



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP)
II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)
ISSN:2317-8302

ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DO FATURAMENTO EM INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE MÉDIA COMPLEXIDADE FRENTE AOS CUSTOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ.

JOSÉ HENRIQUE DE OLIVEIRA

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
j_henriqueoliveira@yahoo.com.br

EDISON LUIZ LEISMANN

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
elleismann@gmail.com



**ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DO FATURAMENTO EM INTERNAÇÕES
HOSPITALARES DE MÉDIA COMPLEXIDADE FRENTE AOS CUSTOS DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ.**

Resumo

A partir da regulamentação e credenciamento dos hospitais de ensino pelos Ministérios da Saúde e da Educação, estas entidades passaram a ser financiadas por contratos de metas e responsabilidades definidas de modo a permitir a gestão racional de seus recursos, através de um Plano Operativo Anual. Este trabalho analisa os últimos quatro anos de aplicação destes planos, no âmbito do Hospital Universitário do Oeste do Paraná através dos seus dados de desempenho hospitalar em internações de média complexidade, que formam a base para o cálculo dos valores para a renovação do seu plano operativo anual confrontando estes dados frente aos custos hospitalares levantados pela Direção Financeira do Hospital. Verificou-se que a política inicial de remuneração diferenciada para instituições que aliam a assistência hospitalar e o ensino em saúde não é mais respeitada, e atual remuneração é baseada apenas ao que a tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde indica.

Palavras-chave: Financiamento em Saúde; Hospitais de Ensino; Contratualização.

Abstract

From the regulation and accreditation of teaching hospitals by the Ministries of Healthcare and Education, these entities are to be financed by contracts defined goals and responsibilities to enable the rational management of their resources through an Annual Operating Plan. This paper analyzes the last four years of implementation of these plans in the framework of University Hospital of the West Paraná through their performance data on hospital admissions in medium complexity, that form the foundation for calculating values for the renewal of its operating plan annual comparing this data against hospital costs raised by the Hospital Financial Management. It was verified that the initial policy of differentiated remuneration for institutions that combine hospital care and health education is no longer respected, and current remuneration is based only to that Public Healthcare System table of procedures indicates.

Keywords: Funding Healthcare; Teaching Hospitals; Contracts.



1 Introdução

O Hospital Universitário do Oeste do Paraná desde sua concepção, objeto de estudo do presente artigo, é inserido na Macro Região de Saúde do Oeste do Paraná como o seu principal polo de serviços de média e alta complexidade hospitalar. A sua transformação de Hospital Regional para Hospital Universitário introduziu neste contexto serviços adicionais em saúde para a população, exigindo uma nova forma de financiamento de seus serviços, através da contratualização.

Estabelecida pela Portaria nº 1.702/GM de 17 de agosto de 2004, a contratualização é dividida em dois componentes, um componente com valores pré-fixados para a média complexidade ambulatorial e hospitalar, com quantidades mínimas de serviços a serem cumpridos, sendo que neste caso a produção excedente ao contrato não possui remuneração e um componente pós-fixado para a alta complexidade, também com quantidades mínimas de serviços a serem realizados, mas realiza o pagamento dos serviços excedentes neste nível.

Para os hospitais de ensino contratualizados, a Portaria nº 1.703/GM de 17 de agosto de 2004 prevê ainda um pagamento adicional em forma de incentivo financeiro às entidades contratadas, de forma a garantir que as mesmas absorvam demandas de serviços de saúde que não compõem especificamente suas especialidades médicas definidas em contrato, mas que são indispensáveis para a formação dos futuros profissionais que os hospitais de ensino abrigam.

Além das dificuldades inerentes às instituições de saúde exclusivamente financiadas pelo poder público, no que tange aos aspectos financeiros e de demandas assistenciais, as instituições dessa natureza recebem uma carga extra de pressão social sobre seus serviços, na medida que em regiões cuja oferta de serviços públicos, sobretudo serviços de elevada complexidade técnica, são escassos, há uma sobrecarga de demandas nos serviços existentes.

Neste cenário, o Hospital Universitário do Oeste do Paraná observa gradativamente o aumento dos valores de faturamento pelo Sistema Único de Saúde de seus serviços de internação hospitalar de média complexidade, sem a devida contrapartida de financiamento por parte das instâncias reguladoras do sistema de saúde pública do Estado do Paraná.

Este trabalho propõe-se a analisar os dados de faturamento do Hospital Universitário do Oeste do Paraná fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS frente aos dados de custeio e investimento fornecidos pela Direção Financeira deste hospital, confrontando-os e estabelecendo uma nova proposta para futuros contratos entre o hospital e seus financiadores.

2 Referencial Teórico

Este capítulo aborda as principais teorias sobre o financiamento público da saúde no Brasil, as mudanças estabelecidas para o financiamento dos hospitais-escola e a inserção do Hospital Universitário do Oeste do Paraná frente aos novos programas de saúde pública, em especial ao programa HospSus, estabelecido pelo Governo do Estado do Paraná.

1.1 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, reconhecidamente, uma das maiores conquistas do povo brasileiro nos últimos 22 anos, por revelar-se a política pública mais incluyente desde



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

então. A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, todo cidadão brasileiro tem direito à atenção à saúde de forma integral e gratuita. CONASS (2011, vol. 2, p. 7).

Em um país com dimensões continentais como o Brasil, tal política representa não só um desafio gigantesco do ponto de vista operacional e logístico, mas principalmente o financiamento de tal empreendimento tornou-se uma preocupação constante para toda a sociedade brasileira.

A Emenda Constitucional n. 29, promulgada em 13 de setembro de 2000, alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal para assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde. Conforme CONASS (2011, vol. 2, p. 49) seus principais pontos são: (a.) acrescenta (arts. 1º e 2º), aos artigos 34 e 35 da Constituição Federal, a possibilidade de intervenção da União nos estados, Distrito Federal e municípios, e do estado em seus municípios, no caso da não aplicação, em ações e serviços públicos de saúde, do mínimo previsto de suas receitas; (b.) acrescenta (art. 3º) dispositivo ao § 1º do art. 156 da CF, permitindo aos municípios estabelecer progressividade na cobrança do IPTU em função do valor do imóvel e ter alíquotas diferenciadas de acordo com a localização e uso do imóvel; (c.) condiciona (art. 4º), no art. 160 da CF, a entrega dos recursos transferidos pela União e pelos estados ao atendimento da vinculação definida pela emenda; (d.) permite, no art. 167 da CF, a vinculação de receita de impostos às ações e aos serviços de saúde; (e.) determina (art. 5º), como regra permanente, no art. 198 da CF, que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios apliquem, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos. No caso dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, os percentuais serão calculados sobre a arrecadação de impostos e as transferências constitucionais. No caso da União, na forma como for definida em lei complementar; (f.) prevê (art. 6º) a promulgação de lei complementar, em que essas medidas serão reavaliadas pelo menos a cada cinco anos, tanto para estabelecer os percentuais mínimos de aplicação quanto para definir critérios de rateio dos recursos transferidos pela União aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios e pelos estados aos seus municípios. A lei complementar também deverá estabelecer: (i) os critérios de rateio para a distribuição dos recursos, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (ii) as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual e municipal e (iii) as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União; (g.) insere (art. 7º) um novo artigo no ADCT (art. 77), estabelecendo regras para a aplicação dos dispositivos da emenda, enquanto não entrar em vigor a lei complementar que definirá os percentuais de vinculação; (h.) define (art. 77, § 1º) que, no caso da União, no ano 2000, o total de recursos mínimos a ser aplicado em ações e serviços de saúde será equivalente ao montante empenhado no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. Do ano 2001 ao ano 2004, o valor mínimo será aquele apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. No caso dos estados e do Distrito Federal, os recursos mínimos serão equivalentes a 12% da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos municípios. No caso dos municípios, os recursos mínimos corresponderão a 15% da arrecadação de impostos e dos recursos de transferências constitucionais; (i.) estabelece, para o caso dos estados, Distrito Federal e municípios que aplicam menos que os percentuais previstos, a obrigação de elevarem progressivamente suas aplicações até 2004, na razão de pelo menos um quinto por ano; (j.) define que a partir de 2000 as aplicações de estados, Distrito Federal e municípios serão de pelo menos 7%; (k.) obriga a aplicação pelos municípios de no mínimo 15% dos recursos federais vinculados ao setor em ações e serviços básicos de saúde. A lei complementar disporá sobre o assunto, incluindo o rateio desses recursos segundo o critério populacional; (l.) determina que os recursos das três esferas de governo sejam aplicados por meio dos Fundos de Saúde, que serão acompanhados e



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

fiscalizados pelos Conselhos de Saúde; (m.) mantém as regras do art. 77 (ADCT), a partir de 2005, caso não seja criada a lei complementar referida no art. 198, parágrafo 3º.

Embora os efeitos positivos da Emenda Constitucional n. 29 se fizeram sentir ainda em 2001 com o aumento real de 10% nos gastos públicos com saúde, CONASS (2011, vol. 2, p. 50) apresenta duas razões básicas do efeito não ter sido maior: possíveis dificuldades de alguns entes subnacionais, sobretudo os mais endividados e o fato de a EC n. 29 não ter definido, para efeito do seu cumprimento, o que são ações e serviços públicos de saúde. Sem resolver essa última controvérsia, continuarão proliferando protestos na demonstração do cumprimento da Lei, além de fazer prevalecer entendimentos díspares a critério de cada Tribunal de Contas.

1.2 O FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS DE ENSINO

Para Médici (2001, p.149), “A concepção tradicional define um hospital universitário (HU) 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 de saúde; (c) por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (d) por propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população.”

A partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080 de 1990/MS em Artigo 45, houve a definição de que os serviços dos Hospitais Universitários e de Ensino passaram a integrar-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, respeitada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.(BRASIL, 1990).

Com a inserção de tais serviços no Sistema Único de Saúde, incorpora-se a rede de serviços de saúde suas características como centros de atenção médica de alta complexidade que: (a) tem importante papel no atendimento médico de nível terciário; (b) apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico que dispensa; (c) atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e; (d) exerce um papel político importante na comunidade que está inserido, dada sua escala, dimensionamento e custos. Médici (2001, vol. 2, p.149).

Contudo, havia uma necessidade proeminente de aproximação destes serviços com a população, além de não haver até o ano de 2004 uma política voltada para as especificidades destes serviços que, além de assistenciais, devem prover o ensino e a pesquisa em saúde.

Dessa forma, foi criado o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino pelos Ministérios da Saúde e da Educação, por meio da Portaria Interministerial n. 1.006/2004, tendo por objetivo reorientar e reformular a política para os hospitais de ensino do Ministério da Educação (MEC) no SUS e promover a inserção e a integração desses serviços na rede assistencial do SUS, mediante ações estratégicas definidas no processo de contratualização, com metas e indicadores especificados. CONASS (2011, vol. 10, p. 45).

Os mesmos objetivos são verificados na Portaria GM/MS n. 1.702/2004 para Hospitais de Ensino que não pertençam ao Ministério da Educação. Essa portaria possui quatro ações estratégicas:



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

(...)Art. 2º São ações estratégicas do Programa: I - definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS; II - definição do papel da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde; III - definição do papel dos hospitais de ensino na educação permanente e formação de profissionais de saúde; e IV - qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede regionalizada e hierarquizada de saúde do Sistema Único de Saúde.

A portaria estabelece ainda os recursos financeiros destinados ao programa:

(...) Art. 6º Os recursos financeiros destinados à implantação do Programa são os seguintes: I - recursos financeiros alocados contra produção de serviços de média complexidade conforme programação vigente estabelecida pelo gestor do SUS, incluindo aqueles referentes ao impacto da Portaria nº1.117/GM, de 7 de junho de 2004, e excluindo os procedimentos de média complexidade remunerados por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC; II - fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa – FIDEPS; III - incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS; IV - outros incentivos financeiros existentes ou que venham a ser criados pelo Ministério da Saúde; V - recursos financeiros repassados ao estabelecimento de saúde pelas demais esferas de governo; e VI - recursos de incentivo a contratualização definido pelo Ministério da Saúde.

Para definição dos valores a serem repassados ao prestador a Portaria prevê 3 componentes:

(...) 1) Componente com valor fixo mensal: A referência para composição dos recursos financeiros relacionados ao valor fixo mensal será: I - recursos financeiros alocados contra produção de serviços de média complexidade conforme programação vigente estabelecida pelo gestor do SUS, incluindo aqueles referentes ao impacto da Portaria nº1.117/GM, de 7 de junho de 2004, e excluindo os procedimentos de média complexidade remunerados por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC; II - fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa – FIDEPS; III - incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS; IV - outros incentivos financeiros existentes ou que venham a ser criados pelo Ministério da Saúde; V - recursos financeiros repassados ao estabelecimento de saúde pelas demais esferas de governo ; e VI - recursos de incentivo a contratualização definido pelo Ministério da Saúde. 2) Componente com valor variável conforme cumprimento de metas estabelecidas. Deverá ser estabelecido o percentual de, no mínimo 10%, do valor de custeio fixo como fator de incentivo ao cumprimento de metas de qualificação das ações e atividades de atenção à saúde, ensino e pesquisa. Anualmente, e por ocasião da renovação do Plano Operativo, deverá ser revisto o percentual do componente variável da orçamentação global mista, aumentando-a em pelo menos 5% sobre o percentual que incidiu sobre o valor de custeio fixo no período anterior, até o percentual máximo de 50% dos recursos previstos na orçamentação global mista. 3) Componente correspondente à produção de serviços: Os procedimentos de alta complexidade e estratégicos - FAEC serão custeados de acordo com a apresentação de produção de serviços, com limites físicos e orçamentários definidos.

Por último, a Portaria especifica o instrumento legal para a formalização dos serviços ações e atividades contratadas, bem como as responsabilidades e compromissos entre as partes.



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

(...) VI – INSTRUMENTO LEGAL O instrumento legal que formaliza a pactuação de serviços, ações e atividades, além das responsabilidades e compromissos de ambas as partes, é o convênio. O convênio deverá trazer a definição do objeto, condições gerais, encargos, recursos financeiros, instrumentos de controle, penalidades, denúncias e o plano operativo, este último como parte integrante, ou ser especificada como parte anexa do documento do convênio. O Plano Operativo deverá especificar as metas físicas e de qualificação para as ações e atividades propostas, bem como indicadores que permitam o seu acompanhamento e avaliação. Deverão estar ainda definidas no Plano Operativo as metas e indicadores propostos pelas políticas prioritárias do Ministério da Saúde, especialmente aquelas relacionadas às políticas de saúde para as áreas de sangue, transplantes, urgência e emergência, AIDS, humanização, saúde da mulher e da criança, terapia intensiva, pesquisa e gestão do trabalho e da educação para o SUS. O Plano Operativo deverá ainda apresentar o sistema de avaliação de metas, incluindo-se os parâmetros e a valorização adotada com relação ao cumprimento das metas e seu respectivo impacto financeiro. O Plano Operativo terá validade máxima de 12 (doze) meses.

A Portaria nº 1.703/GM de 17 de agosto de 2004 estabelece os parâmetros referentes à avaliação de desempenho dos estabelecimentos de saúde

Essas portarias orientam o gestor para a realização do processo de certificação e formalização dos contratos com os hospitais de ensino. Embora com características próprias, os contratos com esses hospitais devem seguir a mesma orientação da contratualização, ou seja, estabelecimento de metas e indicadores de avaliação e a definição de pagamento pré-fixado (CONASS, 2011, p. 46).

Esta nova forma de contratação de serviços com metas e indicadores de avaliação é uma tentativa de estabelecer uma nova forma de gestão hospitalar, definindo seus resultados e estabelecendo valores pré-definidos para a sua realização, deixando pouca margem de variação de valores.

Todo este movimento reflete a tentativa de estabelecer o aprimoramento da gestão dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único brasileiro, definindo ações e responsabilidades, através da distribuição dos recursos de forma a permitir que os prestadores, em especial os Hospitais Universitários, por sua característica mista de assistência e ensino possa atuar no atendimento a população sem perder sua função de formação de profissionais da saúde.

3 Metodologia

Para os fins deste estudo, foram analisados os dados de faturamento em média complexidade hospitalar, por serem estes dados os responsáveis pelos valores a serem contratualizados com a Secretaria de Estado da Saúde para ano seguinte ao atual. Contudo, apresentamos também uma tabela comparativa entre os valores totais recebidos pelo Hospital Universitário do Oeste do Paraná referente a contratualização (alta e média complexidade) frente ao seu custo durante o mesmo período.

Os dados de produção hospitalar (internações) e seus respectivos valores foram obtidos a partir das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) através do programa Tabwin, fornecido pelo DATASUS/Ministério da Saúde. A partir destes valores é que os repasses financeiros são efetuados ao Hospital. Além disso, os dados fornecidos pelo programa são totalmente informatizados, garantindo sua confiabilidade. Os demais dados de custos do Hospital Universitário foram fornecidos pela sua Direção Financeira.



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

4 Análise dos resultados

Conforme demonstra a Tabela 1, a produção hospitalar de média complexidade compreende em média aproximadamente 88% dos valores faturados pelo hospital:

Tabela 1 – Valores faturados pelo Hospital Universitário conforme complexidade

Complexidade	2010	2011	2012	Janeiro a Abril de 2013	Projeção para o ano de 2013
Média complexidade	R\$ 12.100.111,99	R\$ 11.770.061,39	R\$ 12.768.714,08	R\$ 5.189.188,30	R\$ 15.567.564,90
Alta complexidade	R\$ 1.953.343,06	R\$ 1.839.974,21	R\$ 1.793.595,68	R\$ 573.720,56	R\$ 1.721.161,68
Total	R\$ 14.053.455,05	R\$ 13.610.035,60	R\$ 14.562.309,76	R\$ 5.762.908,86	R\$ 17.288.726,58

Fonte: Tabwin/Datasus/MS, 2013.

Se levarmos em consideração as quantidades de internações por complexidade, conforme a Tabela 2, verificamos que a média complexidade corresponde a aproximadamente 95% dos internamentos hospitalares, ou seja, quase a totalidade dos serviços hospitalares oferecidos serão pagos por contrato de metas e não necessariamente pelo total faturado pelo hospital.

Se por um lado a oferta dos serviços neste nível de complexidade atende a uma demanda loco-regional extremamente carente de atenção, tal situação coloca o hospital em uma posição desconfortável perante suas finanças, pois compromete a maior parte de sua capacidade técnico-operacional para a produção hospitalar de menor valor dentro da tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde.

Tabela 2 – Quantidade de internamentos pelo Hospital Universitário conforme complexidade

Complexidade	2010	2011	2012	Janeiro a Abril de 2013	Projeção para o ano de 2013
Média complexidade	10.794	10.470	11.823	3.875	11.625
Alta complexidade	494	570	541	162	486
Total	11.288	11.040	12.364	4.037	12.111

Fonte: Tabwin/Datasus/MS, 2013.

Ao observarmos os valores contratados e pagos nos anos de 2010 e 2011, é possível observar uma discrepância considerável entre o valor médio faturado e os valores médios de contrato e efetivamente repassados ao hospital.

Conforme verificado na tabela 3, nestes anos o valor repassado ao hospital foi efetivamente superior ao faturado, dando margem à administração para contratação de serviços e conseqüente aumento dos valores absolutos de suas aquisições de bens, serviços e materiais de consumo.

Tal situação não ocorre em 2012. Os novos valores contratualizados e repassados são bem mais próximos do efetivamente faturado. Isso ocorreu após a identificação, por parte da Secretaria Estadual de Saúde, da discrepância acima citada, implicando na revisão dos valores.

Ocorre que, uma vez estabelecidos os valores de repasse, naturalmente os valores de custos hospitalares adaptaram-se ao orçamento estabelecido e em organizações de burocracia profissional dificilmente a adaptação de valores ocorre em movimento de baixa, seja pela pressão inflacionária verificada pelo passar dos anos, seja pela acomodação natural que a



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

contratação de novos bens e serviços proporciona, a tendência é pelo acréscimo de valores no custo final.

Tabela 3 – Valores médios de produção hospitalar em média complexidade nos anos 2010-2013

Ano	Valor Médio Faturado	Valor Médio Contratado	Valor Médio Recebido
2010	R\$ 1.123,73	R\$ 1.474,81	R\$ 1.460,48
2011	R\$ 1.140,30	R\$ 1.483,93	R\$ 1.481,74
2012	R\$ 1.080,24	R\$ 1.126,35	R\$ 1.123,80
01/2013 a 04/2013	R\$ 1.335,67	R\$ 1.138,37	R\$ 1.069,37

Fonte: Tabwin/Datasus/MS, 2013.

Desta forma, a dependência financeira do hospital universitário em relação ao pactuado pela contratualização fica cada vez mais evidente. Opera-se em um nível extremamente perigoso em termos monetários devido a baixa remuneração dos serviços de média complexidade pela tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde, em um hospital cuja demanda de serviços técnicos para o atendimento da atenção e do ensino é muito elevada.

Entretanto, analisando os valores individualizados de média complexidade hospitalar, verificamos que o hospital conseguiu, principalmente no primeiro trimestre de 2013, aumentar o valor médio da internação o que é importantíssimo para a nova pactuação de valores que, conforme contrato, ocorre todos os anos no mês de setembro.

Tal acréscimo, embora benéfico para o novo contrato a ser estabelecido, tem seus custos evidenciados nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4 – Custos de aquisições por grupo de material nos anos 2010-2012

Grupo Material	2010		2011		2012	
	Custo Compra	Perc. (%)	Custo Compra	Perc. (%)	Custo Compra	Perc. (%)
Serviços	R\$ 11.000.703,60	39,610%	R\$ 12.953.557,94	46,699%	R\$ 14.692.397,36	50,99%
Materiais Hospitalares	R\$ 2.716.886,87	9,783%	R\$ 3.454.398,73	12,453%	R\$ 3.257.841,02	11,30%
Medicamentos	R\$ 3.217.958,49	11,587%	R\$ 2.938.646,29	10,594%	R\$ 4.306.668,87	14,94%
Investimentos	R\$ 4.587.953,80	16,520%	R\$ 2.176.866,16	7,848%	R\$ 513.906,88	1,784%
Material Laboratorial	R\$ 1.244.317,41	4,480%	R\$ 1.640.231,54	5,913%	R\$ 1.699.258,16	5,898%
Consignados	R\$ 1.610.159,34	5,798%	R\$ 1.388.950,08	5,007%	R\$ 1.225.473,82	4,254%
Materiais de Manutenção e Conservação	R\$ 960.291,53	3,458%	R\$ 899.174,77	3,242%	R\$ 825.346,17	2,865%
Gêneros Alimentícios	R\$ 991.093,23	3,569%	R\$ 828.089,40	2,985%	R\$ 1.098.826,29	3,814%
Material de Limpeza e Higiene e Cozinha	R\$ 489.460,99	1,762%	R\$ 555.390,32	2,002%	R\$ 564.425,20	1,959%
Material de Expediente	R\$	0,511%	R\$	0,983%	R\$	0,248%



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

	142.026,24		272.549,53		71.363,77	
Material de Higiene Pessoal	R\$ 208.109,44	0,749%	R\$ 217.335,12	0,784%	R\$ 214.678,93	0,745%
Materiais de CDI	R\$ 205.461,60	0,740%	R\$ 134.133,65	0,484%	R\$ 127.740,70	0,443%
Gasoterapia	R\$ 151.358,03	0,545%	R\$ 89.401,55	0,322%	R\$ 21.948,04	0,076%
Material de Informática Combustíveis, Lubrificantes e Gás engarrafado	R\$ 83.317,29	0,300%	R\$ 72.815,67	0,263%	R\$ 36.535,43	0,127%
Uniformes e E.P.I.	R\$ 36.615,43	0,132%	R\$ 40.949,79	0,148%	R\$ 47.576,44	0,165%
Passagens	R\$ 60.034,72	0,216%	R\$ 38.209,94	0,138%	R\$ 37.097,65	0,129%
Material Para Manutenção de Veículos Imobilizado	R\$ 36.433,40	0,131%	R\$ 24.189,17	0,087%	R\$ 47.282,98	0,164%
Material para festividades e homenagens	R\$ 14.377,65	0,052%	R\$ 4.898,03	0,018%	R\$ 17.168,99	0,060%
Materiais de comunicação	R\$ -	0,000%	R\$ 3.912,00	0,014%	R\$ -	0,000%
Material para áudio, vídeo e foto	R\$ 7.998,50	0,029%	R\$ 2.992,50	0,011%	R\$ 880,00	0,003%
Material Veterinário	R\$ 76,00	0,000%	R\$ 922,18	0,003%	R\$ 2.330,50	0,008%
Adiantamentos a Servidores	R\$ -	0,000%	R\$ 720,00	0,003%	R\$ 446,00	0,002%
	R\$ -	0,000%	R\$ 179,00	0,001%	R\$ -	0,000%
	R\$ 8.000,00	0,029%	R\$ -	0,000%	R\$ -	0,000%
Total Anual	R\$ 27.772.633,56		R\$ 27.738.513,36		R\$ 28.809.193,20	

Fonte: Direção Financeira/Hospital Universitário do Oeste do Paraná, 2013.

Entre os anos de 2010 a 2012 houve um acréscimo de 3,74% nos valores despendidos pelo Hospital Universitário, embora o percentual gasto com aquisição de serviços que correspondia a 39,6% passou para 50,9%, corroborando o esperado necessário ao acréscimo de valor médio às internações de média complexidade: agregação de novos serviços e especialidades no tratamento oferecido à população.

Este movimento de aumento dos custos, em especial ao de serviços também é verificado no ano de 2013, onde a projeção para o ano, com base nos dados dos cinco primeiros meses é ainda mais ressaltado.

A tabela 5 evidencia o aumento do comprometimento financeiro dos recursos disponíveis com a aquisição de serviços. Tal grupo corresponderá em 2013 a mais da metade dos custos hospitalares previstos para o ano, posicionando praticamente todos os esforços de captação de recursos para o seu próprio custeio.

Tabela 5 – Custos de aquisições por grupo de material nos primeiros meses de 2013 e sua projeção para o restante do ano

Grupo Material	Janeiro à Maio 2013		Projeção 2013	
	Custo Compra	Perc. (%)	Custo Compra	Perc. (%)
Serviços	R\$ 6.227.928,38	51,504%	R\$ 14.947.028,11	51,504%
Materiais Hospitalares	R\$ 1.292.809,10	10,691%	R\$ 3.102.741,84	10,691%
Medicamentos	R\$ 1.584.560,13	13,104%	R\$ 3.802.944,31	13,104%



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

Investimentos	R\$ 169.683,14	1,403%	R\$ 407.239,54	1,403%
Material Laboratorial	R\$ 775.724,85	6,415%	R\$ 1.861.739,64	6,415%
Consignados	R\$ 564.667,31	4,670%	R\$ 1.355.201,54	4,670%
Materiais de Manutenção e Conservação	R\$ 385.115,68	3,185%	R\$ 924.277,63	3,185%
Gêneros Alimentícios	R\$ 551.336,50	4,559%	R\$ 1.323.207,60	4,559%
Material de Limpeza e Higiene e Cozinha	R\$ 281.083,98	2,325%	R\$ 674.601,55	2,325%
Material de Expediente	R\$ 34.587,91	0,286%	R\$ 83.010,98	0,286%
Material de Higiene Pessoal	R\$ 121.336,96	1,003%	R\$ 291.208,70	1,003%
Materiais de CDI	R\$ 40.098,05	0,332%	R\$ 96.235,32	0,332%
Gasoterapia	R\$ 8.870,20	0,073%	R\$ 21.288,48	0,073%
Material de Informática	R\$ 4.275,60	0,035%	R\$ 10.261,44	0,035%
Combustíveis, Lubrificantes e Gás engarrafado	R\$ 19.462,19	0,161%	R\$ 46.709,26	0,161%
Uniformes e E.P.I.	R\$ 8.873,68	0,073%	R\$ 21.296,83	0,073%
Passagens	R\$ 8.964,25	0,074%	R\$ 21.514,20	0,074%
Material Para Manutenção de Veículos	R\$ 9.002,85	0,074%	R\$ 21.606,84	0,074%
Imobilizado	R\$ -	0,000%	R\$ -	0,000%
Material para festividades e homenagens	R\$ 220,00	0,002%	R\$ 528,00	0,002%
Materiais de comunicação	R\$ -	0,000%	R\$ -	0,000%
Material para áudio, vídeo e foto	R\$ 3.459,00	0,029%	R\$ 8.301,60	0,029%
Material Veterinário	R\$ -	0,000%	R\$ -	0,000%
Adiantamentos a Servidores	R\$ -	0,000%	R\$ -	0,000%
Total Anual	R\$ 12.092.059,76		R\$ 29.020.943,42	

Fonte: Direção Financeira/Hospital Universitário do Oeste do Paraná, 2013.

Todo este trabalho é fruto da necessidade em valorar melhor o custo médio da internação hospitalar sem a revisão dos valores de procedimentos, já que tal revisão na tabela de repasse do Sistema Único de Saúde em média complexidade foge das possibilidades da administração da instituição.

Com seus serviços trabalhando no limite da capacidade instalada de atendimento, só restam dois caminhos ao hospital: incrementar o valor da média complexidade hospitalar agregando avaliações e procedimentos, o que evidentemente exigirá a contratação dos mesmos junto aos seus fornecedores, ou credenciar novos serviços de alta complexidade, cujo repasse financeiro é melhor e não exigirá uma árdua renegociação de valores junto aos gestores estaduais.

Contudo, optar pela oferta de novos serviços de alta complexidade em alguns casos seria o equivalente a retirar vagas de internação hoje ocupadas pela média complexidade. Pelo contexto regional que o hospital desempenha atualmente, sua participação nos internamentos deste nível representará em 2013 aproximadamente 27% do total de internações na 10ª Regional de Saúde - Cascavel. Esta atitude, embora benéfica do ponto de vista financeiro para o hospital, acarretará em curto prazo a uma demanda social já significativamente alta.

A Tabela 6 demonstra a participação do Hospital Universitário nos internamentos pelo Sistema Único de Saúde na 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná nos anos de 2010 a



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

2013. Levando em consideração a evolução dos valores repassados ao Hospital Universitário nos anos correspondentes, verificamos que conforme a sua participação nos internamentos de média complexidade aumenta, os valores repassados pelo sistema diminuem.

Este quadro explicita a dependência social da região citada em relação aos serviços despendidos pelo hospital. Um único prestador atenderá em 2013 mais de um quarto da demanda de internações em média complexidade.

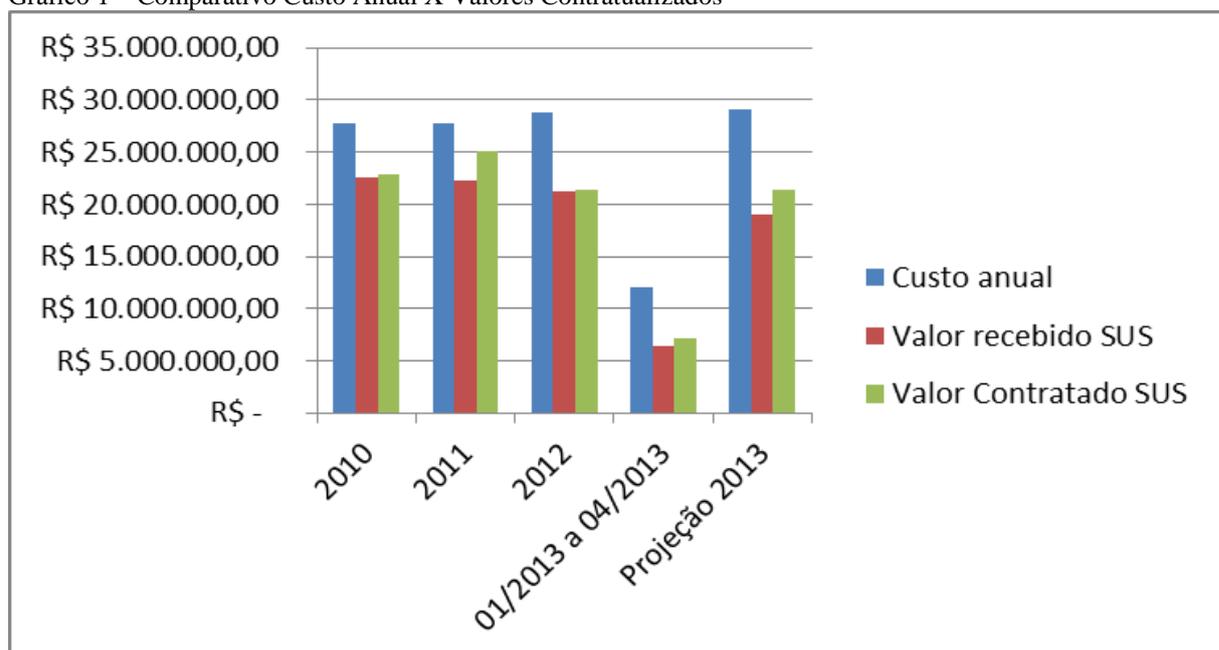
Tabela 6 – Participação do Hospital Universitário no total de internamentos realizados na 10ª Regional de Saúde nos anos de 2010-2013

Complexidade		2010	2011	2012	Janeiro a Abril de 2013	Projeção para o ano de 2013
Média complexidade	Total de internações na 10ª Regional de Saúde	41.506	37.059	39.304	11.554	34.662
	Total de internações no Hospital Universitário	10.794	10.470	11.823	3.875	11.625
Alta complexidade	Total de internações na 10ª Regional de Saúde	6.019	7.111	8.628	3.114	9.342
	Total de internações no Hospital Universitário	494	570	541	162	486
Percentual de participação do Hospital Universitário	Média complexidade	14,50%	19,19%	21,95%	26,95%	26,95%
	Alta complexidade	8,21%	8,02%	6,27%	5,20%	5,20%

Fonte: Tabwin/Datasus/MS, 2013.

Observando o **Erro! Fonte de referência não encontrada.**, fica evidente a diferença entre os valores recebidos via Sistema Único de Saúde e o efetivo custo hospitalar: enquanto os gastos tendem ao acréscimo durante o período, o repasse financeiro pelos serviços prestados tende negativamente:

Gráfico 1 – Comparativo Custo Anual X Valores Contratualizados



Fonte: Direção Financeira/Hospital Universitário do Oeste do Paraná, 2013.



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

Este cenário deve-se em grande parte pela utilização inadequada de uma unidade hospitalar de alto custo, ou seja, de um lado temos uma estrutura de grande valor agregado, com tecnologia e profissionais capacitados para oferecer serviços de alta complexidade, condizentes com o custo financeiro investido na instituição e de outro lado temos a pressão social pela demanda de serviços que deixaram de ser atrativos financeiramente por terem valores estipulados em uma tabela de valores de repasse que não acompanha a evolução econômica do país.

A composição do elevado gasto em serviços descritos nas tabelas 4 e 5 deve-se ao fato de o Hospital Universitário possuir em seu quadro próprio de servidores apenas 10 médicos, número irrisório frente aos seus 196 leitos hospitalares.

Esta situação, contudo, não é exclusividade da região onde o hospital universitário se insere, Carmo (2006, p. 76), alertava sobre a necessidade da reposição da força de trabalho nos hospitais de ensino federais:

A discussão do financiamento dos hospitais universitários e de ensino não deve se ater apenas à reposição da força de trabalho pelo MEC. O SUS também tem a responsabilidade pela formação de recursos humanos para o setor saúde. Ensino da saúde em serviço torna maiores os custos da assistência. As iniciativas já tomadas pelos dois ministérios – MEC e Ministério da Saúde – têm contribuído para reduzir a situação de déficit destes hospitais, mas não têm sido suficientes.

Obviamente, se a contratação de mão de obra fosse totalmente financiada pela Secretaria de Estado da Ciência e Tecnologia, mantenedora da Universidade, os resultados financeiros do hospital seriam superavitários.

A opção dos ministérios da Educação e da Saúde pela reestruturação dos hospitais de ensino definindo que os recursos financeiros seriam repassados por contratualização entre o prestador e o gestor, supria um componente peculiar a estes serviços: o custo do ensino. Conforme Carmo (2006, p. 76):

O pagamento por produção exigia racionalidade na captação e utilização dos recursos financeiros destas unidades que se transformaram também em prestadoras de serviços para a previdência social, além de manterem sua função de formação de recursos humanos para a saúde. A mudança na forma de financiamento exigiu que a gestão desses hospitais compatibilizasse as demandas de insumos, recursos tecnológicos e recursos humanos trazidas pela clínica, com a disponibilidade de recursos financeiros agora diretamente relacionados ao desempenho da produção. Isto aumentou a necessidade de racionalização da prática clínica com vistas à redução de custos. Nesse cenário, o custo do ensino tornou -se fator relevante a ser considerado para as finanças do hospital. Iniciou -se assim, o desafio de compatibilizar a lógica da produção direcionada para o ensino e pesquisa com a lógica da venda de serviços assistenciais, onde o comprador possui parâmetros de produtividade. O atendimento feito por serviços sem a presença do aluno e sua necessária disponibilidade de tempo para o aprendizado em ato é mais ágil, significando maior volume para o comprador.

Tal componente não é levado em conta nos moldes atuais do contrato estabelecido entre o Hospital Universitário e a Secretaria de Estado da Saúde. Da proposta inicial de reestruturação e reorientação dos serviços, combinados com o devido financiamento dos serviços prestados e dos custos de formação de profissionais, restou-se apenas a crescente demanda de serviços de média complexidade e a remuneração baseada apenas nos serviços executados, desconsiderando os custos adicionais peculiares a estas instituições de ensino.

Desta forma, além da demanda social, da falta de profissionais médicos necessários ao atendimento, soma-se a deturpação dos objetivos iniciais da contratualização dos hospitais de



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

ensino, através da remuneração em referência única a série histórica produzida nos 12 últimos meses anteriores ao novo contrato anual.

Adicionar esta imensa pressão em uma instituição que histórica e justificadamente opera sobre custos superiores à lógica mercadológica de produção, tem efeitos desastrosos no binômio assistência-ensino presente neste hospital.

Esta coação financeira pressiona o corpo diretivo do hospital a buscar soluções paliativas e ou desconectadas da função social a que se destina o hospital universitário.

Dentre as alternativas apresentadas pela Direção do Hospital, destaca-se a busca por credenciamento de novos serviços de alta complexidade. No ano de 2013 o Hospital Universitário solicitou credenciamento em quatro novas especialidades: Serviço de Psiquiatria, Gestação de Alto Risco, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Cirurgia Cardiovascular.

Embora de inquestionável necessidade social, além de possibilitar a melhora da saúde financeira institucional através de melhor remuneração, o caráter educacional é substituído pela visão cada vez mais especializada do fazer médico, conforme Rodriguez, Kolling e Mesquita (2007):

O desenvolvimento do conhecimento humano trouxe consigo o surgimento de inúmeros ramos do saber. A ciência médica percorre um caminho similar, inicialmente representada pela Clínica Geral, e mais tarde por numerosas especialidades médicas. Compreende-se que a especialização médica favorece o distanciamento entre o médico e o paciente, impede a concepção da saúde como um processo global e menospreza o papel do médico como educador.

Não podemos exigir que hospitais de ensino tenham essa preocupação excessiva em seu faturamento sob pena de vermos o distanciamento médico-paciente cada vez mais acentuado. Se toda a remuneração hospitalar tiver como base a produção, em que momento se formarão os profissionais? Novamente, Rodriguez, Kolling e Mesquita (2007, p. 61) alertam sobre a visão tecnicista se sobrepondo às necessidades de ensino nas escolas médicas:

Um exemplo da visão tecnicista e do menosprezo pela prevenção é a existência de uma preocupação maior com o aprendizado de como tratar uma oclusão das artérias coronárias, por meio de complexas técnicas, ao alcance de uma minoria, em lugar de medidas educativas para evitar a aterosclerose, ao alcance da maioria. Além disso, existe uma diferença significativa ao se estimarem custos, riscos e benefícios destas duas ações médicas, tratar versus educar-prevenir. Nesse dualismo da atenção médica, ganha importância a formação educativa e preventiva. Portanto, é responsabilidade da escola médica fazer com que o estudante compreenda o sentido preventivo, educativo e social de sua atividade, visto que foi demonstrado o fracasso da medicina individual, mercantilista e tecnicista.

É imperativo nas escolas médicas ações que permitam não só o tratamento das enfermidades mas também a sua prevenção. É inadmissível que toda a atenção à saúde desenvolvida dentro do ambiente hospital-escola seja pautada na busca de produtividade e aumento dos recursos financeiros. Tal política contraria a função primordial da organização e desvia seu foco de atuação.

Diante de todo este cenário, o Hospital Universitário do Oeste do Paraná busca reestabelecer-se frente aos novos desafios impostos: Aumento da demanda de serviços médicos de média complexidade, necessidade da recomposição dos valores financeiros repassados pelo gestor, opção pelos serviços de alta complexidade *versus* formação integral do profissional da saúde, comprometimento crescente dos recursos disponíveis para aquisição de serviços, sem a recomposição dos valores por parte do gestor, além dos desafios de



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

oferecer atenção à saúde de forma integral a população contemplando óticas que muitas vezes competem entre si.

5 Conclusões/Considerações finais

O repasse financeiro dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde através do processo de contratualização constante no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino para o Hospital Universitário do Oeste do Paraná, representou inicialmente mais do que uma importante ferramenta para a racionalização de sua gestão.

Ao remunerar os serviços prestados com valores acima do estabelecido na tabela de procedimentos do Sistema Único, o gestor reconhecia não só o papel assistencial do hospital, mas a sua relevância no papel de formador de mão de obra especializada nas diversas áreas de atenção a saúde.

Surpreendentemente, esta lógica foi suprimida dos contratos estabelecidos a partir de 2011, com a redução dos valores contratados em média complexidade, com o gestor estadual reconhecendo somente a produção de internação hospitalar para fins de cálculo de valor de repasse financeiro.

Como resultado, as metas hospitalares passaram a dominar toda e qualquer ação dentro da Instituição, todas as atividades foram repensadas de forma a contemplar o aumento da produção e o consequente aumento de recursos ao hospital.

Após dois anos de novo contrato, esta lógica demonstrou-se ineficiente para sanar a diferença entre os valores gastos pelo hospital e os valores recebidos pela sua produção.

Seja pelos custos inerentes às atividades de ensino, seja pelos valores já institucionalizados de desprendimento financeiro para oferta de serviços médicos, somente a racionalização de recursos não será suficiente, é preciso a injeção de novos recursos ou a contratação dos referidos serviços médicos pelo gestor estadual.

Assim, o Hospital Universitário enfrenta um desafio a altura de sua importância locoregional: Como manter sua identidade de Instituição formadora de recursos humanos especializados na área de saúde frente a insuportável pressão orçamentária-financeira?

Não há resposta fácil e ela só pode ser dada pela própria sociedade e sobre o que ela espera de seu principal serviço hospitalar na região.

6 Referências

BRASIL, **Portaria Interministerial 562 de 12 de maio 2003**, Institui Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos HUEs no Brasil, visando reformular e/ou reorientar a política nacional para o setor.

BRASIL, **Portaria Interministerial 1.000, de 15 de abril de 2004**. Dispõe sobre os requisitos necessários para a certificação dos hospitais de ensino.

BRASIL, **Portaria Interministerial 1.006, de 27 de maio de 2004**. Dispõe sobre a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde.

BRASIL, **Portaria 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.



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

CARMO, Maria do. **Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG-1996 a 2004**, Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social Área de concentração: Saúde Pública – Políticas de Saúde e Planejamento Orientadora: Eli Lola Gurgel Andrade. Belo Horizonte, 2006.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde: Coleção Para Entender a Gestão do SUS – Volume 10**. 1ª Edição. Brasília: CONASS, 2011.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde: Coleção Para Entender a Gestão do SUS – Volume 02**. 1ª Edição. Brasília: CONASS, 2011.

MÉDICI, André Cezar. **Hospitais universitários: passado, presente e futuro**: Trabalho realizado no Banco interamericano de Desenvolvimento, Washington, D.C. Revista Ass. MED, v. 47, n.º 2, p.149-56, 2001.

RODRÍGUEZ , Carlos Arteaga, KOLLING, Marcelo Garcia, MESQUIDA, Peri. Educação e Saúde: um Binômio que Merece Ser Resgatado. **Revista Brasileira De Educação Médica**, Curitiba, n.31, p.60-67, fev. 2007. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 12 jan. 2013.