

Atenção hospitalar no estado de São Paulo e programas Pró Santa Casa e Santas Casas Sustentáveis

O cenário da atenção hospitalar no estado de São Paulo e no Brasil passa por um processo de transição prolongado, e ainda sem perspectiva de conclusão, decorrente de múltiplos fatores, que afetam hospitais públicos e privados.

Entre tais fatores vale a pena considerar a implantação do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, que ganha dimensões de política pública na década de noventa, e impacta técnica e financeiramente a rede hospitalar do país. A partir do SUS, os hospitais deixam de realizar assistência gratuita a título de caridade, benemerência ou filantropia, e passam a ser remunerados com base em instrumentos jurídicos (com contratos ou convênios) de prestação de serviços. Embora esses instrumentos sejam estabelecidos na forma determinada pela legislação vigente, entre partes juridicamente equivalentes e livres para aceitar ou não seus termos, arrasta-se pelas últimas duas décadas a conhecida polêmica do financiamento insuficiente da rede hospitalar e, segundo os prestadores, o setor sofre progressivo e irreversível processo de sub-financiamento, com risco de falência e fechamento de hospitais de todos os portes. A responsabilidade por tal situação, segundo os mesmos prestadores, é a defasagem de valores da tabela de procedimentos praticada pelo Sistema Único de Saúde. No entanto, é importante esclarecer que a Tabela de Procedimentos não é a única modalidade de remuneração prevista nos contratos existentes, e na última década o Ministério da Saúde tem priorizado outras formas de remuneração, especialmente na forma de incentivos para cumprimento de objetivos e metas, vinculados a execução de políticas públicas que atendam as necessidades da saúde coletiva.

Além disso, a tabela é composta por milhares de itens, alguns, de fato, com valores irrisórios, outros com remuneração equivalente ou até superior à praticada pelo mercado.

O pagamento pela tabela de procedimentos foi um método de remuneração herdado do INAMPS, que antecedeu historicamente ao SUS e que mostrou-se inadequado para induzir a produção de ações e serviços hospitalares de forma que fossem atendidas as prioridades da saúde coletiva. O sistema permite que o prestador de serviços priorize os procedimentos que o interessem, seja por motivo de maior remuneração, seja por outras conveniências do profissional ou do serviço a que ele pertence. Para que houvesse por parte das instâncias gestoras a prerrogativa de estabelecer prioridades de interesse abrangente e fazer com que elas fossem atendidas pelos serviços hospitalares, a política de atenção hospitalar construída no decorrer dos últimos vinte anos adotou os incentivos, de variada natureza, como exemplo o Incentivo à Gestão Hospitalar (IGH), o IntegraSUS, o incentivo para hospitais escolas, o incentivo para hospitais cem por cento SUS. E também os incentivos para hospitais que integrem, como prestadores, as chamadas redes temáticas (rede de urgência e emergência, atenção materna e infantil/ rede cegonha, rede de atenção psicossocial). Estes incentivos podem representar incremento de até cem por cento de acréscimo em relação aos valores praticados pela tabela.

A transição entre modalidades de remuneração diferentes, a da tabela dos tempos do extinto Inamps e a dos incentivos e outras formas indutoras de produção segundo as prioridades estabelecidas, ainda é incompleta e é responsável por graves desalinhamentos na forma de financiamento da atenção hospitalar. Alguns exemplos ilustrativos: tanto a remuneração por tabela quanto a remuneração por incentivo não definem formas de pagamento do trabalho médico, sendo o montante financeiro dos contratos administrado pelos hospitais de forma discricionária, o que provoca permanente tensão entre o corpo clínico e as

instituições. Essa tensão e a conseqüente frustração das equipes médicas que atuam nos hospitais com a remuneração que lhes é oferecida, é habilmente manipulada pelos responsáveis administrativos hospitalares, que alegam ser a remuneração resultado da defasagem da tabela. Sem saber que existem outras formas de pagamentos pelos serviços prestados, médicos, outros profissionais e a própria opinião pública aceitam a alegação e passam a reproduzir em modo ampliado o mantra de que há um subfinanciamento danoso para os hospitais em razão da desatualização da tabela. E o SUS, que na prática funciona como âncora financeira de muitas instituições hospitalares que, não fosse ele, seriam inviáveis por carecer de sustentabilidade, que garante mais de sessenta por cento das receitas da maioria dos hospitais que lhe prestam serviços, que, com os recursos por ele transferidos aos hospitais, permite a cobertura de praticamente cem por cento das despesas fixas de custeio (folha de pagamento, tributos, água, luz, etc), o SUS, dizíamos, é apresentado como o vilão que ameaça de insolvência a rede hospitalar! Nada mais equivocado e distorcido.

A organização e implementação de ações produzidas pela rede de Atenção Básica, tem levado a diminuição progressiva das necessidades de cuidados hospitalares, tanto por evitar a instalação e o desenvolvimento de doenças crônicas, quanto por atenuar sua intensidade e sua gravidade, ampliando em muito as possibilidades de atendimento em ambiente não hospitalar. Trata-se de processo ainda em expansão, tendo apenas recentemente atingido dimensões nacionais. O adequado planejamento, o oportuno investimento em formação de profissionais-particularmente de médicos, maior aporte financeiro, são condições essenciais para melhorar a qualidade na produção de serviços de Atenção Básica e, entre outros resultados, modular favoravelmente as necessidades coletivas de atenção hospitalar.

Outro importante fator de mudança na configuração dos serviços hospitalares foi a incorporação tecnológica na área da Saúde, ocorrida nos últimos decênios e ainda em progressão. Graças a ela reduziram-se drasticamente as necessidades de cuidados hospitalares, sendo grande o número de hospitais especializados, inclusive na área de pediatria que, ou encerraram atividades, ou redirecionaram suas ações e mudaram radicalmente o conjunto de serviços oferecidos. Cirurgias que até recentemente exigiam longos períodos de internação são agora realizadas com técnicas minimamente invasivas, que permitem a alta em curtíssimo tempo (é o caso das colecistectomias por videolaparoscopia, entre outras). Tratamentos clínicos realizados ambulatorialmente são hoje corriqueiros para a abordagem de condições que até há pouco tempo exigiam internações prolongadas ou mesmo grandes cirurgias de complicado pós operatório (tratamento cirúrgico das úlceras pépticas substituído por arsenal terapêutico para doença péptica; cirurgias de revascularização do miocárdio substituídas por angioplastia e instalação de próteses endovasculares). Muitos são os exemplos que poderiam ser mencionados para evidenciar expressiva redução da necessidade de utilização do ambiente hospitalar

Neste processo de transição da atenção hospitalar, deve-se fazer referência aos métodos de gestão dos hospitais filantrópicos, que vivem práticas anacrônicas e há grandes obstáculos para a adoção de mecanismos eficientes de administração hospitalar. A substituição do modelo antigo, apoiado em práticas administrativas sustentadas pelo trabalho voluntário- bem intencionado, porém amador, para instituição de métodos profissionalizados e alinhados com as modernas técnicas administrativas é ainda um processo em andamento. É necessário que os hospitais façam a gestão adequada de todos os seus recursos, que evitem desperdício, que tenham mecanismos de gestão de seus leitos e vagas, com dispositivos internos de regulação, com monitoramento de indicadores hospitalares (tempo de permanência, taxa de ocupação, etc), que façam gestão financeira eficiente,

buscando compatibilizar a receita com o máximo possível em termos de produção de serviços e de qualidade de assistência.

Exemplo dramático dos equívocos de gestão dos hospitais filantrópicos nos foi dado recentemente pela Santa Casa de São Paulo, gigante do setor hospitalar e que se debatia em sufocante crise financeira, atribuída, como sempre erroneamente, à prestação de serviços ao SUS, mas que, após a realização de auditoria promovida pelas instâncias públicas de gestão, mostrou evidências incontornáveis de graves erros administrativos acumulados ao longo do tempo. O novo gestor, contratado pelos atuais responsáveis após avaliação criteriosa de postulantes com experiência administrativa, aponta que a estratégia de reequilíbrio das contas da Santa Casa de São Paulo será lastreada pela ampliação de prestação de serviços ao SUS, decisão que desqualifica os rudimentares e puídos argumentos de que o SUS é a causa da bancarrota de muitos hospitais. Ao contrário, o SUS é o bote salva-vidas no momento do naufrágio.

Implantar políticas de desospitalização não significa acabar com os hospitais! Haverá sempre para eles um importante papel de suporte à vida e de recuperação da saúde. Mas sem dúvida, trata-se de instituição em progressiva e acelerada transição para modelos mais racionais, integrados às redes de atenção a saúde e às linhas de cuidados, com intensa concentração tecnológica, equipes cada vez mais especializadas em campos específicos da assistência, e com produção em maior escala. Interessa aos gestores do SUS, que esse complexo processo de transição em curso evolua para um sistema funcional, auto sustentável, integrado aos objetivos e prioridades da saúde pública e que desempenhará missão essencial para preservação da saúde da população.

O suporte financeiro para custeio da rede hospitalar, de acordo com as normas do SUS, é tripartite, e o maior volume de recursos deve ser provido pela União, em seguida pelos Estados, cabendo ainda parte aos Municípios. O custeio dos hospitais está incluído no Bloco de Financiamento de média e alta complexidade – MAC, e representa valores expressivos na composição do MAC. As despesas de média e alta complexidade correspondeu em 2014, a aproximadamente sessenta por cento das despesas do Ministério da Saúde.

Em dezembro de 2013, o Ministério da Saúde, após prévio e amplo processo de discussão, que envolveu as mencionadas instâncias deliberativas interfederativas e, ainda, consulta pública aberta a todos os interessados, publicou Portaria da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), de número 3410, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, que redefiniu os regramentos da Atenção hospitalar no SUS, com redefinição de responsabilidades e atribuições dos gestores públicos, dos prestadores hospitalares, do financiamento, com a reformulação de incentivos e a instituição do Incentivo de Gestão Hospitalar, calculado com base em percentual da produção de procedimentos de média complexidade, e estabelecimento de parâmetros de avaliação de desempenho, previamente pactuados entre contratante (gestor público) e contratado (prestador hospitalar). A nova regulamentação, com ampliação do componente financeiro correspondente aos incentivos, resultaria em considerável aumento de recursos para a rede hospitalar.

A PNHOSP estabelece também que o instrumento jurídico adotado entre as partes preveja a definição de metas qualitativas e quantitativas que devem ser pactuadas pelo contratante e pelo contratado, e subordina a efetivação de repasses financeiros ao cumprimento dessas metas, mecanismo que garante que o gestor (e financiador dos serviços) defina prioridades e obtenha resultados compatíveis com as necessidades e expectativas da saúde pública.

A implantação das Redes Temáticas, que vem ocorrendo desde 2011, prevê recursos financeiros para atenção hospitalar. Várias regiões do estado de São Paulo implantaram suas redes regionais e passaram a receber recursos em valores significativos, destinados ao custeio e investimento na rede hospitalar própria ou contratada. A PNHOSP propõe que a atenção hospitalar esteja integrada com as Redes Temáticas, e essa integração pode resultar na ampliação da remuneração dos serviços hospitalares.

Ainda em 2013 o MS disponibilizou recursos novos em valores superiores a dois bilhões de reais para pagamento aos hospitais filantrópicos, na forma de incentivo (Incentivo de Adesão a Contratualização/IAC). Porém os componentes de reestruturação dos hospitais, com custeio previsto na PNHOSP, não foram totalmente implantados, inclusive em função das dificuldades orçamentarias e financeiras que o MS vem sofrendo desde 2014.

Ciente da difícil situação financeira enfrentada pelos hospitais prestadores de serviços para a rede pública, e também de suas responsabilidades em provimento de suporte financeiro a esses serviços, a Secretaria de Estado da Saúde adotou formas de realização de repasses que complementassem as necessidades de sustentação daquelas instituições. Uma primeira medida, implantada há pouco menos de dez anos, foi o Programa Pró Santa Casa, que definia quantitativos financeiros para destinação aos serviços hospitalares e que seriam de responsabilidade compartilhada entre estado e municípios, isto é, parte dos valores seria provida pela Secretaria de Estado da Saúde, e parte pelos municípios que utilizassem o serviço beneficiado pelos repasses. Esse Programa seguiu os trâmites regulares de pactuação no âmbito regional e estadual, e foram elaborados instrumentos jurídicos, e assinados por representantes do governo estadual e pelas Secretarias Municipais de Saúde envolvidas. Dada a insuficiência de recursos da União para os hospitais filantrópicos, e a complementação do custeio que já vinha sendo realizada pelos municípios, o aporte de recursos foi inicialmente comemorado pelos gestores municipais, embora já se questionasse sobre o "duplo comando" do prestador. Isto porque o Programa era contraditório com o que determina inciso I do artigo 198 da Constituição Federal e o inciso IX do artigo 7º da Lei Federal 8080/90, que define como um dos princípios de organização do SUS "a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo", o chamado princípio do comando único que impede, por exemplo, que um prestador mantenha contratação de mesmo objeto com entes federativos diferentes. Essa dúvida fez com que os departamentos jurídicos de vários municípios recomendassem a seus Prefeitos e Secretários de Saúde que não assinassem as renovações dos contratos, pois haveria risco de nulidade dos atos ali estabelecidos. Outras disfunções que ficaram evidentes foram as relativas ao fato de que o Programa Pró Santa Casa dispensava o mesmo tipo de tratamento para instituições de perfil assistencial e de complexidade de serviços muito diversos.

Em razão desse tratamento homogêneo para situações heterogêneas, a Secretaria de Estado da Saúde/SES, em 2013, iniciou a elaboração de um projeto de tipificação dos hospitais prestadores da rede pública no estado, com classificação dos serviços conforme seu porte, sua complexidade de oferta de serviços, sua abrangência regional. Essa tipificação foi reformulada e organizada na forma do Programa Santas Casas Sustentáveis pela gestão do atual da SES SP. O novo Programa previa um substancial aporte para os hospitais filantrópicos, calculado como percentual da produção de média complexidade das instituições, distribuído com pesos diferentes, conforme o hospital fosse classificado em um dos três tipos já conhecidos: estruturantes, estratégicos e de apoio. O Programa foi implantado em 2014, com início dos repasses já naquele ano.

Sem dúvida tratou-se de iniciativa importante, por parte da gestão estadual, mas que, desde sua implantação, revelou inconsistências que agora constituem

verdadeiros empecilhos, a exigir reformulação de grande envergadura para o Programa.

Vejamos algumas dessas inconsistências e seus desdobramentos, previsíveis desde o início, mas infelizmente não reconhecidos quando foram apontados, certamente por dificuldade dos gestores estaduais em ouvir e acatar as sugestões dos gestores municipais, que também convivem há décadas com os desafios de fazer a gestão e contratualização dos hospitais filantrópicos, de diferentes portes.

Apontamos a seguir algumas inadequações que merecem revisão e ajuste:

- 1- O Programa Santas Casas Sustentáveis foi formulado sem considerar as redes temáticas, e a Política Nacional de Atenção Hospitalar, redefinida em 2013, mas que já existia anteriormente e desde sempre foi lastreada nos princípios do Sistema Único de Saúde. Ao desconsiderar a PNHOSP, o Programa situa-se em uma espécie de dimensão paralela ao regramento existente e às pactuações na Comissão Intergestores Tripartite, onde tem assento, além do Ministério da Saúde, também as Secretarias Estaduais, por intermédio do CONASS (Conselho Nacional de Secretarias de Saúde) e o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), sendo o estado de São Paulo, inevitavelmente, tributário da PNHOSP.
- 2- A implantação do Programa fez-se de modo unilateral, isto é, por exclusiva iniciativa, elaboração e deliberação do Estado, sem pactuação com os gestores municipais/ Bipartite, ferindo os princípios interfederativos do SUS. Alegou-se à época, quando o COSEMS/SP apontou que seria necessário submeter o Programa à pactuação bipartite, que isso não se aplicaria a uma iniciativa sustentada exclusivamente com recursos estaduais, alegação que reduz a proposta apenas a sua dimensão monetária, sendo ela muito mais ampla que isso. E mesmo esse argumento é inconsistente, pois, conforme será demonstrado, o Programa gera despesas também para os municípios que, não obstante, foram impedidos de participar de sua elaboração e de sua aprovação. A pactuação interfederativa, necessária para a adoção de todas as medidas que digam respeito à política pública de saúde, significa, acima de tudo, a corresponsabilização entre os entes, o que garante legitimidade as ações desenvolvidas a partir das pactuações definidas. A metodologia de implantação do Programa foi a de entendimento direto entre a gestão estadual e as instituições hospitalares, cabendo aos municípios apenas a condição de espectadores. Em nenhum momento o COSEMS/SP, que representa legitimamente as seiscentas e quarenta e cinco Secretarias Municipais de Saúde do estado de São Paulo, participou dos trabalhos de elaboração e definição do Programa, e fomos apenas informados a respeito de decisões já estabelecidas e em execução. A decisão unilateral representa também um elemento de fragilidade do Programa, pois não corresponsabiliza os demais entes federativos, e o faz carente de legitimidade, isto é, do reconhecimento e da participação de todos os envolvidos;
- 3- O Programa foi elaborado, implantado e executado em confronto com o princípio constitucional e legal da direção única nos territórios (Artigo 198, inciso I da Constituição Federal e Artigo 7º, inciso IX, da Lei 8080/90). Segundo esse princípio, um mesmo prestador não pode estabelecer instrumento jurídico de mesmo objeto com entes federativos diferentes, e essa

contradição foi apontada em relação ao Programa Pró Santas Casas e, conforme indicamos, provocou o recuo dos municípios em dele participar. A violação do princípio da direção única resultou em situações esdrúxulas, como ter o município que remunerar, sem ter previamente autorizado, por serviços prestados a pessoas residentes em outras cidades e para os quais não há previsão de teto financeiro nem de orçamento, o que se registra em intensidade cada vez maior, com ônus financeiro crescente para os municípios que recebem esses pacientes. Isso ocorre porque as disponibilidades de oferta de serviços dos hospitais incluídos no Programa Santas Casas sustentáveis são colocadas na CROSS, central de regulação de vagas sob gestão estadual, mesmo para serviços que não estão sob gestão estadual. Ora, os hospitais sob gestão municipal, remunerados com recursos dos Fundos Municipais de Saúde correspondentes, devem receber pacientes regulados e autorizados previamente pelo gestor do contrato, isto é, o município. Para garantir tal remuneração, o município faz sua programação orçamentária com base em previsão de recursos próprios e de recursos dos demais entes federativos (na prática apenas da União) pactuados previamente nas instâncias gestoras do SUS, e definidos em normas aprovadas na CIT. Com a regionalização, os municípios com equipamentos maiores e com mais recursos tecnológicos, assumem o compromisso de atender pessoas residentes em outros municípios da mesma região, conforme aprovação em CIR e CIB, de acordo com o teto financeiro de origem federal para o teto do município contratante do serviço hospitalar. E para adequar recursos previstos ao faturamento dos procedimentos estipulados no contrato, o município deve regular e autorizar todos os pacientes referenciados para o serviço hospitalar por ele contratado. Mas o Programa Santas Casas Sustentáveis desrespeita essa regra e, por intermédio da Central de Regulação sob sua gestão, e sob alegação de que transfere recursos para o hospital sob gestão municipal, referencia e impõe a internação de pacientes de todas as partes do estado. O atendimento dessas pessoas gera um faturamento "extra" ao município contratante da instituição hospitalar, desorganizando o planejamento físico e financeiro do município, que é cobrado por um serviço que ele não contratou, não autorizou, para pessoa que reside em outra cidade, despesa não prevista em seu planejamento orçamentário e financeiro original para lavratura do contrato. E quando a condição se torna rotineira, com fluxo reiterado e determinado por um Programa de gestão estadual, com crescente ônus financeiro, é evidente que instala-se uma permanente burla de regras previamente estabelecidas, com imposição de fatos consumados e inevitável prejuízo aos municípios que contratam os serviços hospitalares. Os municípios, já prejudicados pelos cortes de recursos orçamentários para a saúde pela instância federal e pela estadual (dez a quinze por cento, conforme declarações públicas do Senhor Secretário de Estado da Saúde) são adicionalmente onerados por ter que responder pelo pagamento de serviços que não são de sua responsabilidade;

- 4- Nossa expectativa era que o Programa Santas Casas Sustentáveis substituiria o antigo Pró Santa Casa, que se mostrara, com o passar do tempo, inadequado para obtenção

de seus propósitos originais. No entanto, o Pró Santa Casa foi mantido e convive com o Santas Casas Sustentáveis, convivência que agrega outro viés desorganizador do sistema, pois hospitais não classificados e não priorizados pela Secretaria de Estado da Saúde, continuaram a receber recursos financeiros, às vezes em quantia superior a serviços incluídos no novo Programa. Assim, a permanência dos dois Programas contribui para a disfuncionalidade e o desalinhamento no cenário da atenção hospitalar do estado;

- 5- Ao classificar e incluir determinados hospitais para recebimento de recursos, o Programa Santas Casas Sustentáveis, excluiu outros que, para seus municípios e regiões desempenham funções essenciais na garantia da assistência às populações residentes. Tais exclusões frustraram expectativas dos usuários dessas instituições e motivaram justos reclamos de inclusão, de difícil atendimento, uma vez que os recursos previstos para o Programa já estão alocados e não há previsão de excedentes que possam ser remanejados. Mais disfuncionalidade e mais heterogeneidade em um campo já complexo e em longo e incerto processo de transição.

A necessária reformulação desses Programas deverá adotar medidas referentes não apenas ao componente financeiro, mas, sobretudo, em relação aos métodos de gestão das instituições, definição de parâmetros assistenciais, de indicadores e metas qualitativas e quantitativas que permitam ao gestor público induzir as ações e serviços necessários para atendimento das necessidades sanitárias da população e possibilitem o acompanhamento dos resultados e correções de rumo. Apresentamos a seguir algumas sugestões de providências e de encaminhamentos:

- 1- A política de atenção hospitalar do estado de São Paulo deve acatar os princípios constitucionais e legais do Sistema Único de Saúde, e evitar sistemas paralelos ou em conflito com as diretrizes válidas para todo o país;
- 2- A política estadual de atenção hospitalar deve ser formulada e executada em estrito alinhamento com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar, definidas pela Portaria 3410/13;
- 3- Todos os elementos constituintes da política estadual de atenção hospitalar devem integrar os contratos ou convênios firmados entre gestores públicos (Municípios ou Estado) contratantes e instituições hospitalares contratadas. Nos instrumentos jurídicos assim celebrados, os artigos correspondentes ao financiamento devem discriminar a origem dos recursos repassados, se federais, estaduais ou municipais, e seus respectivos valores. Da mesma forma, o plano operativo dos contratos e convênios deve incluir itens definidos pela política estadual de atenção hospitalar para definição de parâmetros de produção, diversidade dos serviços prestados, indicadores e metas, e outros mais porventura definidos nos instrumentos próprios da política estadual;
- 4- Além de sólida e fundamentada arquitetura legal e constitucional, a política estadual de atenção hospitalar deve ser suportada por recursos orçamentários e financeiros garantidos pelo governo estadual, eliminando-se a imprevisibilidade e a irregularidade de repasses;

- 5- Toda e qualquer política estadual de atenção hospitalar deve ser debatida, deliberada e aprovada pelas instâncias gestoras interfederativas, isto é, as Comissões Intergestores Regionais – CIRs, quando o objeto tratar de especificidades regionais, e a Comissão Integestores Bipartite – CIB, que tem função de homologação das deliberações das CIRs, e que delibera a respeito de objetos de abrangência estadual;
- 6- A política estadual de atenção hospitalar deve ser unificada em suas diretrizes, critérios e métodos, superando o atual modelo, de convivência de formatos diferentes com uma mesma finalidade.

Em resumo, O COSEMS/SP entende que é e será cada vez mais necessário que todas as instâncias públicas de gestão atuem de forma integrada e harmônica para atender as necessidades de saúde da população. O COSEMS/SP entende ainda que as decisões em relação a garantia da atenção hospitalar a todos os usuários do SUS do estado de São Paulo, realizada por hospitais públicos ou contratualizados com o SUS, sob gestão estadual ou municipal, devam ser pactuadas nas instâncias Bipartites do SUS, em conformidade com toda a legislação do Sistema Único de Saúde.

