acordo com a Portaria MS/GM n. 204/2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde.

O art. 4º da Portaria MS/GM n. 204/2007 estabelece seis blocos de financiamento:

1) Atenção Básica;

2) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

3) Vigilância em Saúde;

4) Assistência Farmacêutica;

5) Gestão do SUS;

6) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Cada bloco de financiamento é constituído por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados. Nos termos do art. 13 da Portaria MS/GM n. 204/2007, o bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é constituído por dois componentes:

I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC; e

II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios é destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente (art. 14 Portaria MS/GM n. 204/2007).

O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) é composto pelos recursos destinados ao financiamento dos itens mencionados nos incisos do art. 16 da Portaria MS/GM n. 204/2007, destacando-se os “novos procedimentos” (não relacionados na tabela vigente ou que não possuam parâmetros para definição de limite de financiamento), por

um período de seis meses, a fim de permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente MAC. Portanto, o procedimento será financiado pelo Componente FAEC enquanto não incorporado ao componente Limite financeiro MAC.

As transferências desses recursos ocorrem através dos fundos de saúde (conta separada do caixa único), instituídos em cada ente da federação. A obrigatoriedade de aplicação dos recursos por meio dos Fundos de Saúde advém do art. 33 da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90), art. 4º da Lei n. 8.142/90, da EC n. 29/2000 (art. 77, § 3º, ADCT, CF/88) e do art. 18 da Lei Complementar n. 141/2012 (regulamentou a EC 29/2000).

Para se ter uma ideia dos valores envolvidos, o Fundo Nacional da Saúde (FNS) repassou em 2016 para o financiamento da média e alta complexidade (MAC) mais de quarenta trilhões e meio de reais (R\$ 40.536.404.894,84), seguido do bloco da atenção básica (R\$ 16.734.039.702,63). Considerando-se os seis blocos de financiamento, 62,69% dos valores foram para o bloco MAC e 25,88% para a atenção básica⁵.

3. Da execução das ações e serviços públicos de saúde

As ações e serviços de saúde devem ser prestadas diretamente pelo Estado ou através de terceiros. A participação de entidades da iniciativa privada está prevista nos artigos 197 e 199, § 1º, da CF:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (grifa-se)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (grifa-se)

⁵ SAÚDE com Transparência. Disponível em:: <http://aplicacao.saude.gov.br/portalttransparencia/index.jsf>. Acesso em 23 jun. 2017.

Assim, a assistência à saúde pode ser prestada, no âmbito do SUS, diretamente pelo Estado ou por instituições privadas, mediante contrato ou convênio, cabendo ao Poder Público regulamentar e fiscalizar a execução dos serviços.

Na assistência ambulatorial e hospitalar, os prestadores (entidades privadas) podem ser contratualizados pelos Estados ou Municípios, dependendo da condição do ente federativo como gestor dos serviços de saúde no SUS.

O Estado do Rio Grande do Sul, que se encontra com a gestão de seus serviços de saúde desde setembro de 2003⁶, possui contratos com hospitais localizados em Municípios sem gestão plena.

Com o processo de descentralização, muitos municípios no Rio Grande do Sul assumiram a gestão de serviços de saúde localizados em seu território, recebendo os valores federais dos blocos de financiamento através do Fundo Municipal da Saúde diretamente do Fundo Nacional da Saúde. Nesses casos (Municípios com gestão plena), o contrato com os prestadores é celebrado pelo Município e não pelo Estado.

Os procedimentos da Média e Alta Complexidade são registrados pelos estabelecimentos de saúde nos sistemas SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial) e SIH/SUS (Sistema de Informação Hospitalar).

Esses sistemas também são utilizados pelos gestores (Secretarias Estaduais ou Municipais) para processar a produção de todos os estabelecimentos sob sua gestão. Os registros são enviados ao Ministério da Saúde e os valores aprovados são utilizados para pagamento dos prestadores que recebem por produção.

Os referidos sistemas de informações são instrumentos importantes para os gestores públicos no monitoramento dos processos de planejamento e controle, fornecendo subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa dos serviços de saúde prestados no SUS.

⁶ BRASIL, Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Manual de operacionalização das informações pelas comissões de acompanhamento dos contratos da SES/RS. 2017, p. 05.

4. Contratualização

Os contratos do gestor público com a rede hospitalar são regidos pelas Portarias MS/GM nº 3.390/2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), e nº 3.410/2013, que estabelece as diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a PNHOSP. Aplica-se também o disposto na Lei 8.666/93, que prevê normas gerais sobre licitações e contratos administrativos no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Os estabelecimentos hospitalares, públicos, privados com e sem fins lucrativos, são contratualizados de acordo com o perfil do hospital, com base na Portaria MS/GM nº 1.044/2004 (hospitais de pequeno porte) e na Portaria MS/GM nº 3.410/2013.

Os contratos formalizam a relação entre os gestores públicos de saúde e os hospitais integrantes da rede do SUS, proporcionando a qualificação da assistência e da gestão hospitalar.

As ações e serviços são contratados de acordo com o perfil assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sócio-demográficas da região de saúde a ser atendida. São definidas metas qualitativas e quantitativas, obrigações e responsabilidades de cada parte envolvida, bem como critérios e instrumentos de monitoramento e avaliação de resultados.

Conforme disposto no art. 22 da Portaria MS/GM nº 3.410/2013, o contrato é composto por duas partes: o termo do instrumento formal de contratualização propriamente dito e o documento descritivo.

O instrumento formal de contratualização, além das obrigações das partes, deverá dispor sobre os recursos financeiros, suas fontes e a forma de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade na assistência prestada, bem como as sanções e penalidades conforme legislação específica (art. 23 da Portaria MS/GM nº 3.410/2013).

O documento descritivo, parte integrante do instrumento formal de contratualização, deverá conter a definição de todas as ações e serviços de saúde, das metas

qualitativas e quantitativas, dos indicadores para avaliação das metas de desempenho, além da descrição da estrutura física, tecnológica e de recursos humanos.

A respeito das metas quantitativas (físicas) e qualitativas e da forma de repasse dos recursos financeiros, cabe transcrever os seguintes dispositivos da Portaria MS/GM nº 3.410/2013, *in verbis*:

Art. 23. O instrumento formal de contratualização conterá, no mínimo:

(...)

III - os recursos financeiros, suas fontes e a forma de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade na assistência prestada;

(...)

VI - o Documento Descritivo, contendo as metas quali-quantitativas e indicadores de monitoramento.

(...)

Art. 26. O Documento Descritivo conterá, no mínimo:

(...)

II - a definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizadas;

III - a definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados;

(...)

V - a definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho; e

VI - a definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme modelo anexo a esta Portaria.

Art. 28. O repasse dos recursos financeiros pelos entes federativos aos hospitais contratualizados será realizado de maneira regular, conforme estabelecido nos atos normativos específicos e no instrumento de contratualização, e condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Documento Descritivo.

§ 1º O valor pré-fixado dos recursos de que trata o "caput" serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma:

I - 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas; e

II - 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas.

§ 2º Os percentuais de que tratam os incisos I e II poderão ser alterados, desde que pactuados entre o ente federativo contratante e o hospital e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas.

§ 3º O não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local. (grifado)

Portanto, o repasse do valor **pré-fixado** dos recursos financeiros pelo ente público é condicionado ao cumprimento de metas de desempenho previstas no contrato.

O pagamento pré-fixado é antecipado à apresentação da produção, o que auxilia a gestão hospitalar, pois há o conhecimento prévio de parte dos recursos.

Assim, **o hospital recebe o pagamento antecipadamente**, havendo posterior controle da produção e desconto subsequente no valor pré-fixado caso não cumpridas as metas, conforme previsto no contrato.

O componente pré-fixado dos recursos financeiros é composto pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade (art. 17, I, da Portaria MS/GM 3410/2013).

No pagamento pré-fixado estão os procedimentos de média complexidade e os incentivos.

No pagamento pós-fixado estão os procedimentos de alta complexidade e o componente FAEC. Nesse caso, o pagamento é realizado conforme a produção processada e aprovada, ou seja, é posterior à prestação do serviço.

Nos contratos por orçamentação parcial, há uma parte pré-fixada e outra pós fixada (arts. 15, III, e 16 da Portaria MS/GM nº 3.410/2013). O financiamento, portanto, é feito através de duas formas:

- a) Valor pré-fixado: média complexidade e incentivos (pagamento antecipado, com posterior desconto por metas não cumpridas)
- b) Valor pós-fixado: alta complexidade e FAEC (pagamento por produção processada e aprovada)

Quanto à metodologia do cálculo para pagamento dos valores pré-fixados, a Portaria GM/MS 3.410/13 determina que a avaliação das metas quantitativas do contrato reflete em 60% do valor pré-fixado do financiamento MAC (média complexidade hospitalar e ambulatorial e incentivos), os outros 40% referem-se ao cumprimento das metas qualitativas.

Por exemplo, determinado Hospital possui contrato prevendo na média complexidade ambulatorial a meta física mensal de 20 procedimentos cirúrgicos, 100 diagnósticos por radiologia, 50 diagnósticos em laboratório clínico, 100 consultas/atendimento às urgências (em geral). Trata-se da meta quantitativa dos serviços pactuados entre os gestores do SUS e o contratado.

Quanto à meta qualitativa, o contrato pode prever, por exemplo, a meta de “manter a taxa de mortalidade hospitalar menor que 2,7%”, “redução da taxa de infecções hospitalares: obter índice abaixo de 2,8% dos pacientes atendidos”. Para cada meta de qualidade é atribuída uma pontuação.

Nos contratos que a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) celebrou com os hospitais sob sua gestão há a previsão das seguintes regras de pagamento⁷:

1. Metas quantitativas (60% do componente pré-fixado):

Desconto calculado de acordo com o percentual de cumprimento das metas físicas pactuadas no documento descritivo, conforme descrito abaixo:

- a) se meta $\geq 0,95$: pagamento de 100% (dos 60% do componente pré-fixado).
- b) se meta $\leq 0,94$: pagamento de 80% (dos 60% do componente pré-fixado);
- c) se meta $\leq 0,8$: pagamento de 70% (dos 60% do componente pré-fixado);
- d) se meta $< 0,7$ = pagamento por produção até 70% do contrato;

2. Metas qualitativas (40% do componente pré-fixado).

⁷ BRASIL, Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Manual de operacionalização das informações pelas comissões de acompanhamento dos contratos da SES/RS. 2017, p. 19/20.

Desconto calculado de acordo com o somatório das notas de cada meta qualitativa constante no documento descritivo.

- a) se a meta ficar de 100% a 90% = pagamento dos 40% do componente pré-fixado;
- b) se a meta < 90% = pagamento idêntico ao percentual atingido na meta, conforme os 40% do componente pré-fixado.

A fórmula para calcular a meta quantitativa atingida considera a média da produção do hospital (mês da competência avaliada e os três subsequentes). Esse período de produção considerado na avaliação é benéfico para o Hospital pois observa os seguintes critérios:

- a) o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) permite a apresentação de produção por até quatro competências (a do próprio mês e dos três anteriores);
- b) o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) também admite a apresentação das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) por até quatro meses a contar da data da alta do paciente;
- c) considera a sazonalidade da demanda por motivos variados, entre eles, os relacionados à regulação do acesso.

Assim, a SES/RS optou por utilizar no cálculo do cumprimento das metas quantitativas a produção média de quatro meses iniciando pelo mês em avaliação. Por exemplo, na avaliação da competência fevereiro de 2017 de determinado hospital, será usada a média de produção dos meses de fevereiro, março, abril e maio.

O Ministério da Saúde deixa a critério dos gestores a escolha dos métodos de desconto. Determina somente que, para os prestadores que cumprirem menos de 50% das metas pactuadas por três meses consecutivos ou cinco intercalados, o contrato deverá ser revisado, ajustando-se para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital (art. 29 da Portaria MS/GM nº 3.410/2013).

O Tribunal de Contas da União, através do Acórdão nº 3.134/2013 (ata publicada em 29/05/2013)⁸, no item 9.2.3, determinou que o Estado do RS promovesse a adequação imediata dos pagamentos dos prestadores que aderiram ao processo de contratualização do SUS aos percentuais efetivamente executados das metas físicas, de acordo com o estabelecido nos contratos.

Referido processo tratou de auditoria de conformidade realizada na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), com o objetivo de examinar a regularidade do processo de contratação de serviços de saúde.

Os resultados da auditoria culminaram com a prolação das seguintes determinações dirigidas à Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), por meio do Acórdão n. 3.134/2013 – TCU – 1ª Câmara:

“9.2.1. adote medidas definitivas para que a prestação de serviços por parte de estabelecimentos privados de saúde ao SUS seja feita mediante a formalização do devido contrato, em obediência ao art. 2º, parágrafo único, Lei 8.666/1993, art.18, Inc. X, Lei nº 8.080/1990 e ao disposto na Portaria GM/MS nº 1.034/2010;

9.2.2. cumpra as orientações estabelecidas no art. 8º da Portaria MS nº 3.123/2006, em relação aos prestadores que deixarem de cumprir pelo menos 70% das metas pactuadas, por três meses consecutivos ou cinco meses alternados, retornando à forma de pagamento por produção e promovendo a reformulação do respectivo plano operativo;

9.2.3. promova a adequação imediata dos pagamentos, dos prestadores de serviços que aderiram ao processo de contratualização regulamentado pela Portaria MS nºs 1.721/2005, Portaria SAS/MS n. 635/2005 e Portaria GM/MS n. 3.123/2006, aos percentuais efetivamente executados das metas físicas estabelecidas nos respectivos planos operativos, na forma definida no art.7º da Portaria MS n.º 3.123/2006;

9.2.4. realize o levantamento dos valores indevidamente pagos aos prestadores referidos no item anterior, a partir do confronto entre as metas físicas efetivamente executados e as programadas, desde a formalização dos respectivos contratos, promovendo o ressarcimento das quantias apuradas aos cofres públicos, a

⁸ Ata nº 16/2013 – 1ª Câmara. Data da Sessão: 21/5/2013 – Ordinária. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC -3134-16/13-1. Disponível em http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/CONSES/TCU_ATA_1_N_2013_16.pdf. Acesso em 29/06/2017.

compensação mediante a retenção de faturas vincendas ou prestação dos serviços correspondentes;

9.2.5. institua as comissões de avaliações dos contratos firmados com entidades hospitalares filantrópicas e de ensino, e/ou representante da administração para fiscalizar a execução dos demais contratos, conforme o caso, e viabilize a implementação das atividades de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços contratados junto aos prestadores de serviços de saúde, tanto da área ambulatorial como hospitalar, a fim de dar cumprimento às disposições da Portaria MS n. 635/2005, Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.006/2004, Portaria MS n. 1.702/2004, art.10 da Portaria MS nº 1.034/2010 e art.67 da Lei 8666/1993;

9.2.6. adote como regra, na contratação de entidades privadas de saúde, nos casos em que houver viabilidade de competição, o competente procedimento licitatório ou chamamento público abstendo-se de promover a mera homologação de acordo entre potenciais prestadores para rateio dos serviços, visando atender as disposições da Lei nº 8.666/1993, Manual de Orientações para Contratação de Serviços no Sistema Único de Saúde e art.6ª da Portaria MS nº 1.034/2010;

9.2.7. atente, quando da realização de chamamentos públicos, para a adequada formalização dos respectivos processos, em especial no que diz respeito à ampla divulgação do certame em jornais de grande circulação; definição clara dos critérios de distribuição dos serviços a serem contratados entre os prestadores habilitados; registro em ata das reuniões de abertura, apreciação da habilitação jurídico/fiscal e das propostas; divulgação do rol de prestadores interessados; comprovação do atendimento aos requisitos previstos na Portaria GM/MS n. 1.034/2010 para a contratação com a rede privada, a exemplo da impossibilidade de ampliação dos serviços públicos e da preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, consoante preconizado pelo Acórdão 2.657/2007-TCUPlenário; Lei 8.666/1993, arts. 27, 40 e 57; e art. 2º da Portaria MS 1.034/2010;

9.2.8. promova a adequação do planejamento da contratação de serviços de saúde aos critérios estabelecidos na Lei Complementar nº 141/2012, instituindo mecanismos que assegurem a efetiva alocação/distribuição dos serviços hospitalares e ambulatoriais ao respectivo público alvo, segundo o dimensionamento definido no planejamento;

9.2.9. defina com clareza o objeto dos contratos firmados com prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por produção, e elabore os respectivos Planos Operativos, em conformidade com as orientações contidas na Portaria GM/MS 1.034/2010, art. 7º e Manual de Orientações para Contratação de Serviços no Sistema Único de Saúde;

9.2.10. abstenha-se de remunerar os serviços gerados na atenção básica, realizados por unidades básicas/postos de saúde municipais, com recursos federais

do Bloco da Média e Alta Complexidade, em razão da transferência regulamentar de recursos federais específicos para esta finalidade, conforme Portaria MS nº 204/2007 e Portaria MS nº 2.488/2011;

9.2.11. somente admita o pagamento, com recursos federais, a consórcios municipais por serviços assistenciais prestados na média e alta complexidade onde a oferta de serviços especializados pelo SUS não se faça presente, conforme definido na Resolução CIB n. 86/2010, e institua mecanismos de controle com vistas a evitar o pagamento de serviços que possuam a mesma natureza daqueles executados por prestadores contratados diretamente pela SES/RS na mesma área de abrangência dos respectivos consórcios;

9.2.12. no prazo de sessenta, remeta a este Tribunal plano de ação contendo o cronograma para a adoção das medidas necessárias à implementação das determinações constantes dos itens acima, com indicação dos responsáveis pela sua implementação.” (grifa-se).

Salienta-se que o acórdão do TCU, por ser anterior à Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, menciona Portarias do Ministério da Saúde revogadas pelo referido ato normativo, mas que não alteram o objeto deste estudo.

Em virtude do apontamento do TCU, a SES/RS passou a realizar o controle das metas físicas e os descontos dos valores dos hospitais do Estado desde dezembro de 2014.

Nos termos do art. 32 da Portaria GM/MS nº 3.410/13, deverá ser instituída pelo ente contratante a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que irá monitorar a execução das ações e serviços de saúde pactuados no documento descritivo. A Comissão deverá ser constituída de, no mínimo, um representante do ente federativo contratante e um representante do hospital contratualizado.

A Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul editou a Portaria n. 297/2017 (DOE 05/06/2017), que trata do Regimento das Comissões de Acompanhamento dos Contratos dos Serviços de Saúde e suas regras de fiscalização de contratos e apuração de irregularidades contratuais⁹.

⁹ Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/comissoes-contratos>. Acesso em 26 jun. 2017.

Portanto, existem meios de aprimorar os mecanismos de contratualização no SUS, com a definição de objetivos e metas que tenham relação direta com a busca da eficiência na prestação dos serviços de saúde pública.

O ente federativo contratante (Estado ou o Município), como gestor dos recursos repassados pela União (bloco MAC), desconta os valores do hospital relativos às metas não cumpridas, conforme expressamente previsto nos atos normativos que regem a matéria e no próprio contrato.

Não é necessário nenhum procedimento administrativo prévio, pois não se trata de sanção ou penalidade, apenas de cumprimento de cláusula contratual. A ausência de desconto do valor já repassado (pagamento pré-fixado) pelo não atingimento das metas configura enriquecimento sem causa do hospital.

Para a correta gestão dos recursos públicos é necessário que o prestador cumpra com o que foi pactuado nos contratos, tendo o Estado o poder-dever de fiscalizar e exigir a prestação dos serviços de acordo com as metas estipuladas.

Não se desconhece a grande complexidade que envolve a assistência hospitalar e ambulatorial, seja do ponto de vista do gestor público, seja da administração do hospital. É necessário um planejamento conjunto dos contratantes na definição dos serviços a serem prestados, de acordo com as necessidades da população e as possibilidades do prestador, para que as metas fixadas e os valores pagos correspondam à realidade e à adequada prestação da assistência à saúde.

Sobre o assunto, cabe referir parte da palestra proferida por Ana Maria Malik, Professora da Fundação Getúlio Vargas/SP, sobre “Os Desafios e as Perspectivas do Processo de Contratualização no Contexto Brasileiro”:

O contrato de gestão na área da saúde tem, sem dúvida, três aspectos: o da assistência, o da gestão e o da comunidade. Em geral, quem olha para um lado, não olha para o outro. Então, são três pontos de vista que deveriam se juntar, mas, na verdade, eles caminham em paralelo. Ou como um polvo, cujas pernas se estendem cada uma para um lado. A visão sistêmica, em que todos acabam se dirigindo para o mesmo lugar, é, às vezes, utópica no setor. A realidade mostra que existem pessoas e que cada pessoa acaba indo para

*onde acha que tem que ir. É possível administrar este processo, mas em 7.000 prestadores e 5.000 municípios é mais difícil. É mais fácil avaliar o atendimento de metas que definir quais as necessidades devem ser atendidas e quais, entre essas, são prioritárias. No entanto, a contratualização fará tanto mais sentido quando as metas tiverem sido desenhadas de acordo. É possível trabalhar com avaliação da satisfação de necessidades, dependendo de como tiver sido definida a necessidade. E definir necessidades não é uma coisa simples, inclusive para decidir quem define a necessidade e sua satisfação. Satisfação da necessidade não é sinônimo de satisfação do usuário. Esta última tem um grande componente subjetivo.*¹⁰ (grifo próprio).

A promessa constitucional do direito universal à saúde deve ser construída de forma consciente e responsável por todos os atores envolvidos: gestores públicos, prestadores da área da saúde e comunidade.

Os contratos na assistência hospitalar, assim como os contratos em geral, devem buscar o equilíbrio jurídico e econômico, através do planejamento técnico da política pública de saúde.

A efetiva fiscalização do emprego das verbas públicas através do cumprimento das metas contratuais é medida que visa a atender aos princípios da eficiência e da economicidade.

5. Conclusão

Conforme exposto, a execução da política pública de saúde na atenção hospitalar consome valores expressivos de recursos públicos. Um dos meios de aprimorar os mecanismos de gestão na contratualização no SUS é a definição e o controle de metas que busquem a eficiência (aplicação dos recursos da forma mais racional possível) e a adequada prestação dos serviços de assistência à saúde.

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. p. 18. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_contratualizacao_hospitais_ensino_filantronicos.pdf, acesso em 23 jun. 2017.

A distribuição dos recursos federais é organizada e transferida na forma de blocos de financiamentos para cada unidade da federação, através dos fundos de saúde. Os recursos referentes às ações e serviços contratados com a rede hospitalar estão contemplados no bloco da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – MAC, conforme exposto no item 2.

Na assistência ambulatorial e hospitalar, as entidades privadas prestadoras de serviços são contratualizadas pelos Estados ou Municípios, dependendo da condição do ente federativo como gestor dos serviços de saúde no SUS.

Conforme previsão contratual e de acordo com os atos normativos do Ministério da Saúde, o financiamento repassado mensalmente possui um componente pré-fixado (média complexidade e incentivos). Nesse caso o prestador primeiro recebe o valor referente aos procedimentos, cabendo ao Estado depois efetuar o desconto do que não foi realizado, conforme metas fixadas no contrato.

No presente artigo propõe-se que a fiscalização da execução do contrato e o monitoramento das metas qualitativas e quantitativas seja feito por uma comissão de acompanhamento contratual para cada prestador de serviço. O cumprimento das metas pactuadas, condição para o repasse integral dos recursos financeiros pré-fixados, deve ser avaliado com base em critérios objetivos definidos no contrato, sendo desnecessário procedimento administrativo prévio, garantido o direito do prestador impugnar eventual desconto aplicado pelo descumprimento das metas contratuais.

As comissões de acompanhamento do contrato são instrumentos importantes para o sucesso da contratualização. O bom funcionamento da comissão facilita o processo de negociação. Seu papel não deve ser apenas o de realizar um controle posterior (se as metas contratuais foram ou não cumpridas), mas sim um efetivo acompanhamento do serviço prestado, indicando providências e redirecionamentos para aprimorar a rede de atenção à saúde.

Bibliografia:

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS 2007, v. 9, p. 16/19. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 26/06/2017.

BRASIL, Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Manual de operacionalização das informações pelas comissões de acompanhamento dos contratos da SES/RS. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_contratualizacao_hospitais_ensino_filantrpicos.pdf, acesso em 23/06/2017.

SANTOS, Ricart César Coelho. Financiamento da Saúde Pública no Brasil. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2016.

SCHULZE, Clênio; NETO, João Pedro Gebran. Direito à saúde análise à luz da judicialização. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2015.

BRASIL, Estado do Rio Grande do Sul. Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul, Parecer n. 16.868/2016. Autoria: Helena Beatriz Cesarino Mendes Coelho. Data da aprovação: 20/12/2016. Disponível em http://www2.pge.rs.gov.br/pge_web/lpext.dll?f=templates&fn=main-j.htm&2.0. Acesso em 29/06/2017.