

“A implementação da contratualização das unidades de atenção cardiovascular de alta complexidade pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro”

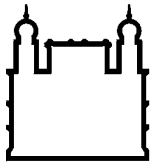
por

Tatiana de Matos Bozza

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sheyla Maria Lemos Lima

Rio de Janeiro, maio de 2015.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“A implementação da contratualização das unidades de atenção cardiovascular de alta complexidade pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro”

apresentada por

Tatiana de Matos Bozza

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Monica Vieira

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Magalhães de Mendonça

Prof.^a Dr.^a Sheyla Maria Lemos Lima – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 04 de maio de 2015.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

B793i Bozza, Tatiana de Matos
A implementação da contratualização das unidades de atenção cardiovascular de alta complexidade pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. / Tatiana de Matos Bozza. -- 2015.
x,103 f. : tab. ; graf.

Orientador: Sheyla Maria Lemos Lima
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Contratos. 2. Custos Hospitalares. 3. Avaliação. 4. Doenças Cardiovasculares - cirurgia. 5. Recursos Financeiros em Saúde. 6. Assistência à Saúde. 7. Políticas Públicas. 8. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425098153

A minha querida mãe, companheira de todas as horas nesta minha jornada, a quem eu devo os valores mais preciosos que aprendi.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Sheyla Maria Lemos Lima, que foi incansável durante toda a elaboração desta dissertação, me acompanhando e incentivando em cada etapa, e pelas suas valiosas contribuições sem as quais certamente não teria alcançado meus objetivos.

Aos professores que ministraram as aulas do Mestrado e ao apoio administrativo, especialmente ao Wellington de Carvalho pela sua atenção e gentileza.

Aos dirigentes de hospitais e técnicos das secretarias municipais de saúde entrevistados, por sua disponibilidade e informações de bastante relevância para este trabalho.

Aos meus colegas de trabalho da Secretaria de Estado de Saúde que idealizaram e construíram junto comigo a proposta que foi objeto deste estudo, em especial ao grupo da área cardiovascular que segue nesta trajetória: Flávio Antelo, Renata Soares e Lídia Balciunas.

Ao Nelson Cardoso, por sua compreensão nos períodos em que precisei me afastar da SES e por sua parceria profissional, que muito contribuiu para este trabalho.

Ao Carlos Alberto Peixoto, por sua leitura e comentários, e todas as palavras de incentivo e de carinho.

Ao Júnior, pela sua generosidade e apoio em todas as etapas deste trabalho, sempre com muita gentileza e carinho.

Ao Marcelo Rodrigues, que nas minhas ausências da SES assumiu com muita competência a função.

A Maria Clara, que acreditou desde o início neste projeto, quando ainda estava em processo de seleção para o Mestrado, e por todas as suas vibrações positivas e amorosas.

Ao Pablo Brandão, que nos momentos mais difíceis soube compreender e apoiar, e caminhou lado a lado comigo.

RESUMO

O estudo teve como objetivo geral caracterizar o processo de contratualização proposto pela SES-RJ, entre Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) e prestadores hospitalares privados e filantrópicos que prestam assistência cardiovascular no SUS do estado do Rio de Janeiro, tendo como questões norteadoras de pesquisa, quais as razões que levaram a adesão ou não adesão, qual a percepção das SMSs e hospitais sobre a proposta de contratualização, se houve aumento da produção de cirurgia de revascularização conforme metas pactuadas nos hospitais que aderiram a contratualização e quais ajustes à proposta de contratualização devem ser considerados. Dentre os objetivos específicos buscou-se: (1) caracterizar o processo de elaboração e implementação da contratualização; (2) identificar as razões da adesão e não adesão de SMSs e prestadores dos hospitais em uma amostra de conveniência; (3) identificar as dificuldades e aspectos facilitadores em relação à contratualização da SES-RJ na referida amostra; (4) caracterizar o comportamento das filas de espera em relação ao procedimento de revascularização a partir da efetiva implantação do Sistema Estadual de Regulação para cirurgia cardíaca em janeiro de 2014 e em outubro de 2014 dos hospitais que aderiram a contratualização; (5) caracterizar a produção de revascularização, no período de agosto de 2013 (início do processo de negociação da proposta) a outubro de 2014 na amostra de conveniência.

Caracteriza-se como um estudo descritivo, exploratório e transversal, utilizando-se de dados primários (entrevistas) e secundários, abrangendo Secretarias Municipais de Saúde e hospitais privados e filantrópicos elegíveis de atenção cardiovascular do SUS no estado do Rio de Janeiro.

O estudo considerou os resultados obtidos em até 4 meses após a adesão à contratualização e, apesar do pouco tempo para obter-se conclusões definitivas, a análise do processo inicial e os fatores que influenciaram nos resultados, possibilitou identificar ajustes a serem implementados, tais como a necessidade de fortalecimento das equipes municipais para atuar na implementação e acompanhamento da contratualização; de alinhamento das equipes de regulação e de contratualização, considerando que são ações relacionadas e interdependentes; a estruturação de sistemas efetivos de acompanhamento e avaliação das metas e indicadores dos contratos, bastante incipiente nos casos estudados, e ainda a implementação de estudos de custo pelos gestores dos contratos e SES-RJ .

Palavras-chave: contratualização; sistemas de monitoramento e avaliação; atenção cardiovascular de alta complexidade; políticas públicas; financiamento de procedimentos cardiovasculares de alta complexidade, SES/RJ.

ABSTRACT

The overall objective of the study was to characterize the process of contracting proposed by the SES-RJ, between Municipal Health Department and private and philanthropic hospital providers providing cardiovascular care in the SUS state of Rio de Janeiro, considering the issues on which reasons for adherence or non-adherence, the perception of SMSs and hospitals on the proposal for contracting if there was an increase of grafting of production as agreed targets in hospitals that joined the contracting and what adjustments to the contracting proposal should be considered, as guiding the research and discussion of results.

Among the specific objectives aimed to: (1) characterize the process of elaboration and implementation of contracting; (2); identify the reasons for adherence and non-adherence of Municipal Health Department providers and hospitals in the sample; (3) identify the difficulties and facilitating aspects regarding the contracting of SES-RJ in the sample; (4) characterize the behavior of queues compared to the revascularization procedure from the effective implementation of the State System of Control for heart surgery in January 2014 and October 2014 in hospitals that joined the contracting; (5) characterize the production of revascularization, from August 2013 (beginning of the proposed negotiation process) to October 2014 in a convenience sample.

This work is characterized as a descriptive, exploratory cross-sectional study, using primary data (interviews) and secondary covering, including Municipal Health and private and philanthropic hospitals eligible cardiovascular SUS attention in the state of Rio de Janeiro.

The study considered the results obtained up to four months after joining the contracting and, despite the short time to obtain definitive conclusions, analysis of the initial process and the factors that influenced the results, identify possible adjustments to be implemented, such as the need to strengthen municipal teams to work in the implementation and monitoring of contracting; alignment of regulatory and contracting teams, considering they are related and dependent actions; the structuring of effective systems for monitoring and evaluation of the goals and indicators of contracts, incipient in the cases studied, and also the implementation of cost studies by managers of contracts and SES-RJ.

Keywords: contracting; monitoring and evaluation systems; cardiovascular attention of high complexity; public policy; financing cardiovascular highly complex procedures; SES-RJ.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA/OBJETIVOS	01
2. CONTEXTUALIZAÇÃO	04
2.1. A CONTRATUALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA	05
2.2. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	08
2.3. CONTRATUALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	10
2.4. A ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	12
2.5. A CONTRATUALIZAÇÃO EXISTENTE NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO /SES- RJ	19
3. A CONTRATUALIZAÇÃO DA SES-RJ PARA OS PRESTADORES DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE.....	21
4. MÉTODOS.....	26
5. RESULTADOS	33
6. DISCUSSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
8. APÊNDICE A - QUESTIONÁRIOS	66
9. APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	81
10. ANEXO 1 - MINUTA DE CONTRATUALIZAÇÃO	83

1. INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA

As doenças do aparelho circulatório no Brasil representaram em 2013, a segunda causa entre as internações, ficando abaixo apenas daquelas associadas ao parto e puerpério (MS/Datasus, 2014). As doenças cardiovasculares foram a principal causa de mortalidade no Brasil e no estado do Rio de Janeiro em 2011(MS/Datasus, 2014). Por sua magnitude no perfil de morbidade e mortalidade da população, as doenças cardiovasculares vêm se apresentando como uma importante questão para a gestão da saúde no estado, sendo necessário assegurar o acesso e a qualificação da assistência prestada.

A oferta atual de procedimentos cirúrgicos cardiovasculares, especificamente de revascularização miocárdica, no estado do Rio de Janeiro, não atende à demanda dos pacientes que acessam a central de regulação da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). Em parte, esta situação é explicada pelo número insuficiente de serviços habilitados para fazer a revascularização e também pela produção aquém da esperada nos serviços habilitados. Supõe-se que uma das explicações para a baixa produção e o baixo ingresso de novos prestadores no Sistema Único de Saúde/ SUS esteja relacionada ao valor pago por este procedimento na Tabela SUS.

A defasagem entre oferta e demanda se manifesta pela quantidade de pacientes em fila de espera para realização de cirurgia de revascularização. No mês de janeiro de 2014, segundo dados da Central Estadual de Regulação, 194 pacientes aguardavam para realização de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade cardiovascular, dos quais 85 tinham indicação para revascularização (43%). Dos pacientes com indicação para revascularização, 39 aguardavam há mais de 60 dias para marcação da cirurgia (SES-RJ/SER, 2014).

Quando indicada a cirurgia de revascularização, especialmente nos casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), segundo as Diretrizes de Revascularização Miocárdica, Valvopatias e Doenças da Aorta da Sociedade Brasileira de Cardiologia, de 2004, recomenda-se, em média, um intervalo, de 3 a 7 dias, entre o IAM e a realização do procedimento. A prontidão da intervenção constitui-se em uma condição da qualidade da atenção prestada reduzindo possíveis complicações e/ou sequelas. Quanto à indicação deste procedimento, a referida diretriz, recomenda que deve-se avaliar os sintomas, o nível de gravidade pelas estratificações clínicas e a anatomia coronariana

para a escolha cirurgia de revascularização do miocárdio. Além disso, a revascularização miocárdica controla os sintomas, isquemia induzida e suas complicações, e melhora a capacidade funcional dos pacientes. A cirurgia de revascularização é o tratamento indicado para as formas complexas de doença coronariana. Por isso, a importância de manter a oferta destas cirurgias no SUS (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004).

Considerando o contexto acima descrito, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), em sua atribuição de formar e coordenar uma rede estadual/regional de atenção de alta complexidade cardiovascular elaborou uma proposta de contratualização a ser estabelecida entre secretarias municipais de saúde (SMSs) e prestadores hospitalares privados e filantrópicos de Atenção Cardiovascular, tendo a SES-RJ como interveniente, com o objetivo de aumentar a produção hoje existente de cirurgia cardiovascular e assegurar maior qualidade da atenção. O foco são os hospitais privados e filantrópicos porque eles compõem a maior parte de prestadores do SUS no estado do Rio de Janeiro, não em quantidade de leitos, mas em número de hospitais e em especial são os hospitais que quase exclusivamente atendem o interior do estado. Além disso, as referências para o interior do estado se compõem, exclusivamente, pelos hospitais desta natureza.

A adesão é voluntária e há um aporte de recursos financeiros adicionais para que Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) e hospitais tenham interesse em estabelecer a contratualização. A principal inovação introduzida é a mudança na forma de repasse de recursos para os prestadores hospitalares. Atualmente estes prestadores recebem das SMSs mediante o faturamento dos procedimentos realizados conforme valor de tabela. A contratualização proposta pela SES-RJ prevê que todos os recursos financeiros de custeio, independentemente da fonte, sejam repassados aos hospitais, não mais por procedimento realizado, e sim condicionados ao alcance de metas e indicadores de produção e qualidade contidos no plano de atividades da contratualização. Entre as metas propostas, há uma específica para ampliação de oferta de cirurgias de revascularização. Além disso, está previsto aporte de recurso novo para as SMSs utilizarem na contratualização com estes hospitais.

A negociação da proposta de contratualização entre SMSs, prestadores hospitalares e SES-RJ teve início em agosto de 2013, tendo sido pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em dezembro do mesmo ano. Inicialmente três hospitais e

respectivas SMSs formalizaram suas contratualizações em julho de 2014, e até o final de outubro, mais 2 hospitais e secretarias estavam em processo final de contratualização.

Existem diversos processos de contratualização com unidades de saúde do SUS em curso no país. Na SES-RJ, nos últimos anos, esta modalidade de contratação para prestação de serviços de saúde vem sendo cada vez mais utilizada, tendo, entretanto, pouca avaliação sobre sua operacionalização e alcance de metas propostas. O presente estudo poderá contribuir minimizar esta lacuna e para o aprimoramento das contratualizações em curso na SES.

Apesar do pouco tempo de implantação e de não ter havido a adesão de todos os prestadores elegíveis até o momento final de análise deste estudo, considera-se importante identificar ajustes necessários na implementação desta política. A avaliação das fases de formulação e implementação da contratualização, considerando ainda as influências exercidas pelos diferentes atores e pelo contexto em que se desenvolvem, trazem elementos para subsidiar possíveis repactuações e reconduções necessárias ao aprimoramento do processo.

A escolha do objeto do estudo, a implementação de contratualização da SES-RJ para unidades de atenção cardiovascular de alta complexidade, dentre as outras possibilidades das demais contratualizações em curso na SES-RJ, se deu pelo fato de a pesquisadora ter estado a frente da área técnica responsável pela coordenação da atenção cardiovascular no estado do Rio de Janeiro e ter participado ativamente de sua construção. Realizar este estudo constituiu-se em um grande desafio, pelo pouco tempo e material disponível. Em contrapartida, houve, por parte da pesquisadora, uma forte motivação em realizá-lo tendo em vista a possibilidade de apresentar aspectos inovadores desta proposta de contratualização, de ampliar o conhecimento sobre o tema sob diferentes aspectos (políticos, financeiros e gerenciais), e especial, mesmo que com limites identificar se a contratualização está ou não viabilizando a política de aumento da oferta e qualificação dos serviços.

O estudo considera as seguintes questões: Quais as razões que levaram a adesão ou não adesão? Qual a percepção das SMSs e hospitais sobre a proposta de contratualização? Houve aumento da produção de cirurgia de revascularização

conforme metas pactuadas nos hospitais que aderiram a contratualização? Quais ajustes à proposta de contratualização devem ser considerados?

Sendo assim, o estudo objetivou caracterizar o processo de contratualização proposto pela SES-RJ, entre SMSs e prestadores hospitalares privados e filantrópicos que prestam assistência cardiovascular no SUS do estado do Rio de Janeiro. Como objetivos específicos pretendeu:

- (1) caracterizar o processo de elaboração e implementação da contratualização;
- (2) identificar as razões da adesão e não adesão de SMSs e prestadores dos hospitais em uma amostra de conveniência;
- (3) identificar as dificuldades e aspectos facilitadores em relação à contratualização da SES-RJ na referida amostra;
- (4) caracterizar o comportamento das filas de espera em relação ao procedimento de revascularização a partir da efetiva implantação do Sistema Estadual de Regulação para cirurgia cardíaca em janeiro de 2014 e em outubro de 2014¹ dos hospitais que aderiram a contratualização;
- (5) caracterizar a produção de revascularização, no período de agosto de 2013 (início do processo de negociação da proposta) a outubro de 2014, na referida amostra de conveniência.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

Em uma breve apresentação do contexto no qual foi construída e implementada a contratualização em prestadores privados e filantrópicos de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade do SUS, são abordados os aspectos relacionados à contratualização como um instrumento de implementação de política pública, à constituição de Rede de Atenção à Saúde e o uso de contratualização no SUS. Ainda na contextualização, encontra-se a descrição específica da composição atual das unidades de Atenção Cardiovascular no Estado do Rio de Janeiro e, por fim, as diferentes experiências de contratualização da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

¹ Os meses de janeiro e outubro foram escolhidos porque o Sistema Estadual de Regulação (SER) não emite relatórios de histórico de filas de espera. Portanto foi feita uma consulta ao SER em janeiro de 2014, quando o sistema estava funcionando plenamente e uma nova consulta em outubro de 2014, mês definido como final para o presente estudo.

2.1 A CONTRATUALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA

Com a finalidade de fazer uma breve contextualização da proposta de contratualização da SES-RJ na perspectiva do processo de formulação de política pública, utilizou-se como referência os modelos de análise política por ciclos. Capella (2007), descreve, com base em Howlett e Ramesh, as 5 fases do processo de política pública: montagem da agenda, a formulação das propostas de solução, a implementação desta solução e avaliação dos resultados. Cada uma das fases envolvem diferentes atores e sofrem influencia do cenário político mais amplo, funcionando de maneira dinâmica e em constante negociação.

Dessa forma, apesar da definição conceitual das fases, Capella (2007) destaca, com base em Kingdon, que o desenvolvimento de políticas não se dá em estágios sequenciais e ordenados: “O modelo focaliza na dinâmica das idéias” (Capella, 2007).

Esta forma de análise se justifica uma vez que os momentos de formulação, implementação e avaliação interagem e se retroalimentam no processo de formação da política e estão sujeitos a influências de outros atores e do contexto onde se desenvolvem.

Na fase de montagem da agenda governamental, segundo o modelo de Kingdon, para que uma questão seja incluída é necessário que tenha despertado o interesse daqueles denominados formuladores de política. Dentre as diversas questões que se apresentam aos formuladores de políticas apenas algumas serão de fato levadas adiante e de fato entram na agenda, quando se constituem como problemas. Dentre os mecanismos que levam uma questão a se transformar em um problema, Kingdon relaciona: resultados de indicadores, eventos de grande magnitude relacionados, crises, ou símbolos, e o *feedback* das ações governamentais, sempre em uma perspectiva de que problemas são construções sociais, sujeitos às interpretações dos atores envolvidos no processo (Capella, 2007).

A fase de formulação política é onde se dá a investigação do problema e definição de propostas de soluções, dentre as quais será escolhida pelo governo aquela ou a combinação daquelas que serão desenvolvidas em ações (Viana e Baptista, 2012).

Na fase de implementação da política podem ser identificados os movimentos para colocar as soluções ou conjunto de soluções definidos pelos governantes em prática. É um momento bastante complexo por envolver múltiplos atores, alguns deles não necessariamente tendo participado da formulação e tomada de decisão dos mecanismos de solução, bem como envolve diferentes sistemas de informação, sistemas logísticos, recursos materiais e financeiros (Viana e Baptista, 2012).

Essa multiplicidade de influências pode impactar nos resultados, que podem se apresentar diferentes dos inicialmente planejados na formulação.

Conforme Viana e Baptista (2012),

“A implementação pode ser encarada como um jogo em que a autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocar em prática objetivos e estratégias que lhes são alheias, mas a resposta (aceitação, neutralidade ou rejeição) dos agentes implementadores depende de muitos fatores, tais como: o entrosamento entre formuladores e implementadores, a compreensão política, o conhecimento de cada fase do processo e a quantidade de mudança envolvida com a nova política.”

Ainda no momento da formulação, podem ser identificados conflitos entre interesses antagônicos e seus reflexos nas medidas escolhidas para solucionar o problema. Quando estas medidas são apresentadas aos implementadores, podem ser necessários novos ajustes. Os implementadores, atores responsáveis por transformar a proposta em prática, passam a influenciar o processo, em uma nova perspectiva trazida seus conhecimentos prévios e suas interpretações da proposta. A capacidade técnica e a existência dos recursos necessários para a execução da política são fatores de bastante influência na perspectiva de implementação de uma política.

Para uma maior compreensão dos efeitos do processo de implementação política, portanto, tem grande importância conhecer a decisão e iniciativa governamental, os instrumentos para efetivação da política, considerando nestes últimos a disponibilidade de recursos financeiros e suporte político organizado, e ainda os efeitos do contexto político econômico e efeitos de *feedback* de políticas anteriores (Menicucci, 2006).

Tanto na elaboração quanto na implementação de um processo regulatório mais efetivo são fundamentais a capacidade de negociação e do acompanhamento de todo o processo após sua implementação. E, como uma nova política, seu sucesso ou insucesso é influenciado pelos atores envolvidos e pela relação de poder existente entre eles.

Quanto à etapa de avaliação, esta pode ser definida justamente como o processo de monitoramento dos resultados e traz subsídios para repactuação e recondução da política. Essa avaliação pode acontecer ao final de cada uma das outras etapas mencionadas no processo de construção de uma política, funcionando como retroalimentação no processo de construção política.

A contratualização proposta para prestadores privados e filantrópicos de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade do Estado do Rio de Janeiro se insere em uma política da SES-RJ, com o objetivo de ampliar a oferta e qualificar a atenção dos procedimentos cirúrgicos cardiovasculares, especialmente o de revascularização miocárdica. A questão da demanda reprimida para as cirurgias cardiovasculares, traduzida em problema, foi inicialmente indicada como prioridade pelo gabinete da Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES-RJ, e posteriormente trabalhada pela equipe técnica, com levantamento de dados e de identificação de soluções alternativas ao problema.

A contratualização com metas dirigidas ao prestador e repasse financeiro a elas vinculado, foi o instrumento definido para implementação desta política, de maneira alinhada com a proposta desenvolvida pelo Ministério da Saúde para contratualização dos serviços de saúde do SUS.

O modelo misto assistencial (público e privado) influenciou, além da escolha das unidades hospitalares para as quais seria direcionada a política, a forma como se estabeleceria as relações entre gestores e prestadores. A contratualização proposta vem ao encontro da “necessidade de regulação governamental mais forte para, de fato, publicizar a rede privada disponível para o SUS (...)” (Menicucci, 2006).

Entre as avaliações previstas no caso apresentado neste estudo são a de impacto ou resultados. A avaliação do processo e seus resultados poderá apontar seu poder potencializador na transformação política. Entretanto, ainda que neste estudo sejam abordados aspectos das fases de formulação e implementação, essa análise se dará de maneira incompleta, considerando o pequeno período para avaliação.

2.2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE /RAS

As RAS vem sendo propostas como uma forma de melhorar os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de saúde, onde os recursos são escassos e os problemas são complexos. Em 2008, a Organização Mundial de Saúde publica um documento que apresenta as seis modalidades de integração da RAS: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A gestão e oferta de serviços integrados proporciona o cuidado de forma preventiva e curativa, de acordo com as necessidades das pessoas, ao longo do tempo e por diferentes níveis de atenção à saúde.

Nessa lógica, a RAS é definida como

“organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população” (Mendes, 2011).

Considerando o perfil epidemiológico e a atual estruturação da rede assistencial, onde coexistem doenças infecto-contagiosas, causas externas de morbidade e mortalidade e doenças crônicas, com um sistema de saúde voltado para o atendimento às situações agudas ou crônicas agudizadas, Mendes (2010) aponta para uma crise, cuja solução é a estruturação de um sistema integrado.

A fragmentação do sistema de saúde, tanto no setor público, quanto no privado, que ainda persiste nos dias atuais, reflete um período em que predominantemente as doenças tinham uma condição aguda e as unidades assistenciais isoladamente eram suficientes para estes casos. As unidades de referência prestam a assistência com ênfase nas intervenções curativas (especialmente dos casos de agudização) e sem comunicação com outras unidades em outros níveis de atenção. A lógica do financiamento também acompanha o modelo assistencial: remuneração por procedimentos. Entretanto essa estrutura assistencial não é suficiente para atender as necessidades de atenção às doenças crônicas.

A conformação de redes de atenção à saúde é a base para implementação de linhas de cuidado, consideradas mais eficientes para o perfil epidemiológico atual. A característica de integração da construção da rede de atenção à saúde, que deve garantir a continuidade da atenção à saúde e a integralidade, funcionam como base estrutural para as linhas de cuidado em saúde.

A estruturação de uma RAS se faz pela organização dos serviços de saúde de maneira que os de menor densidade tecnológica, como a atenção primária, encontrem-se dispersos territorialmente, e aqueles de maior densidade tecnológica, como hospitais, mais concentrados geograficamente. Os serviços devem se integrar de forma vertical e horizontal, considerando os territórios sanitários e os níveis hierárquicos. Esta configuração deve permitir o acesso aos serviços, levando-se em consideração aqueles de recursos mais escassos, que devem ser mais concentrados e cuja distância tenham menor impacto sobre o acesso. Ao mesmo tempo, deve ser garantida a economia de escala, que ocorre quando os custos fixos são altos e requerem maior volume de produção para se manterem economicamente. Dessa forma, deve se considerar então na organização das redes a combinação de economias de escala e pronto acesso aos cidadãos, sendo o critério de acesso prioritário sobre o outro (Mendes, 2011).

Além dos resultados econômicos, o maior volume de produção em serviços de saúde tende a representar maior qualidade pela combinação de experiência e aprendizagem dos profissionais que atuam nestes serviços. Essa é uma consideração importante na organização de Rede, justificando sua concentração e regionalização, sempre priorizado o direito ao acesso.

Mendes (2011) exemplifica os casos da Holanda e do Rio de Janeiro em serviços de cirurgia cardíaca, onde a busca de escala e concentração, representou melhora em índices de qualidade. No primeiro caso, ficou estabelecido que cirurgias cardíacas abertas só poderiam ser realizadas em hospitais que realizassem ao menos 600 destes procedimentos anuais. No Rio de Janeiro, hospitais com maior quantidade de cirurgias cardíacas realizadas obtiveram menores taxas de mortalidade.

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou diretrizes para a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento do Sistema, abordando os principais atributos, com as características comuns já definidas anteriormente pela OMS e por Mendes (2011):

população e território definidos; integralidade da atenção com serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos; Atenção Primária de Saúde resolutiva definida como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, integrando e coordenando o cuidado; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e gestão baseada em resultados (Brasil, 2010).

Nas RAS a contratualização é um mecanismo que propicia o estabelecimento de compromissos entre gestores do sistema (reguladores e financiadores) e os prestadores de serviços, em relação às metas e indicadores de produção e qualidade pactuados e estabelecidos entre as partes integrantes da rede.

2.3 CONTRATUALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nos anos de 2004 e 2005, o Ministério da Saúde implantou um Programa de reestruturação direcionado aos hospitais de ensino (HE), hospitais filantrópicos (HF) e de pequeno porte (HPP), prestadores do SUS, que contemplava uma contratualização, definida como

“o processo pelo qual as partes, o representante legal do hospital e o gestor municipal ou estadual do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizado por meio de um convênio” (Brasil, 2005).

O objetivo do Programa foi, por meio de um novo modelo de organização e financiamento, promover a inserção dos hospitais de maneira articulada e integrada com as demais unidades da rede do SUS, qualificar a gestão e a atenção hospitalar, além de

atribuir responsabilidades na educação permanente, na formação de profissionais de saúde e na pesquisa para o SUS.

A contratualização de modo geral e a do Ministério da Saúde para HF, HE e HPP, se estrutura em um tripé de sustentação: plano de atividades com metas, indicadores e recursos financeiros, sistema de monitoramento e avaliação e um sistema de incentivos onde o repasse de recursos seja condicionado ao alcance das metas e indicadores pré-acordados (Lima e Rivera, 2012). Essa composição deve ocorrer em um ambiente de negociação entre contratante e contratado, de forma que, se um dos alicerces deste tripé não estiver bem estruturado, a relação contratual não se dará de forma plena.

O plano de atividades se constitui da definição das atividades e metas a serem realizadas pelo prestador, com base nas demandas do contratante, discriminadas em diferentes dimensões: gestão, assistenciais e ensino e pesquisa. Os indicadores possibilitam o monitoramento das metas e os recursos financeiros estabelecidos possibilitam sua operacionalização.

O sistema de monitoramento e avaliação inclui as metas e indicadores definidos no plano de atividades, as instâncias responsáveis pelo monitoramento, a periodicidade e as fontes de informação: sistemas informatizados de dados, relatórios, visitas técnicas.

As metas estabelecidas no plano de atividades, também chamado de Plano Operativo, são avaliadas pela Comissão de Acompanhamento, constituída por representantes do hospital e da secretaria de saúde, com a atribuição de acompanhar a execução do convênio, no cumprimento das metas e na avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários. A coordenação da Comissão de Acompanhamento é uma atribuição da SMS, realizada por meio de representantes designados pelo Secretário Municipal.

O sistema de incentivos inclui todos os incentivos, financeiros e outros, que são utilizados para induzir o contratado a alcançar as metas pactuadas com o contratante. Pode se caracterizar por acréscimo de recursos financeiros específicos de incentivo, aumento no valor do contrato ou mesmo a modalidade de repasse destes recursos. Os recursos financeiros pactuados para operacionalização do plano de atividades, na sua totalidade ou em parte, são repassados de acordo com o alcance das metas.

Uma das inovações introduzidas na referida contratualização foi a mudança na lógica do repasse dos recursos para pagamento dos procedimentos de média complexidade que passou a ser realizado pré-faturamento, compondo o chamado valor pré-fixado, sendo o repasse condicionado ao desempenho. Até então a remuneração era feita por procedimento realizado. O custeio da alta complexidade permaneceu sendo repassado mediante o procedimento realizado (pós-fixado). Outra inovação foi a criação de um recurso financeiro adicional para as unidades hospitalares que aderissem ao modelo: o Incentivo de Adesão à Contratualização – IAC.

A partir da avaliação realizada, são definidos os descontos nos repasses financeiros que compõem o valor pré-fixado, proporcionais às metas não atingidas.

Mais recentemente o MS ampliou sua política de contratualização para toda a rede hospitalar pública e privada considerando os prestadores de serviços ao SUS em consonância com o Programa Nacional de Atenção Programa Nacional de Atenção Hospitalar, destinada a unidades com mais de 50 leitos operacionais² (Brasil, 2013).

A atual política define que o financiamento é tripartite, e a orçamentação, a critério do gestor, pode ser mista, como até então prevista, composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado, ou, por orçamentação global, na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado. A orçamentação global representa uma inovação em relação à política de contratualização até então vigente dos HE, HF e HPP porque todos os recursos repassados, inclusive os referentes à alta complexidade, são pré-definidos e repassados condicionados às metas alcançadas.³

2.4 A ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade no estado do Rio de Janeiro é orientada conforme a Política Nacional específica, que instituiu a organização e implantação de unidades hospitalares de referência Estaduais e/ou Regionais, compostas por serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular (Brasil, 2004). Esta assistência ainda se fundamenta no modelo hierárquico e fragmentado por níveis de atenção se utilizando da programação pactuada e integrada (PPI) que tem como

² Para hospitais sem fins lucrativos, o quantitativo é de ao menos 30 leitos operacionais, sendo no mínimo 25 destes para o SUS.

³ Na modalidade orçamentação mista a alta complexidade é remunerada pós produção, por procedimento realizado.

referência as séries históricas da oferta de serviços existentes e dos parâmetros populacionais gerais. Não está assim em conformidade com a nova lógica proposta pela RAS, cujo planejamento se faz a partir das necessidades de saúde da população.

O modelo atual de atenção cardiovascular de alta complexidade se caracteriza ainda pela ausência de integração. Os dispositivos e práticas integradoras hoje existentes são insuficientes, inadequadas ou não exploradas na sua potencialidade. Não há de fato uma regulação que focalize a linha de cuidado, também não há sistemas que organizem o fluxo de pessoas, produtos e informações de saúde, tais como prontuário eletrônico único, e não há um sistema de transporte em saúde que assegure quando necessário a ligação entre diferentes pontos de atenção de um cuidado integral. Por fim, mais um problema reside no fato da Atenção Primária em Saúde (APS) não ter se consolidado como coordenadora da Rede.

O papel do coordenador estadual da atenção cardiovascular de alta complexidade, exercido pela SES-RJ, consiste em: (a) identificar necessidades e incentivar a habilitação de novos serviços junto às Secretarias Municipais de Saúde, baseado nos parâmetros da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade; (b) definir os municípios de referência, com base na regionalização e capacidade operativa dos serviços, e além disso, (c) monitorar a produção realizada, e a programação financeira dos recursos federais de custeio de média e alta complexidade. Cabe a SES-RJ também, (d) a regulação do acesso aos procedimentos cirúrgicos dos prestadores da Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, ainda que estejam vinculados ao gestor municipal, no que diz respeito ao faturamento e repasse financeiro. Como regulador do acesso e coordenador, sem ter vínculo hierárquico com os componentes assistenciais (não possui a gestão dos prestadores), a SES-RJ precisa ter uma forte atuação na intermediação e negociação com os prestadores e SMSs.

A operacionalização do acesso se faz por meio das centrais regionais estaduais de regulação, que direcionam as demandas municipais para os hospitais de referência. A exceção ocorre na capital, onde a regulação está se estruturando e é coordenada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade do estado do Rio de Janeiro é ofertada por 23 (vinte e três) unidades hospitalares, entre públicas, filantrópicas, universitárias e privadas. Destas, 14 (quatorze) são filantrópicas ou privadas, as quais

são objeto da proposta de contratualização da SES-RJ. O quadro 1 apresenta os hospitais e seus serviços habilitados, destacando as 14 unidades de interesse para este estudo.

Quadro 1. Hospitais de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade por natureza jurídico-administrativa e especialidade habilitada no estado do Rio de Janeiro

Região de Saúde	Município	Estabelecimento habilitado	Natureza da Organização	Especialidade
Baixada Litorânea	CABO FRIO	CLINICA SANTA HELENA	Privada	Cardiovascular
				Intervencionista
				Cirurgia vascular
				Cirurgia endovascular
Centro Sul	VASSOURAS	HOSPITAL UNIV. SUL FLUMINENSE	Fundação privada universitária	Cardiovascular
				Intervencionista
				Cirurgia vascular
				Eletrofisiologia
Médio Paraíba	VALENCA	HOSPITAL ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI	Filantrópica	Cardiovascular
				Cirurgia vascular
	VOLTA REDONDA	HOSP. MUNICIPAL SAO JOAO BATISTA	Pública Municipal	Cardiovascular
				Cirurgia vascular
	VOLTA REDONDA	HOSPITAL VITA VOLTA REDONDA	Privada	Cardiovascular
				Intervencionista
	BARRA MANSA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	Filantrópica	Cardiovascular
				Intervencionista
				Cirurgia vascular
				Cirurgia endovascular
Metropolitana I	DUQUE DE CAXIAS	HSCOR	Privada	Cardiovascular
				Intervencionista
				Cirurgia vascular
	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL UNIV CLEMENTINO FRAGA FILHO	Universitário federal	Intervencionista
				Cirurgia vascular
				Cirurgia endovascular
				Eletrofisiologia
				Centro de Referência
		MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	Pública Federal	Cardiovascular
				Intervencionista
				Cirurgia vascular
		MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	Pública Federal	Cardiovascular
				Intervencionista
				Cirurgia vascular
		MS HOSP. DOS SERVIDORES DO ESTADO	Pública Federal	Cardio pediátrica
				Cardiovascular
Intervencionista				
MS INST. NACIONAL DE CARDIOLOGIA	Pública Federal	Cirurgia vascular		
		Intervencionista		
		Eletrofisiologia		
MS INST. NACIONAL DE CARDIOLOGIA	Pública Federal	Cardio pediátrica		
		Centro de Referência		

Quadro1. Hospital de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade por natureza jurídico-administrativa e especialidade habilitada no estado do Rio de Janeiro (cont.)

Região de Saúde	Município	Estabelecimento habilitado	Natureza da Organização	Especialidade	
Metropolitana I	RIO DE JANEIRO	SES RJ IECAC INST EST DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO	Fundação Pública Estadual	Cardiovascular	
				Intervencionista	
				Cirurgia vascular	
				Eletrofisiologia	
				Cardio pediátrica	
		UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	Autarquia Estadual Universitário	Cardiovascular	
				Intervencionista	
				Cirurgia vascular	
				Cirurgia endovascular	
				Eletrofisiologia	
Metropolitana II	SAO GONCALO	HOSPITAL SAO JOSE DOS LIRIOS	Privada	Cardiovascular	
				Intervencionista	
	NITEROI	HOSPITAL UNIV. ANTONIO PEDRO	Autarquia Federal Universitário	Cardiovascular	
				Intervencionista	
		PROCORDIS	Privada	Cirurgia vascular	
				Cardiovascular	
	Noroeste	ITAPERUNA	HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	Filantrópica	Intervencionista
					Cirurgia vascular
					Cirurgia endovascular
					Cardiovascular
Norte	CAMPOS DOS GOYTACAZES	HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	Filantrópica	Intervencionista	
				Cirurgia vascular	
				Cardiovascular	
		SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMPOS	Filantrópica	Intervencionista	
				Cirurgia vascular	
				Cardiovascular	
Serrana	PETROPOLIS	HOSPITAL SANTA TERESA	Filantrópica	Intervencionista	
				Cardiovascular	
	NOVA FRIBURGO	HOSPITAL SAO LUCAS	Privada	Intervencionista	
				Cirurgia vascular	
				Cardiovascular	
	TERESOPOLIS	HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESOPOLIS	Privada	Cirurgia vascular	
				Cirurgia endovascular	
				Cardiovascular	

Elaboração própria. Fonte: Datasus/CNES, 2014: cnes.datasus.gov.br, em 15 de janeiro de 2014.

Cada um dos hospitais habilitados se constitui como referência para uma determinada população, composta por um ou mais municípios pertencentes a uma Região de Saúde no estado. Hospitais com determinadas especialidades cardiovasculares de menor demanda podem, inclusive, ser referência para municípios de mais de uma Região de Saúde. Esse desenho é realizado levando-se em consideração o número de habitantes para os quais cada uma das unidades hospitalares será referência, capacidade instalada destes serviços e acesso. As mudanças de referência devem sempre ser pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite/CIB.

Para que os hospitais sejam habilitados como unidades de atenção cardiovascular de alta complexidade precisam ofertar leitos e consultas ambulatoriais de cardiologia e possuir um ou mais dos 5 grupos de serviços a seguir apresentados: (1) Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista; (2) Cirurgia Cardiovascular Pediátrica; (3) Cirurgia Vascular; (4) Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos; (5) Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista. Estes hospitais devem ainda ter atendimento de Urgência/Emergência, ofertando para cada um dos 5 grupos de serviços cardiológicos habilitados, os procedimentos determinados na Portaria normatizadora do Ministério da Saúde (Brasil, 2004).

São também condições obrigatórias para habilitação: (a) possuir um prontuário único para cada paciente, ordenados no Serviço de Arquivo Médico, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento; (b) aderir aos critérios da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde; (c) desenvolver ações de promoção e prevenção das doenças do sistema cardiovascular e participar de ações de detecção precoce destas doenças, em articulação com as secretarias municipais de saúde; e (d) ofertar exames de diagnose e terapia em cardiologia e vascular, de acordo com as necessidades definidas pelo gestor (ergometria, holter, ecocardiograma e ultrassonografia com doppler).

O processo de habilitação se inicia no município onde está localizada a unidade hospitalar, e é encaminhado para a Secretaria de Estado de Saúde, para análise dos documentos e requisitos necessários, e a pactuação do credenciamento é realizada na

Comissão Intergestores Bipartite/CIB. O Ministério da Saúde homologa o credenciamento por meio de publicação de Portaria específica, que habilita o hospital no SUS.

Considerando o parâmetro de necessidade de serviços por habitantes, estabelecido pela portaria ministerial que regulamenta a Política de Atenção Cardiovascular, no estado do Rio de Janeiro (Brasil, 2004), observa-se um déficit em todas as especialidades (Quadro 2). Ao presente estudo interessa o grupo de serviços de cirurgia cardiovascular, porque além de outros procedimentos, nele está incluída a revascularização miocárdica.

Quadro 2. Número de Serviços necessários e habilitados como Unidades de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade do estado do Rio de Janeiro

Especialidades	Número de habitantes por serviço	Número de serviços necessários por parâmetro populacional	Total de serviços habilitados no estado do Rio de Janeiro
Centro de Referência	4.000.000	4	2
Cirurgia Cardiovascular	600.000	27	21
Cirurgia Cardiovascular Pediátrica	800.000	20	4
Cardiologia Intervencionista	600.000	27	20
Cirurgia Vascular	500.000	33	18
Cirurgia Endovascular	2.000.000	8	6
Eletrofisiologia	2.000.000	8	5

Elaboração própria Fonte: Portaria SAS/MS 210/2004

Portaria SAS/MS 272/2011

Datasus/CNES, 2014: cnes.datasus.gov.br, em 15 de janeiro de 2014.

Datasus/TCU, 2013: www.datasus.gov.br, em 15 de janeiro de 2014.

Além da avaliação do número insuficiente de serviços, o déficit de oferta é grandemente afetado pela baixa produção dos serviços já existentes. A diretriz do Ministério da Saúde estabelece um mínimo de 180 (cento e oitenta) procedimentos de cirurgia cardiovascular de alta complexidade por ano para cada serviço, excluídos implantes ou trocas de marca-passo (Brasil, 2004). Dentro deste grupo, não há estimativa específica para a revascularização. No entanto, observa-se que no estado do Rio de Janeiro, no ano de 2013, foram realizadas 2.247 cirurgias de alta complexidade cardiovascular, quando o esperado para a quantidade de serviços já existentes e habilitados seriam 4.140 cirurgias (SES-RJ/SIHD, 2014). Tal situação tem repercussão direta na fila de espera de pacientes aguardando realização deste tipo de cirurgia na regulação estadual, especialmente na região metropolitana, o que reforça a percepção de oferta insuficiente nos serviços existentes.

Quando analisados os dados de produção de cirurgia cardiovascular por prestador hospitalar, em 2013, (SES-RJ/SIHD, 2014), observa-se que, dos 21 (vinte e

um) serviços habilitados, apenas 3 (três) realizaram ao menos a produção mínima preconizada.

Quanto ao financiamento de custeio para as unidades de Atenção Cardiovascular, os recursos são alocados pelo Ministério da Saúde, conforme programação prevista de procedimentos a serem realizados, tendo os valores da tabela de procedimentos do SUS como referência. A transferência se dá de forma automática do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde. As Secretarias Municipais de Saúde repassam aos prestadores o recurso para custeio dos procedimentos de alta complexidade, conforme produção aprovada nos sistemas oficiais de informação do SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

A SES-RJ, por meio da Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação, em sua área técnica de programação em saúde, é responsável pela revisão dos tetos financeiros para custeio dos prestadores de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Os ajustes são realizados tendo como referência uma série histórica de produção, de um período mínimo de 4 (quatro) meses. Os municípios que não alcançam uma média de produção conforme a programação financeira de seu teto tem seus recursos remanejados para o(s) município(s) que tiveram produção acima de seu teto de custeio de procedimentos cardiovasculares de alta complexidade. Este remanejamento é pactuado na CIB e os novos valores são encaminhados ao Ministério da Saúde para que realize às alterações nas transferências fundo a fundo.

2.5 A CONTRATUALIZAÇÃO EXISTENTE NA SES-RJ

Desde 2007, a SES-RJ estabelece contratualizações com hospitais filantrópicos e hospitais de ensino, localizados em municípios sob gestão estadual, com base na Política Nacional de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos e na Política Nacional de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Na medida em que os municípios assumiram a gestão dos recursos e dos prestadores de média e alta complexidade, as referidas contratualizações foram repassadas para as SMSs, as quais se constituíram em contratantes. Em março de 2014, todos os municípios do estado do Rio de Janeiro assumiram esta condição.

A SES-RJ possui também, desde 2009, contratualizações no Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI), direcionados à Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) localizadas em municípios de até 115 mil habitantes e hospitais públicos e filantrópicos do interior prestadores de serviços ao SUS, incluindo aqueles de referência regional. Utilizando-se de Termos de Compromisso (inclui o contrato de metas) o PAHI objetiva induzir a uma reorganização das redes hospitalares destes municípios, aumentando a eficiência e a resolutividade dos serviços prestados, e também o aporte de recursos. São repassados recursos de fonte do tesouro estadual, com contrato de metas estabelecido entre a SES-RJ, as SMSs e os hospitais. O cumprimento das metas é verificado por equipe técnica que visita os locais, no mínimo, quatro vezes por ano. Em 2012, 55 (cinquenta e cinco) municípios e 47 (quarenta e sete) hospitais foram contemplados. O programa oferece, além do incentivo financeiro, o apoio técnico através das orientações fornecidas nas visitas técnicas, visando melhorar a gestão e promover o desenvolvimento do SUS (SES-RJ, 2014).

No mesmo ano, foi implantado o Programa de Apoio à Unidades de Terapia Intensiva (UTI), direcionado a hospitais integrantes do SUS localizados na região metropolitana, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção prestada, aumentar a oferta de leitos de UTI destas unidades e instituir a regulação dos mesmos por meio da Central de Regulação Estadual. Este Programa possui o mesmo formato do PAHI: Termo de Compromisso com metas estabelecidas, repasses adicionais de recursos e avaliações quadrienais, devendo os hospitais apresentar boas condições de estrutura e ambiente humanizado, além de boas práticas de utilização de antibióticos e leitos disponíveis à Central Estadual de Regulação.

Desde 2012, a SES-RJ estabelece também contratualizações por meio de Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde (OS) com a finalidade de repassar a elas a gestão e a operacionalização de suas UPAS, de alguns hospitais próprios de forma global e de alguns serviços especializados dentro de unidades hospitalares próprias (por ex: UTI).

São gerenciadas hoje por OS, com contrato de gestão, 28 (vinte e oito) Unidades de Pronto Atendimento, 8 (oito) hospitais com gerenciamento global e 5 (cinco) hospitais com gerenciamento parcial, de algumas especialidades clínicas e cirúrgicas e de unidades de terapia intensiva (SES-RJ, 2014). Estes contratos são acompanhados pela área técnica da SES-RJ vinculada à Subsecretaria de Unidades Próprias.

3. A CONTRATUALIZAÇÃO DA SES-RJ PARA OS PRESTADORES DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE

A SES-RJ, considerando suas atribuições de organização, planejamento e regulação da atenção cardiovascular no estado, elaborou, em 2013, uma proposta de contratualização específica para esta rede visando o aumento da oferta, a qualificação da atenção e a regulação do acesso, direcionada aos prestadores privados e filantrópicos, onde concentra-se a maior parte dos serviços de cirurgia cardiovascular de alta complexidade.

As unidades elegíveis para a proposta são as 14 unidades hospitalares privadas e filantrópicas habilitadas no SUS no estado do Rio de Janeiro, sendo destas, 08 privadas e 06 filantrópicas, envolvendo suas respectivas 13 SMSs, já identificadas no Quadro 1.

Ao longo do ano de 2013, foram realizadas reuniões entre a equipe técnica das áreas de atenção especializada e regulação da SES-RJ, os 13 gestores municipais e as 14 unidades hospitalares de Atenção Cardiovascular, tendo como pauta as dificuldades de acesso a determinados procedimentos cirúrgicos, como a revascularização e o atendimento de urgências. O resultado deste diálogo contribuiu para delinear o modelo de contratualização, incluindo uma proposta de repasse financeiro que minimizasse as dificuldades em relação à remuneração da tabela do SUS relatadas pelos prestadores.

A adesão à contratualização é voluntária. Tendo como referências as novas diretrizes do Ministério da Saúde para contratualização (Brasil, 2013) e as necessidades de oferta identificadas pela SES-RJ e pelas SMSs, foram estabelecidas e acordadas, com os prestadores hospitalares de atenção cardiovascular, metas de produção e indicadores gerenciais e de qualidade da atenção. Entre estes, estão a exigência de uma equipe de sobreaviso para os casos de emergência acionados pela central de regulação e o encaminhamento pela regulação de uma (1) cirurgia de revascularização para quatro (4) de angioplastia. A proporção foi definida pelo Grupo Técnico de Atenção Cardiovascular no estado do Rio de Janeiro, composto por representantes de unidades de referência (Hospital Universitário Pedro Ernesto, Instituto Estadual de Cardiologia Aloisio de Castro e Instituto Nacional de Cardiologia) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, coordenado pela SES-RJ. O objetivo desta proporcionalidade foi gerar equilíbrio financeiro entre os procedimentos, considerando os valores de tabela SUS. Segundo os relatos dos especialistas presentes no grupo

técnico, corroborado por prestadores, na ocasião das reuniões para apresentar a proposta de contratualização, os procedimentos de angioplastia, em determinado quantitativo trariam compensação financeira à realização de cirurgia de revascularização, considerando os custos e os valores remunerados.

Quando se avalia a produção de ambas as cirurgias, tem-se um número de angioplastias acima do parâmetro mínimo esperado considerando o número de serviços habilitados nesta especialidade. O inverso registra-se na revascularização, cuja produção é inferior à estimada.

Fazendo uma comparação entre os valores médios pagos por internação, conforme tabela SUS, das revascularizações e das angioplastias, observa-se que a revascularização miocárdica remunera a internação em cerca de R\$ 12.430,07, enquanto que a angioplastia em R\$ 5.852,85. Entretanto, o tempo médio de permanência (TMP) dos pacientes que se submetem à cirurgia de revascularização é de 17 dias, enquanto que o paciente que realiza angioplastia, permanece em média 3 dias internado. O prestador recebe em média a diária de R\$ 333,54 para a revascularização e de R\$ 1.425,71 para a angioplastia⁴, tendo em vista o TMP de cada um dos procedimentos (SES/SIHD, 2014). Assim, por esta análise, a angioplastia acaba sendo ao final mais bem remunerada para os hospitais do que a revascularização. Além disso, o paciente revascularizado tende a ficar mais dias na UTI do que aquele que realiza angioplastia, o que também implica em custos adicionais.

Como uma inovação, em relação às demais contratualizações da SES-RJ, destaca-se que todo o recurso previsto para o prestador será considerado em um orçamento global e repassado mediante alcance de metas⁵. Adicionalmente, como forma de incentivar a adesão por parte das SMSs e prestadores, a SES-RJ propõe o aporte de novos recursos aos tetos financeiros atuais (mais 20%) de média e alta complexidade dos municípios que assinarem a contratualização.⁶ Ressalta-se que este recurso a ser acrescido também é de fonte federal, remanejado do repasse recebido pelo Fundo Estadual de Saúde proveniente do Ministério da Saúde.

⁴ O cálculo foi feito pela remuneração média da internação (AIH), subtraídos os valores dos procedimentos cirúrgicos, e divididos pelo número médio de permanência.

⁵ Nos demais modelos, os recursos eram repassados em parte fixa e outra variável, e ainda mantendo a lógica de remuneração por procedimento realizado para alta complexidade.

⁶ Este acréscimo de 20% não se baseou em uma estimativa do custo dos procedimentos contratados e sim na disponibilidade de recursos da SES-RJ para repassar às SMSs

A contratualização, além de aumentar o controle e monitoramento dos gestores sobre a assistência prestada, propõe uma lógica de financiamento que busca minimizar as distorções na remuneração atual de custeio, vinculando todos os recursos destinados aos hospitais ao alcance de metas estabelecidas.

De acordo com La Forgia & Gerard M (2009), os pagamentos realizados aos hospitais privados com base nos valores de tabela do SUS, não acompanharam a inflação, e representam menos da metade do custo real para a maioria dos procedimentos hospitalares, o que acaba induzindo estes prestadores a absorverem pacientes que são mais bem remunerados, ou ainda a encerrar a prestação de serviço para o SUS. Ainda segundo os autores, políticas voltadas para reforma dos mecanismos de financiamento tentam melhorar o desempenho no que concerne à eficiência, custos e qualidade da assistência.

O pagamento de procedimentos realizados induz a produção dos que são mais vantajosos financeiramente, nem sempre alinhados com a necessidade da população. Mendes (2011) sugere como estratégia para os prestadores aplicarem mais esforços nas ações de promoção, prevenção e mesmo de qualidade assistencial, que o pagamento seja realizado por orçamento global.

Ainda com relação ao custeio dos procedimentos, a experiência da SES-RJ demonstrou que a simples recomposição financeira dos tetos municipais, com manutenção da remuneração de acordo com a tabela de procedimentos do SUS por procedimentos realizados, não tem se mostrado eficaz na mudança do cenário atual da oferta e da qualidade da assistência na atenção cardiovascular. Supõe-se que a remuneração por procedimento hoje utilizada não incentiva os prestadores a se habilitarem e/ou aumentarem sua produção.

Pela lógica atual, aqueles que produzem mais do que está programado, mesmo que em procedimentos que não possuem demanda reprimida, devem ser compensados. Os municípios onde estão localizados hospitais que possuem uma produção cirúrgica aquém dos recursos financeiros programados têm seus tetos financeiros remanejados para aqueles municípios que produzem mais. Esse remanejamento é necessário pela limitação dos recursos financeiros e pelo fato de quando o prestador não executa o quantitativo de procedimentos referente ao seu teto financeiro, o recurso fica no fundo municipal, sem utilização para a finalidade de custear cirurgias cardiovasculares.

Na contratualização, com a previsão de novo aporte de recursos financeiros, buscou-se um ajuste financeiro de tal forma que os prestadores que aderirem possam fazer uma proposta com incremento da sua produção atual, respeitando a proporção mínima de uma cirurgia de revascularização para cada quatro angioplastias, encaminhadas pela regulação.

Além disso, se buscou uma modalidade de repasse de recursos onde a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado e que garante ao mesmo o conhecimento antecipado do volume máximo previsto, de forma que funcione como incentivo ao atingimento das metas, uma vez que estes recursos estão a elas vinculados.

Os demais recursos financeiros que custeiam os prestadores, provenientes do tesouro estadual, como os do PAHI, e do tesouro municipal, também deverão ser discriminados no termo de contrato, embora ainda não se tenha estabelecido uma forma de integrar o Termo de Compromisso do PAHI à contratualização proposta, de maneira a se ter um único instrumento, o que seria desejado. Quanto aos prestadores filantrópicos com contratualizações vigentes, conforme o Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos, e unidades privadas com contrato com as SMSs, por estas serem mais abrangentes do que a proposta pela SES-RJ, sugere-se a elaboração de Termo Aditivo às contratualizações vigentes, incorporando os novos valores financeiros, a lógica de repasse e as metas e indicadores específicos relativos à Atenção Cardiovascular.

O instrumento formal de contratualização elaborado pela SES-RJ segue as diretrizes atuais do Ministério da Saúde, conforme Portaria GM/MS n 3410/2013. No Documento Descritivo, que é um plano de atividades, estão definidas as metas quantitativas e qualitativas, indicadores de monitoramento, a descrição da estrutura física, tecnológica e de recursos humanos necessários ao cumprimento das metas pactuadas e, ainda, os recursos financeiros, com suas respectivas fontes de financiamento. O modelo de contrato discutido com as SMSs e hospitais encontra-se no Anexo 1.

Seguindo a Portaria do MS citada, do total de recursos orçados no contrato dos hospitais, à exceção dos recursos do PAHI, 60% serão vinculados ao alcance de metas quantitativas e 40%, às metas qualitativas. O hospital receberá mensalmente 1/12 (um doze avos) dos recursos orçados no contrato.

As metas quantitativas são definidas pelo número de cirurgias cardiovasculares previstas em cada uma das subespecialidades: cardiovascular (entre as quais está a cirurgia de revascularização), intervencionista, vascular, endovascular e eletrofisiologia, com base na produção realizada no ano de 2013. A pactuação deve levar em conta a proporção de cirurgias de revascularização e angioplastias (1 para 4). Dentre as metas de qualidade estão aquelas relacionadas aos indicadores de qualidade assistencial, de processo e de gestão.

O monitoramento e avaliação serão realizados por uma Comissão de Acompanhamento (CA) composta por 02 representantes do prestador, 02 representantes da Secretaria Municipal de Saúde e 01 representante da SES-RJ. Na avaliação, realizada pela CA, serão calculados os recursos a serem repassados ao hospital condicionados ao alcance das metas estabelecidas. O não atingimento das metas quantitativas representa desconto proporcional na parcela do valor vinculado a elas (60%). Da mesma forma, o não atendimento das metas qualitativas, acarretará em descontos proporcionais no montante a elas vinculado (40%). As faixas de descontos para as metas qualitativas encontram-se no Documento Descritivo (Anexo 1).

As fontes de informação para o monitoramento serão as atas das reuniões das comissões de acompanhamento, o Sistema de Informação Hospitalar, SIH/SUS os relatórios do Sistema Estadual de Regulação e os relatórios de visitas realizadas pela Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação.

Considera-se assim que a proposta de contratualização da SES-RJ se baseia nos três alicerces estruturais (Lima e Rivera, 2012) – plano de atividades com metas e indicadores e recursos para sua operacionalização, um sistema de monitoramento e avaliação deste plano e um sistema de incentivo para o alcance das metas e indicadores, em um ambiente de pactuação entre contratante e contratado.

Supõe-se que o processo participativo de prestadores e gestores na elaboração da proposta e na definição do aporte de recursos adicionais possam contribuir como incentivos à adesão. A viabilidade da contratualização e do atingimento das metas depende de uma contínua negociação entre as partes envolvidas desde a formulação, implementação, monitoramento e avaliação dos compromissos e responsabilidades estabelecidas.

4. MÉTODOS

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo, exploratório e transversal, utilizando-se de dados primários e secundários, abrangendo Secretarias Municipais de Saúde e hospitais privados e filantrópicos elegíveis de atenção cardiovascular do SUS no estado do Rio de Janeiro.

Além da revisão bibliográfica sobre temas relacionados ao estudo foram realizados um levantamento documental e uma pesquisa de campo em uma amostra de conveniência.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados disponíveis para acesso online, como a Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo (Scientific Electronic Library Online), Portal de Periódicos da CAPES e de busca, como Google Acadêmico sobre os temas: redes de atenção à saúde, atenção cardiovascular, financiamento, modalidades de pagamento de prestadores, contratualização e implementação política.

O levantamento documental incluiu as normas publicadas pelo Ministério da Saúde sobre a estruturação da Rede de Atenção Cardiovascular e sobre a contratualização no SUS. Foram consideradas também as atas das reuniões realizadas pela SES-RJ, hospitais e SMSs, durante os meses de agosto de 2013 a outubro de 2014, tendo em vista uma análise da fase elaboração e negociação da contratualização (agosto/2013 a julho/2014) e dos meses iniciais de implementação da proposta entre os que aderiram e os que não aderiram à contratualização.

Adicionalmente, nos casos das contratualizações formalizadas a partir de julho de 2014, foram analisados os instrumentos contratuais firmados, pactuações realizadas na CIB e a produção cirúrgica de revascularização, até outubro de 2014.

Uma das fontes de dados secundários consultada foi o Sistema de Regulação Estadual (SER), com a finalidade de caracterizar a fila de espera para a revascularização, entre os hospitais que aderiram à contratualização, no mês de janeiro de 2014 e no mês final de avaliação deste estudo, outubro de 2014. O mês de janeiro de 2014 foi escolhido pelo fato do Sistema Estadual de Regulação ter iniciado seu pleno funcionamento neste mês. Os demais meses não foram considerados porque não há registro contínuo de espera no Sistema de Regulação⁷.

⁷ O Sistema de Regulação não possui relatório com registros de meses anteriores.

Os demais dados secundários foram extraídos do Sistema de Informação Hospitalar/SIH/SUS para avaliação da evolução da produção de cirurgia de revascularização, no período de agosto de 2013 (mês anterior ao início das negociações com os prestadores e secretarias) a outubro de 2014, entre os hospitais da amostra de conveniência. Além da produção referida anteriormente, foi também utilizada a informação sobre a região de saúde de residência do paciente, com o intuito de identificar se estes serviços estão ou não atendendo a demanda cirúrgica, conforme área de abrangência definida no desenho de referências regionais.

A pesquisa de campo tinha, inicialmente, como população de estudo 27 unidades, dentre elas, 14 hospitais, sendo 08 hospitais filantrópicos e 06 privados elegíveis de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade no estado do Rio de Janeiro e 13 secretarias municipais de saúde onde estão localizados estes prestadores, envolvidos no processo de contratualização (uma das SMSs possui dois prestadores em seu território).

Entretanto das 27 unidades, 2 hospitais e 2 SMSs, entraram em processo de descredenciamento junto ao SUS e 2 hospitais e 2 secretarias não realizaram procedimentos cardiovasculares em 2013. Dessa maneira, tais unidades foram excluídas por não estarem aptas à adesão a contratualização e considerou-se para a pesquisa de campo uma população de 19 unidades: 10 hospitais, sendo 5 filantrópicos e 5 privados e 9 secretarias.

Foram também excluídos do estudo, os hospitais de natureza pública ou universitário, porque a contratualização proposta foi desenhada especificamente para prestadores privados e filantrópicos.

Para fins deste estudo, esta população de 19 unidades foi subdividida em 2 grupos: (1) os que aderiram à contratualização ou que estão em processo de adesão e (2) os que não aderiram ou ainda estão indefinidos, no momento de início realização do estudo de campo que foi outubro de 2014.

Foi constituída assim, uma amostra de conveniência, considerando os 2 grupos acima citados, composta por 8 unidades, 4 em cada grupo: 2 hospitais e suas 2 respectivas SMSs do grupo que aderiu a contratualização ou em processo de adesão e 2 hospitais e suas 2 SMSs do grupo dos que não aderiram ou que estavam indefinidos. A pesquisa foi realizada entre os meses de outubro e novembro de 2014.

Para seleção dos hospitais e SMSs em cada um dos grupos foi utilizado o critério de produção de procedimentos. Os selecionados em cada grupo foram o hospital de maior e de menor produção em cirurgia de revascularização miocárdica no período de agosto de 2013 (pré-contratualização) a julho de 2014 (pós-contratualização). Em agosto de 2013, se iniciou a discussão da proposta de contratualização e em julho de 2014, porque foi o mês com dados mais recentes disponíveis no banco de dados do SIH no período de realização das entrevistas.

Os hospitais foram denominados de H, agregados a um número e as secretarias municipais gestoras destes prestadores, respectivamente, SMS e os números correspondentes aos hospitais. A Tabela 1, utilizada para a seleção da amostra de conveniência, relaciona os hospitais, as respectivas SMSs onde se localizam, bem como as regiões de saúde (numeração fictícia) para as quais são referência, com os totais e médias mensais de cirurgias de revascularização realizadas no período (agosto de 2013 a julho de 2014).

Tabela 1. Hospitais de atenção cardiovascular SUS do Rio de Janeiro, respectivas secretarias municipais e regiões de saúde segundo adesão à contratualização e produção de revascularização.

Adesão à contratualização	Hospital, SMS e região de referência	Total de cirurgias de revascularização	Média Mensal
SIM			
	H1 /SMS1/ Região 1	178	14,8
	H2 / SMS2 / Região 2	6	0,5
	H3 / SMS3/ Região 3	123	10,3
	H4 / SMS4 / Região 4	72	6
	H5 / SMS5 / Regiões 5 e 6	94	7,8
NÃO			
	H6 / SMS6 / Regiões 5 e 6	83	6,9
	H7 /SMS7/ Região 7	116	9,7
	H8 / SMS8/ Região 8	20	1,7
	H9 / SMS9 / Região 1	38	3,2
	H10 / SMS7 / Região 7	35	2,9

Elaboração própria.

Fonte: SIH/SUS, 2014.

São 9 regiões de saúde ao total. A região 9 não está representada na tabela por não possuir hospitais da população delimitada para este estudo.

Os Hospitais H2, H3 e H4 aderiram à contratualização em julho de 2014. O H1 e H5 estavam, ao final de outubro de 2014, em processo de conclusão do instrumento contratação para pactuação em CIB. Dos hospitais que já aderiram ou que estão em processo final para adesão, o H1 possuía a maior média de cirurgias e o H2, a menor.

Dos demais hospitais que informaram não aderir ou que não tinham definição até o mês de outubro de 2014, aquele que possuía a maior média de cirurgias foi o H7, e a menor média, foi o H8.

A amostra de conveniência utilizada para a realização do trabalho de campo foi constituída pelos Hospitais H1, H2 e suas SMSs no grupo que aderiu, e pelos hospitais H7 e H8 e SMSs no grupo que não aderiu (Quadro 3). Foram então entrevistados 08 profissionais dirigentes de hospitais e técnicos/gestores das secretarias envolvidos no processo de contratualização, identificados a partir das listas de presença das reuniões na SES-RJ.

Quadro 3 – Amostra de conveniência segundo critérios de seleção

Adesão ao Programa	Produção de revascularização	
	Maior média mensal	Menor média mensal
Sim	H1/SMS1	H2/SMS2
Não	H7/SMS7	H8/SMS8

Fonte: Elaboração Própria.

Os profissionais foram entrevistados pela pesquisadora utilizando um questionário semi-estruturado (Apêndice A) que trata das seguintes dimensões: identificação do entrevistado, identificação do prestador/ secretaria de saúde, estrutura de planejamento e monitoramento dos contratos, relação dos prestadores com SMSs/SES-RJ, adesão à contratualização, financiamento e identificação da percepção sobre o processo de contratualização. O Quadro 4 apresenta as variáveis consideradas em cada dimensão.

Quadro 4. Dimensões e variáveis do questionário de Hospitais e SMSs

Dimensões	Variáveis			
	Hospitais que aderiram a contratualização	Hospitais que não aderiram a contratualização	Secretarias de Saúde que aderiram a contratualização	Secretarias de Saúde que não aderiram a contratualização
Identificação do prestador/ SMSs	Nome, Município, Natureza jurídica, número de leitos		Município.	
Identificação do entrevistado	Cargo que ocupa, Profissão, Vínculo empregatício.			
Estrutura de planejamento e monitoramento de contratos	Caracterização da estrutura de planejamento e monitoramento da contratualização e existência de contrato anterior			
Relação dos prestadores e SMSs	Características da relação SMSs e prestador: pontos fortes e pontos fracos			
Adesão à contratualização da Atenção Cardiovascular	Motivos que levaram a adesão, facilidades e dificuldades encontradas	Motivos que levaram a não adesão	Motivos que levaram a adesão, facilidades e dificuldades encontradas	Motivos que levaram a não adesão
Financiamento	Remuneração da tabela SUS para procedimentos de atenção cardiovascular e especificamente para cirurgias de revascularização, maior e menor valor pagos pelos planos de saúde, percentual de atendimento à planos privados e SUS, existência de concorrência entre atendimentos à planos privados e SUS		Existência de complementação financeira à procedimentos cardiovasculares, de fonte municipal	
Percepção sobre o processo de contratualização	Percepção sobre o processo e a contratualização proposta.			

Fonte: Elaboração própria

Para o agendamento da entrevista, foi realizado primeiramente um contato telefônico com os profissionais identificados para um breve esclarecimento sobre a pesquisa e o caráter voluntário da participação.

Antes do início do trabalho de campo, foi realizado um teste no instrumento junto a 02 hospitais e 1 secretaria não selecionados na amostra de conveniência, a fim de se estimar o tempo dispensado no preenchimento do questionário, a compreensão do texto pelo entrevistado, a necessidade de inclusão ou exclusão de variáveis.

Os dados secundários foram analisados de forma descritiva, apresentados em tabelas que demonstrem a sua variação no tempo previsto para o estudo.

Os dados primários, originados das entrevistas foram registrados e analisados de forma descritiva, identificando congruências e /ou discordâncias entre os hospitais e secretarias.

O Quadro 5 apresenta uma síntese contendo os procedimentos metodológicos aplicados a cada um dos objetivos específicos deste estudo, bem como os períodos referentes aos dados analisados.

Quadro 5: Procedimentos metodológicos aplicados aos objetivos específicos

Objetivos específicos	Estratégia metodológica	Período considerado
1. Caracterizar o processo de elaboração e implementação da contratualização;	Levantamento documental de atas de reuniões, listas de presença, contratos elaborados. Pesquisa de campo – entrevistas semi-estruturadas com hospitais e secretarias de saúde elegíveis.	Agosto de 2013, quando o grupo técnico de cardiologia da SES-RJ iniciou as discussões de indicadores e parâmetros para a Atenção Cardiovascular, até outubro de 2014, quando encerrou o período deste estudo.
2. Identificar as razões da adesão e não adesão de SMSs e hospitais da amostra de conveniência;	Pesquisa de campo – entrevistas semi-estruturadas com hospitais e secretarias de saúde.	Setembro e outubro de 2014.
3. Caracterizar, segundo a percepção de secretarias e hospitais da amostra de conveniência, as dificuldades e aspectos facilitadores em relação à contratualização da SES-RJ.	Pesquisa de campo – entrevistas semi-estruturadas com hospitais e secretarias de saúde.	Setembro e outubro de 2014.
4. Caracterizar o comportamento das filas de espera em relação ao procedimento de revascularização a partir da efetiva implantação do Sistema Estadual de Regulação para cirurgia cardíaca dos hospitais que aderiram a contratualização;	Pesquisa no banco de dados do Sistema Estadual de Regulação da SES-RJ.	Janeiro de 2014 e outubro de 2014. Mês de início da utilização do Sistema de Regulação e o mês final deste estudo. Não há relatório de registro histórico dos demais meses.
3. Caracterizar a produção de revascularização dos hospitais da amostra de conveniência;	Pesquisa no banco de dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS.	Agosto de 2013 (início do processo de negociação da proposta) a outubro de 2014.

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados encontrados nos sistemas de informação consultados e na pesquisa de campo foram analisados tendo em vista a normatização vigente da contratualização e da literatura considerada no estudo.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, e aprovado conforme parecer nº 789.059, de 1º de setembro de 2014, respeitando-se as premissas do seu regimento

interno e em atendimento integral à Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/12 e à Norma Operacional nº 001/2013, considerando se tratar de uma pesquisa com serem humanos (dirigentes de hospitais e técnicos/gestores de secretarias de saúde), entrevistados pessoalmente pela pesquisadora, por meio de questionários semi-estruturados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado de acordo com o roteiro do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP (Apêndice B) foi apresentado ao respondente no momento da entrevista, para leitura, esclarecimentos e posterior assinatura. O questionário foi então apresentado e entregue uma via ao entrevistado. As perguntas foram lidas pela pesquisadora, e as respostas do entrevistado anotadas.

Os termos de anuência dos prestadores e secretarias de saúde participantes das entrevistas foram enviados por meio eletrônico, após o contato telefônico prévio e agendamento da entrevista, para que aqueles que aceitarem participar da pesquisa os entreguem assinados, na data da entrevista.

Com relação aos dados secundários originados do Sistema Estadual de Regulação, que não são de domínio público, e a consulta aos contratos firmados e relatórios de avaliação, foi solicitada a SES- RJ uma autorização para sua utilização nesta pesquisa. De acordo com a Lei de Acesso a Informação, Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011), qualquer interessado pode apresentar pedido de acesso a informações aos órgãos da administração pública direta ou indireta.

Os demais dados secundários, provenientes do Sistema de Informação Hospitalar do SUS, são de livre acesso à população em geral e podem ser acessados por meio do sítio eletrônico da SES-RJ ou DATASUS.

5. RESULTADOS

Considerando os diferentes objetivos específicos apresentados no Quadro 5, suas estratégias metodológicas e respectivas fontes de informação, será apresentada primeiramente a descrição e análise processo de contratualização segundo informações contidas nas atas de reuniões com hospitais e SMSs, Centrais de Regulação e CIB, listas de presenças e contratos elaborados. Em seguida, ainda em uma abordagem qualitativa do processo de implementação da contratualização, serão descritas as razões de adesão e não adesão, assim como as dificuldades e aspectos facilitadores da contratualização, além de outros dados, obtidos nas entrevistas junto aos dirigentes entrevistados na pesquisa de campo.

A seguir, em uma abordagem mais quantitativa, a partir da análise de bancos de dados secundários, será descrito o comportamento da fila de espera de revascularização e da produção destes procedimentos cirúrgicos, provenientes da análise dos bancos de dados do Sistema Estadual de Regulação (SER), e do banco do Sistema de Informação Hospitalar do SUS/SIH-SUS, respectivamente. Estes resultados avaliam possíveis mudanças a partir da implementação da contratualização.

Processo de elaboração e implementação da contratualização

A avaliação considera o período de agosto de 2013, quando o grupo técnico de cardiologia da SES-RJ iniciou as discussões de indicadores e parâmetros para a Atenção Cardiovascular, até outubro de 2014, quando encerrou o período deste estudo. Cabe destacar que a pesquisadora deste estudo compôs o grupo técnico da SES-RJ que conduziu as reuniões mencionadas.

Foram utilizadas para avaliação deste processo as atas das reuniões realizadas, as listas de presença destas reuniões e os contratos firmados até outubro de 2014.

No período citado foram realizadas, em média, 2 reuniões específicas e individuais com cada um dos representantes técnicos e administrativos dos 14 hospitais elegíveis, com a representação de suas SMSs. Em alguns casos, foram necessárias reuniões individuais adicionais.

Nas primeiras reuniões realizadas, houve comparecimento de todos os hospitais, entretanto, das 13 SMSs convidadas, apenas 7 compareceram, 5 delas encaminhando representantes da área técnica e 2 com a presença dos secretários de saúde.

Estas referidas reuniões, ocorridas de setembro a novembro de 2013, tiveram como objetivos sensibilizar os dirigentes dos hospitais e SMSs para a formalização da contratualização, apresentar e discutir um conjunto de indicadores e parâmetros de produção identificados pelo grupo técnico da cardiologia da SES-RJ e realizar um diagnóstico dos principais problemas enfrentados nos hospitais. Neste momento, ainda não haviam sido definidos os recursos adicionais a serem incorporados aos contratos firmados e nem a modalidade de repasse.

Como dificuldades encontradas para o alcance dos parâmetros mínimos propostos e para a ampliação da oferta de procedimentos cirúrgicos, foram identificadas pelos hospitais: (1) insuficiência de recursos financeiros para manter o funcionamento do serviço em função de glosas no faturamento, atrasos nos repasses, e baixa remuneração de tabela SUS; (2) ociosidade de alguns serviços, demandando ajustes no processo regulatório; (3) insuficiência quantitativa de equipes cirúrgicas para ampliar a oferta; (4) número de leitos de UTI insuficientes. As dificuldades listadas foram identificadas ao menos por 1 dos hospitais, sendo que algumas delas foram citadas por vários deles.

A análise das atas possibilitou identificar que dos 14 hospitais participantes, 4 sugeriram aumento nos valores de tabela e 10 informaram que tinham condições de aumentar sua oferta cirúrgica, desde que houvesse ampliação de teto financeiro, conforme previsto na proposta de contratualização.

Paralelamente às primeiras reuniões individuais com SMSs e hospitais foi também realizada uma reunião coletiva com os coordenadores das centrais regionais de regulação (CREG) da SES-RJ, responsáveis pelo encaminhamento e autorização de cirurgias cardiovasculares de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro, com o intuito de identificar a existência de demanda reprimida para os procedimentos cardiovasculares. Segundo a ata da reunião, as CREGs das regiões 2, 3, 6 e 7, relataram não ter demanda reprimida. A CREG da região 5 referiu demanda reprimida para procedimentos endovasculares e desconhecia o quantitativo de leitos disponíveis pelos prestadores para regulação. A região 1 também referiu demanda reprimida para cirurgia

endovascular. A CREG da região 8 relatou demanda reprimida para procedimentos cardiovasculares (o prestador de referência atendia apenas cateterismo e angioplastia) e interrupção frequente do funcionamento da UTI de referência. Não participaram da reunião representantes das CREG das regiões 4 e 9.

Na reunião da CIB de dezembro de 2013, foi apresentada pela SES-RJ a proposta de acréscimo aos tetos financeiros dos municípios cujos hospitais aderissem à contratualização. Essa pactuação foi publicada por meio da Deliberação CIB RJ n.º 2.665, de 30 de dezembro de 2013.

As segundas reuniões realizadas também individualmente com cada prestador e sua SMS, ocorreram em janeiro e fevereiro de 2014 e tiveram como objetivo apresentar e discutir o instrumento contratual, bem como as metas propostas e a capacidade operativa dos serviços, a modalidade de repasse e o acréscimo financeiro, na perspectiva de ampliação da atual oferta. Foi discutido também o acesso dos pacientes aos serviços, regulados pela Central Estadual de Regulação e suas centrais regionais. Dos 14 prestadores, 4 informaram não terem condições de atender as metas propostas e, que em função disso não iriam aderir. Os demais 10 hospitais, considerados aptos para adesão (de H1 a H10 que compuseram a população para a escolha da amostra de conveniência) demonstraram interesse, bem como seus gestores municipais, embora até o final do estudo ainda não estivessem contratualizados, em sua maioria.

Nos meses de março e abril de 2014, a SES-RJ recebeu as minutas de contratualização dos hospitais H2, H3 e H4. As minutas de H2 e H3 se basearam no modelo da Política de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos do SUS, mas com as metas quantitativas e qualitativas de acordo com a proposta da SES-RJ. O H4 utilizou exatamente o modelo proposto pela SES-RJ.

Em maio de 2014, foram pactuadas em CIB as contratualizações dos três hospitais mencionados, com o acréscimo de 20% aos recursos federais de custeio para estas unidades, passando a vigorar a partir do mês de julho de 2014.

O H2 já possuía contratualização anterior, pela Política de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos do Ministério da Saúde, e, dessa forma, foi assinado e pactuado um termo aditivo incluindo as metas específicas para atenção cardiovascular com a previsão de novos recursos. Foi mantido o repasse de recursos de custeio na modalidade mista da referida Política do MS: de forma pré-fixada para os procedimentos de média

complexidade e de forma pós-fixada (pagamento por procedimento realizado) para os procedimentos de alta complexidade. Assim, optou-se por não introduzir a modalidade de repasse proposta pela SES-RJ na contratualização dos procedimentos cardiovasculares.

Da mesma forma, o H3 também possuía contratualização anterior pela Política de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos do Ministério da Saúde. Porém, de forma diversa da anterior, houve a renovação da contratualização vigente. Além disso, embora o modelo de repasse de recursos tenha permanecido misto para todas as especialidades ofertadas pelo hospital, o serviço de cirurgia cardiovascular, se enquadrou na nova modalidade de repasse proposta pela SES-RJ, passando a receber os recursos de custeio de forma pré-fixada global condicionados ao alcance de metas pactuadas. Essa foi uma decisão acertada entre a SMS3 e H3.

O H4 não tinha contrato com a SMS4 e utilizou o modelo sugerido pela SES-RJ (Anexo 1), com a modalidade de repasse pré-fixado global.

Em setembro, mais uma contratualização foi analisada, a do H5, e considerada apta para pactuação na CIB de outubro de 2014.

Ao final de outubro, o H1 definiu sua contratualização programada para pactuação na CIB de dezembro de 2014.

Quanto aos demais hospitais aptos para adesão (H6 a H10), 1 hospital, apesar de ter demonstrado interesse na ocasião das reuniões de negociação, informou posteriormente que não iria aderir, e 4 hospitais e secretarias permaneciam indefinidos até o momento de finalização deste estudo, embora também tivessem informado interesse em aderir nas reuniões anteriores.

Até outubro de 2014, não havia sido realizada nenhuma reunião da Comissão de Acompanhamento com a representação da SES-RJ, nem encaminhado nenhum relatório dos 3 hospitais com contratualização vigente.

Pesquisa de campo

Nas entrevistas realizadas para teste do questionário não foi identificada necessidade de realizar ajustes no mesmo.

Os representantes de hospitais e SMSs da amostra de conveniência foram contatados e, em todos os casos, concordaram em participar da pesquisa. Houve uma boa recepção pelos entrevistados, que já tinham contato anterior com a pesquisadora por ocasião das reuniões de discussão da contratualização e organização destas unidades assistenciais.

As entrevistas foram agendadas individualmente e realizadas entre os meses de setembro e outubro de 2014.

Entre as dimensões abordadas na entrevista estão a caracterização do entrevistado, a existência estrutura de planejamento e monitoramento de contratos, a relação entre os hospitais e suas secretarias municipais de saúde, os aspectos que facilitaram e dificultaram à adesão a contratualização, o financiamento dos procedimentos, especialmente no que se relaciona ao custo de realização e o valor remunerado pela tabela SUS e operadoras de planos de saúde, e a percepção sobre o processo de contratualização.

Na descrição a seguir de maneira geral primeiramente serão apresentados os resultados dos hospitais e SMSs que aderiram à contratualização, e posteriormente, os resultados dos hospitais e SMSs que não aderiram, exceto quando houve coincidência nas respostas que foram então apresentadas em bloco.

Caracterização dos entrevistados

Tanto no grupo que aderiu a contratualização (H1/SMS1 e H2/SMS2), quanto no grupo que não aderiu (H7/SMS7 e H8/SMS8), os entrevistados foram os mesmos representantes que participaram das reuniões de discussão do contrato, das metas e dos repasses financeiros: diretores médicos ou administrativos dos hospitais e profissionais da área de controle e avaliação das SMSs.

Nos hospitais, que aderiram e que não aderiram, todos os entrevistados possuíam formação de nível superior e ao menos 2 anos nos seus respectivos cargos. Nas SMSs que aderiram, os dois entrevistados possuíam nível superior e nas que não aderiram um entrevistado possuía nível médio e o outro nível superior.

Estrutura de planejamento e monitoramento de contratos

Quanto à existência de profissional específico para o acompanhamento dos contratos, o H1⁸ e o H2, que aderiram à contratualização, informaram que possuíam. Além disso, informaram também que suas equipes cirúrgicas tinham conhecimento sobre as metas pactuadas.

Quanto à experiência prévia com o uso de contratualização, o H1 não a tinha e o H2 referiu contratualização anterior com a SMS2, em função da Política Nacional de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos do SUS.

Já nas secretarias, a SMS 1, no período da entrevista, estava em fase de estruturação de uma equipe de controle e avaliação, para acompanhar o contrato. O entrevistado da SMS1 tinha recentemente saído da equipe. A SMS2 possuía equipe. A SMS1, não tinha experiência prévia e a SMS2, ao contrário, possuía experiência em contratualização especificamente com os hospitais filantrópicos.

Entre os hospitais e secretarias que não aderiram a contratualização (H7/SMS7 e H8/SMS8), apesar dos hospitais informarem terem profissionais para trabalhar a contratualização, as suas respectivas SMS encontravam-se em fase de estruturação de suas equipes.

Quanto à experiência prévia, o H7 possuía contrato com a SMS7, nos moldes estabelecidos pela Política Nacional de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos do SUS e o H8 não possuía qualquer instrumento contratual com SMS8.

Relação entre prestadores hospitalares e SMSs

Nesta dimensão da entrevista, procurou-se caracterizar os pontos fortes e fracos na relação entre gestores públicos e prestadores.

O H1, do grupo que aderiu a contratualização, destacou como ponto forte uma relação de proximidade com os integrantes da SMS1, e como pontos fracos referiu, o atraso nos repasses financeiros, além de ter destacado o pouco interesse, na sua percepção, da secretaria na captação de novos programas e recursos para o hospital.

⁸ H1 estava em processo final de assinatura do contrato para pactuação em CIB quando foi realizada a entrevista.

Ainda no grupo que aderiu a contratualização, o H2 mencionou como ponto forte na relação com a SMS2, a boa parceria e não citou nenhum ponto negativo.

De forma coincidente com o H1, a SMS1 identificou como ponto forte, um bom relacionamento com a direção do hospital, e como ponto fraco, o atraso nos repasses dos recursos, o que foi justificado pelas mudanças na estrutura do fundo municipal de saúde.

No grupo que não aderiu, o H7 e o H8 identificaram como ponto forte uma boa relação com suas secretarias. Como pontos fracos, o H7 referiu a não revisão dos valores financeiros do contrato já existente como hospital filantrópico e os cortes financeiros realizados, quando o hospital produzia acima do pactuado. Já o H8 apontou como ponto fraco as divergências entre os valores apresentados e os aprovados para pagamento, pela SMS8.

Considerando os pontos fortes e fracos apontados pelas secretarias, a SMS7 como aspecto positivo informou o bom diálogo com a direção do H 7 e como ponto fraco o fato de a equipe operacional do hospital não trabalhar de acordo com o pactuado entre a direção do hospital e a SMS. A SMS8 não identificou pontos fortes nesta relação e por sua vez, diferentemente de H8, informou não ter uma boa comunicação com o hospital.

Razões da adesão ou não adesão à contratualização

Aspectos facilitadores

Do grupo que aderiu à contratualização, para o H1, um facilitador à adesão foi a participação e mediação feita pela SES-RJ. Para o H2, a boa relação com a SMS2 foi importante facilitador.

A SMS1 identificou como fator facilitador, a adequada compreensão da equipe do hospital sobre o contrato como um instrumento que propicia maior segurança nos repasses financeiros. A SMS2 creditou a adesão ao fato de ter havido negociação entre a SMS, hospital e SES-RJ.

No grupo que não aderiu, não foram abordados aspectos facilitadores do processo.

Dificuldades

Entre o grupo que aderiu a contratualização, o H1 informou como dificuldade a demora para a formalização da contratualização tendo em vista a dificuldade do grupo em compreender a proposta e estabelecer um consenso sobre as metas. A maior dificuldade relatada pelo H2, foi o descompasso entre o que é planejado pela direção do hospital e o que é realizado pela equipe assistencial, evidenciando uma ausência de pactuação interna acerca das metas do contrato, o que é inadequado pois são as equipes são responsáveis pela materialização das metas.

A SMS1 apontou como dificuldade para aderir, o receio do hospital em não atingir as metas propostas e a SMS2 não identificou dificuldades para adesão.

No grupo que não aderiu, ambos os hospitais, H7 e H8, relataram que não houve contratualização por falta de interesse de suas respectivas secretarias. No caso específico de H8, também foi informado como dificuldade, a falta de capacidade do hospital de ampliar sua oferta cirúrgica por problemas em sua estrutura física, especialmente funcionamento da unidade de tratamento intensivo (UTI).

Tanto a SMS7 quanto a SMS8 apontaram como dificuldade, o fato de encontrarem-se em estruturação de seus setores de controle e avaliação, área técnica da secretaria de saúde que negocia e acompanha os contratos, especialmente em relação às metas pactuadas. A primeira por mudanças nos técnicos e a segunda por não ter estruturado anteriormente (município em gestão estadual até março de 2014).

Financiamento

Entre os hospitais que aderiram, tanto o H1 quanto o H2 consideraram que não há nenhum procedimento cirúrgico cardiovascular considerado bem remunerado pelo SUS, de forma que compense seus custos, e, relacionaram a baixa produção cirúrgica a este fato. O H2 acrescentou ainda que a remuneração das internações para o serviço hospitalar é ainda mais defasada do que a remuneração dos serviços profissionais. O H2, identificou que a baixa produção cirúrgica pode ser também atribuída à dificuldade do hospital com o abastecimento de sangue e a impossibilidade financeira para ampliar equipe profissional.

A SMS 1 apontou a necessidade de um bom gerenciamento do leito como forma de diminuir a defasagem entre o que é recebido pelo hospital e seus custos. A SMS2 identificou que a angioplastia coronariana é um dos procedimentos, entre todos os procedimentos cirúrgicos cardiovasculares, mais bem remunerado pela tabela SUS.

Entre os hospitais que não aderiram à contratualização, o H7, diferentemente do H1 e H2, identificou que as cirurgias cardiovasculares, em seu componente de remuneração do serviço profissional (equipe cirúrgica), possuíam uma remuneração suficiente, mas insuficiente no serviço hospitalar. A revascularização foi apontada como um procedimento com pior remuneração entre os procedimentos cirúrgicos cardiovasculares influenciando assim na baixa produção deste tipo de cirurgia. O H8 não identificou procedimentos cirúrgicos cardiovasculares com boa remuneração pela tabela SUS, assim como H1 e H2. Como o H7, o H8 considerou que a cirurgia de revascularização não é remunerada pelo SUS de forma a cobrir os custos, o que contribui para a baixa produção deste procedimento.

A SMS7 teve uma avaliação sobre a remuneração das cirurgias cardiovasculares semelhante à H7. Destaca-se que a SMS7 considerou que a angioplastia poderia ter custo recompensado pelo valor pago na tabela SUS, na dependência da organização do processo de trabalho e da reutilização dos materiais adotados pelo hospital. A SMS8 não soube avaliar a remuneração dos procedimentos cirúrgicos cardiovasculares.

A Tabela 2 apresenta os valores médios pagos pela tabela SUS e os valores médios pagos pelas operadoras de planos de saúde informados pelos próprios hospitais da amostra (H1, H2, H7 e H8).

Tabela 2 .Valores de remuneração para cirurgias de revascularização miocárdica – Operadoras de Plano de Saúde e SUS

	Remuneração por operadoras de planos de saúde		Valor médio recebido pelo SUS
	Menor	Maior	
H1	15.000,00	22.000,00	
H2	13.000,00	17.000,00	
H7	15.000,00	25.000,00	12.430,07
H8	não informou	22.000,00	

Fonte: Sistema de Gerenciamento da tabela de procedimentos do SUS/SIGTAP, 2014. Relatos das entrevistas da pesquisa de campo, 2014.

Observa-se na Tabela 2, uma variação de R\$13.000,00 a R\$25.000,00 nos valores pagos por operadoras de planos de saúde para a revascularização. Já o valor médio da internação pago pelo SUS para este procedimento é de R\$12.430,07. Este valor se aproxima à remuneração de operadoras de planos de saúde em apenas um dos casos: ao valor mínimo recebido por H2 de operadoras de saúde. O maior valor de remuneração pelas operadoras foi o relatado por H7, cerca de R\$25.000,00 por internação para a realização da cirurgia.

O H1 informou que há concorrência entre pacientes de planos de saúde ou privados e os do SUS, em consequência dos valores de remuneração praticados por cada um. Já o H2 informou que não há concorrência interna entre internações para pacientes do SUS e privados. Da mesma forma, entre os hospitais entrevistados que não aderiram, H7 e H8 informaram que não há concorrência entre pacientes de operadoras de planos de saúde e do SUS.

Quanto ao percentual de cirurgias cardiovasculares dos hospitais para pacientes de operadoras de planos de saúde ou privados, H1, H2, H7 e H8 informaram que as mesmas representavam menos de 50% do total destas cirurgias, ou seja, o SUS continua sendo o maior cliente.

Percepção dos prestadores hospitalares e SMSs sobre o processo de contratualização

Tanto o H1 quanto o H2, e suas respectivas secretarias, do grupo que aderiu a contratualização, identificaram como participativo o processo de negociação das metas e indicadores, bem como de construção dos demais itens do contrato.

Entre o grupo que não aderiu, a percepção de H7 foi a de que, apesar das dificuldades e de não ter finalizado o processo de contratualização, houve participação do hospital na discussão da proposta de contratualização. O H8, embora tenha participado das reuniões com a SES-RJ sobre a proposta de contratualização, não identificou o processo como participativo, uma vez que não houve desdobramento e negociações com a SMS8.

A SMS7 caracterizou o processo de contratualização como participativo, não tendo sido concluído pelo fato da equipe ter sido substituída após as primeiras reuniões realizadas pela SES-RJ. Já a SMS8 relata que não houve negociação por dois motivos: a SMS ainda não tinha os profissionais responsáveis para acompanhar o contrato e o hospital também não teria condições de atingir metas quantitativas ou qualitativas.

Como considerações adicionais às questões da entrevista, o H1 apontou que o novo aporte de recursos, ainda não seria suficiente frente aos custos do hospital, reforçando a necessidade de revisão dos valores da tabela SUS. O H2 avaliou que apenas parte das metas seriam compensadas com o valor acrescido pela contratualização e que a rigor, o custo da revascularização, não seria coberto pelo valor adicional proposto. Sugeriu ainda que sejam propostos, além de recursos de custeio, recursos de investimento, como equipamentos.

A SMS1 explicitamente sugeriu o aumento do teto financeiro de custeio dos procedimentos cardiovasculares. Já a SMS2 avaliou que os recursos acrescidos com a contratualização compensariam os custos de acordo com as metas propostas e se aproximariam dos valores pagos por operadoras de planos de saúde. Sugeriu maior participação da SES-RJ no acompanhamento das metas e indicadores estabelecidos no contrato.

O H7 e SMS7 não acrescentaram mais informações ou sugestões. O H8 sugeriu aumentar o valor total do recurso repassado para que a produção aumentasse e a SMS8 solicitou maior suporte jurídico para estruturação do contrato.

A partir das dimensões abordadas no questionário, o quadro 6 apresenta, de forma consolidada, os resultados encontrados em cada uma das unidades entrevistadas.

Quadro 6 – Síntese dos resultados das entrevistas por dimensão e segundo Hospitais e SMSs que aderiram e não aderiram à contratualização – out e nov /2014.

Dimensões	Hospitais que aderiram a contratualização		SMSs que aderiram a contratualização		Hospitais que não aderiram a contratualização		SMSs que não aderiram a contratualização	
	H1	H2	SMS1	SMS2	H8	H7	SMS8	SMS 7
Identificação do entrevistado	Conselho Gestor	Dir. administrativa	Gestor	Área técnica	Dir. administrativa	Conselho Gestor	Área técnica controle e avaliação	Área técnica regulação
Estrutura de planejamento e monitoramento de contratos	Sim. Não possuía contrato anterior	Sim. Possuía contrato anterior.	Não. Não possuía contrato anterior	Sim. Não possuía contrato anterior	Sim. Não possuía contrato anterior	Sim. Possuía contrato anterior.	Sim. Não possuía contrato anterior	Sim. Possuía contrato anterior.
Relação dos prestadores e SMS: Pontos fortes e pontos fracos	Pontos fortes: bom relacionamento com os integrantes da SMS. Pontos Fracos: pouco interesse em informações de novos programas/ atraso nos repasses financeiros.	Pontos fortes: boa interação e parceria. Pontos fracos: não identifica.	Pontos fortes: relação com a SMS. Pontos fracos: atraso nos repasses de pagamentos por mudança na estrutura do fundo municipal.	Pontos fortes: boa relação entre os interlocutores do prestador e SMS; Pontos fracos: indefinição do fluxo de encaminhamento de pacientes.	Pontos fortes: boa comunicação com a SMS Pontos fracos: divergência em relação ao faturamento.	Pontos fortes: boa relação com a SMS. Pontos fracos: repasses financeiros insuficientes.	Pontos fortes: não identifica Ponto fraco: pouca interação com hospital, sem pontos fortes identificados.	Pontos fracos: equipe operacional não trabalha de acordo com o que é pactuado entre a direção do hospital e a SMS.
Adesão à contratualização	Dificuldades: lentidão no processo de discussão entre SMS e hospital. Facilitadores: participação da SES-RJ.	Dificuldades: compreensão da lógica da contratualização pela equipe médica assistencial. Facilitadores: diálogo com a SMS.	Dificuldades: receio do hospital em não conseguir atingir as metas. Facilitadores: reconhecimento do instrumento de contratualização como uma segurança para ambas as partes.	Não identifica que houve dificuldades. Facilitadores: boa relação da SES-RJ, SMS e Hospital; boa interlocução nas reuniões.	Fatores impeditivos à adesão: falta de interesse da SMS; transição entre a gestão estadual e a municipal; estrutura insuficiente do hospital. Fatores facilitadores: não identificados.	Fatores impeditivos à adesão: Falta de interesse da SMS. Fatores facilitadores: não identificados.	Fatores impeditivos à adesão: falta de estrutura da SMS para viabilizar a contratualização, estrutura insuficiente do hospital. Fatores facilitadores: não identificados.	Fatores impeditivos à adesão: falta de estrutura da SMS para viabilizar a contratualização. Houve mudança na equipe técnica. Fatores facilitadores: não identificados.

Quadro 6 – Síntese dos resultados das entrevistas por dimensão e segundo Hospitais e SMSs que aderiram e não aderiram à contratualização –out e nov/2014.

(Continuação)

Dimensões	Hospitais que aderiram a contratualização		SMS que aderiram a contratualização		Hospitais que não aderiram a contratualização		SMS que não aderiram a contratualização	
Financiamento	Tabela SUS não cobre os custos da internação de correção cirúrgica de aneurisma de aorta, cirurgias de revascularização + troca valvar. O valor da internação para cirurgia de revascularização conforme tabela SUS é um fator para a baixa produção deste procedimento.	Não identifica que há procedimentos mais bem remunerados. O custo não é coberto pelo valor de tabela SUS para revascularização e troca valvar. Na revascularização, especialmente, em relação ao componente serviço hospitalar.	A Revascularização miocárdica passou a ser mais bem remunerada depois do reajuste da tabela para serviço profissional. Entretanto é necessário um bom gerenciamento do leito. Identifica que o cateterismo é mal remunerado.	Procedimento melhor remunerado pela tabela é a angioplastia.	Não identifica procedimentos cirúrgicos cardiovasculares mais bem remunerados pela tabela. Cirurgia cardíaca (revascularização) é um procedimento cujo valor de tabela SUS não cobre os custos da internação.	Os procedimentos cardiovasculares são mais bem remunerados no componente serviço profissional. Identifica que o componente de remuneração de serviço hospitalar é insuficiente na tabela, impactando na diminuição da produção cirúrgica.	Não soube informar procedimentos cirúrgicos cardiovasculares mais bem remunerados pela tabela. Não consegue avaliar se é suficiente ou não. O hospital passa por dificuldades financeiras (dívidas, falta de RH, sem UTI)	Procedimentos cardiovasculares são mais bem remunerados no serviço profissional. A remuneração do serviço hospitalar é ruim. Angioplastia só é melhor remunerada dependendo do processo de trabalho e utilização de materiais.
Percepção sobre o processo de contratualização	Houve negociação com a participação do hospital. Necessidade de ajuste no valor da tabela.	Houve negociação e o hospital tem condições de atingir as metas. Necessidade de ajuste no valor da tabela.	Houve negociação com a participação da SMS.	Houve negociação entre SES-RJ/SMS e hospital. Necessidade de maior participação da SES-RJ no monitoramento.	Não houve desdobramentos após as reuniões de apresentação da proposta pela SES-RJ.	Houve participação, mas o processo não foi finalizado.	A SMS estava estruturando seu núcleo de controle e avaliação e por esta razão não deu continuidade a proposta de contratualização.	A nova equipe que assumiu a função de contratualização com os prestadores não participou do processo de apresentação da proposta pela SES-RJ.

Fonte: Elaboração própria

Análise da fila de espera por cirurgia de revascularização dos hospitais que aderiram a contratualização

Um dos objetivos do presente estudo foi caracterizar o comportamento das filas de espera em relação ao procedimento de revascularização nos hospitais que aderiram à contratualização, a fim de identificar possível mudança de comportamento destes hospitais. Foram considerados o mês de janeiro de 2013, após efetiva implantação do Sistema Estadual de Regulação (SER) para cirurgia cardíaca e o mês de outubro de 2014, no mês de finalização deste estudo.

Aqui foram consideradas as informações relativas aos 3 hospitais, H2, H3 e H4 que aderiram à contratualização até outubro de 2014. Na verdade, estes hospitais estavam submetidos à nova lógica contratual desde julho de 2014 (repasse financeiro vinculado a metas qualitativas e quantitativas). Para esta avaliação, definiu-se como ponto de corte para a seleção dos hospitais, o mês de encerramento do estudo (outubro de 2014) como limite máximo para a contratualização. Como o H1 e o H5 só estabeleceram suas contratualizações após outubro de 2014, não foram considerados nesta análise.

Observando-se a fila de espera para cirurgia de revascularização para os hospitais H2, H3 e H4, em janeiro de 2014, apenas o H4 apresentava fila de espera com 52 pacientes para cirurgia de revascularização.

Ao final de outubro, a situação do H2 permanecia a mesma, ou seja, nenhum paciente aguardava em fila para realização de revascularização. Cabe destacar que este hospital tinha baixa produção cirúrgica e, era e ainda, é o único hospital de referência na sua região para procedimentos cardiovasculares de alta complexidade.

A análise de cirurgias realizadas segundo local de residência dos pacientes, não identificou que os pacientes residentes na região 2, foram atendidos em hospitais de atenção cardiovascular de outras regiões. Essa é uma característica que difere do comportamento das outras regiões do estado: baixa produção e ausência de demanda reprimida registrada na regulação.

A fila de espera para realização de cirurgia de revascularização no H3, ao final de outubro, era de 6 pacientes, todos inseridos no SER há menos de 30 dias. O que era compatível com as metas estabelecidas para H3.

Já a fila de espera para o H4, em outubro de 2014, tinha 61 pacientes. Ressalta-se que este foi o único hospital que tinha fila de espera em janeiro de 2014 (52 pacientes). Dos 61, 36 aguardavam há mais de 30 dias. Houve um ingresso no mês de outubro de 25 pacientes novos para o H4, enquanto que as metas pactuadas no contrato seriam 15 pacientes/procedimentos para a cardiovascular incluindo outros procedimentos além da revascularização. Houve evidente descompasso entre metas pré-definidas e os encaminhamentos da regulação.

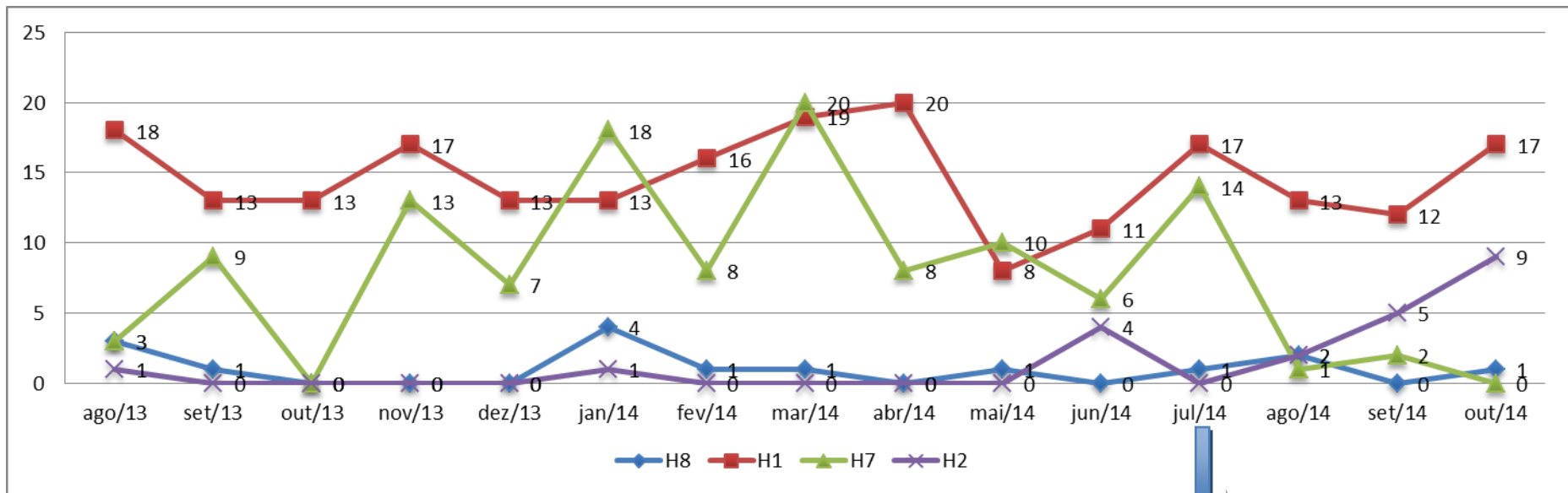
Produção cirúrgica de revascularização nos hospitais de atenção cardiovascular da amostra de conveniência

Os resultados abaixo apresentados referem-se aos hospitais da amostra de conveniência H1 e H2, que aderiram à contratualização, e H7 e H8 que não aderiram à contratualização.

O Gráfico 1 demonstra a evolução dos procedimentos de cirurgia de revascularização⁹, no período de agosto de 2013 (início do processo de negociação da proposta) a outubro de 2014.

⁹ Não há parâmetros de produção definidos na Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.

Gráfico 1. Produção mensal de cirurgias de revascularização dos hospitais da amostra de conveniência – agosto 2013 a outubro de 2014



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar-SUS, 2014.

Mês de início da contratualização para o hospital H2

Com relação ao H1, do grupo que aderiu a contratualização (em processo final de formalização do contrato no mês de outubro/14), observa-se que houve uma variação mensal na realização de revascularização, sendo o mês de maior produção, abril de 2014 (20 cirurgias) e de menor produção, maio de 2014 (8 cirurgias). Após essa queda, sua produção voltou gradativamente ao patamar médio de realização (cerca de 14 por mês), com picos de produção em julho e outubro de 2014 (17 cirurgias).

O H2 aderiu a contratualização em julho de 2014. É um hospital que no período analisado apresentava uma baixa produção cirúrgica. Entretanto, a partir de julho de 2014, observou-se uma tendência mantida de crescimento do número de cirurgias de revascularização. De agosto de 2013 a julho de 2014, o mês de maior produção foi junho de 2014, com 4 cirurgias, variando entre nenhuma e 1 cirurgia mês. Em julho de 2014, não apresentou produção de revascularização, mas nos meses seguintes a produção aumentou: 2 em agosto, 5 em setembro e 9 em outubro.

O H7 do grupo de hospitais que não aderiu a contratualização, possuía um quantitativo de cirurgias de revascularização com grande variação mês a mês. A partir de julho de 2014, observou-se uma tendência de decréscimo da produção.

Quando observada a produção cirúrgica do H8, também do grupo que não aderiu à contratualização, identificou-se uma baixa realização de revascularização, variando entre nenhuma e 1 cirurgia mês, com maior realização em janeiro de 2014 (4 cirurgias).

Em uma análise complementar, considerando a produção de cirurgia de revascularização, a região de saúde de residência dos pacientes e o hospital de atendimento, foi possível identificar se os fluxos de referência estavam sendo realizados de acordo com o desenho proposto para a assistência cardiovascular de alta complexidade. A partir daí identificou-se a necessidade de ajustes de regulação do acesso ou mesmo a necessidade de ampliação da oferta nas diferentes regiões de saúde.

No grupo da amostra de conveniência, estes dados de realização de cirurgia de revascularização segundo região de saúde de residência do paciente atendido, encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3. Total de cirurgias de revascularização realizadas pelos hospitais da amostra de conveniência segundo região de saúde de residência do paciente – agosto de 2013 a outubro de 2014.

Região de saúde de origem do paciente	Cirurgias realizadas no H1 em pacientes da R1	Cirurgias realizadas no H2 em pacientes da R2	Cirurgias realizadas no H8 em pacientes da R8	Cirurgias realizadas no H7 em pacientes da R7	Cirurgias realizadas em hospitais fora da região de referência do paciente	Total de cirurgias realizadas em pacientes por região de saúde
R8	-	-	18	-	34	42
R2	-	5	-	-	5	10
R7	-	-	-	69	61	130
R1	162	-	-	-	32	194
Outras regiões	16	1	2	47		
Total de cirurgias realizadas por hospital	178	6	20	116		

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/SUS, 2014.

Do total de revascularizações realizadas por cada hospital, observou-se na Tabela 3 quantas foram de pacientes residentes na região de saúde para a qual é referência e quantas foram realizadas em pacientes de outras regiões. Ou, se analisada por região, qual o quantitativo realizado em outras unidades hospitalares de Atenção Cardiovascular que não a estabelecida como referência.

O H1, uma das referências para a região de saúde R1 (há outro hospital de referência Cardiovascular que ainda não aderiu a contratualização), realizou 162 procedimentos de revascularização em pacientes residentes da região. Foram 194 revascularizações realizadas no período avaliado em pacientes residentes de R1, e o H1 foi responsável por 83% (162). É uma unidade que está funcionando de fato como referência para a região e não vem sendo sobrecarregada com pacientes de outras regiões.

O H2, única referência da região R2, realizou 50% das cirurgias de revascularização dos pacientes da área, os demais procedimentos foram realizados em hospitais localizados em outras regiões de saúde.

O H7 é uma das duas unidades de referência de atenção cardiovascular de alta complexidade da região R7, e foi responsável pela realização de 53% (69) das cirurgias realizadas em pacientes desta região.

Por outro lado, H7 recebeu uma demanda importante de pacientes de outras regiões. No período analisado, das 116 revascularizações realizadas pelo H7, 69 foram para pacientes residentes de R7 (59%) e 47 (41%) para demais regiões.

Como única referência para a região R8, o H8 realizou 43% (18) das revascularizações de pacientes residentes na região. As demais revascularizações foram realizadas em hospitais localizadas em outras regiões de saúde.

6. DISCUSSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja prematuro afirmar que a contratualização apresentou alguns resultados positivos em função do pouco tempo de adesão, o estudo permitiu identificar alguns aspectos que merecem aperfeiçoamento no processo de construção, monitoramento e avaliação da contratualização como uma política de saúde, e como indutora na construção de uma rede de atenção à saúde.

Cabe ressaltar que os resultados encontrados por meio das entrevistas tiveram que ser analisados com cautela considerando que a pesquisadora possui função gestora na SES-RJ e por ter atuado na coordenação do processo de construção e negociação da proposta. Esta posição pode ter influenciado nas respostas, especialmente naquelas favoráveis. De modo geral, os resultados finais se mostraram bastante coerentes com as demais análises dos dados secundários.

Na apresentação dos objetivos deste estudo, quatro questões foram levantadas: Quais as razões que levaram a adesão ou não adesão? Qual a percepção das SMSs e hospitais sobre a proposta de contratualização? Houve aumento da produção de cirurgia de revascularização conforme metas pactuadas nos hospitais que aderiram a contratualização? Quais ajustes à proposta de contratualização devem ser considerados?

Tentando responder a estas questões de investigação, o texto a seguir está estruturado segundo cada uma delas.

Quais as razões que levaram a adesão ou não adesão?

Um fator identificado como facilitador à adesão foi a concordância entre os agentes implementadores da política, ou seja, SES-RJ, SMSs e prestadores, acerca do diagnóstico da necessidade de ampliação da oferta de procedimentos cirúrgicos, especialmente o de revascularização, e de reestruturação físico-financeira dos prestadores para atender às demandas regionais.

A negociação e a participação das partes envolvidas foram ressaltadas como aspectos importantes, em ambos os grupos entrevistados (que aderiu e que não aderiu). Tais aspectos são considerados fundamentais na ótica da análise da formulação da política, pois possibilitam a convergência dos atores bem como para a criação de um espaço de retroalimentação da proposta inicial (Capella, 2007).

Ao contrário do que ocorre em muitos casos, os atores responsáveis pela prestação direta dos serviços (implementadores) tiveram oportunidade de participar desde o início do pacto de formulação da proposta de contratualização da SES-RJ. As metas de contratualização, entre elas a definição de metas mínimas de produção cirúrgica e da proporção estabelecida entre a execução de procedimentos de revascularização miocárdica e angioplastia coronariana, foram discutidas com diretores dos hospitais, alvos da política. Apesar disso, os resultados parecem apontar que a pactuação interna nos hospitais com suas equipes precisam ser mais desenvolvidas.

Completando o cenário político, as discussões e a construção da proposta ocorreram em um momento onde havia viabilidade para o seu desenvolvimento. A SES-RJ encontrava-se em um momento de bastante protagonismo frente aos municípios, especialmente no interior. Além disso, houve uma disponibilidade para o remanejamento de novos recursos financeiros para os municípios que aderissem à proposta, com a finalidade de aumentar o aporte para o custeio da contratualização. A SES-RJ pode assim assumir seu papel de formulador e mediador do processo, sendo reconhecido esse papel pelas SMSs e prestadores.

Na implementação desta política, podem ser identificadas a decisão e iniciativa governamental, bem como seus instrumentos para efetivá-la, e ainda os efeitos de *feedback* do próprio processo e de políticas anteriores, conforme descritos por Menicucci (2006).

Como iniciativa governamental, a Coordenação Estadual da Rede de Atenção Cardiovascular, realizou um diagnóstico da oferta de cirurgias cardiovasculares tendo como fator motivador a identificação de filas de espera para estes procedimentos e a necessidade de programar ações que fossem também efetivas no aumento da capacidade gestora sobre os prestadores de serviço de saúde.

Para implementar a política de ampliação da oferta cirúrgica e qualificação desta assistência, organizando e fortalecendo a Rede Cardiovascular, foi proposta a contratualização específica. A elaboração da política, bem como a contratualização foi direcionada, neste primeiro momento, aos prestadores do SUS privados e filantrópicos, a maioria destas unidades de saúde no estado, com exceção do município do Rio de Janeiro.

O instrumento contratual expressou os compromissos e as obrigações de ambas as partes (SMSs e hospitais) com as metas e indicadores relacionados à produção de procedimentos, à qualidade assistencial, às metas gerenciais, e também com os mecanismos e práticas de acompanhamento e controle a serem utilizados.

A publicação da Portaria do Ministério da Saúde, nº 3410/2013, foi considerada também como um facilitador para o processo de implementação da política, uma vez que a nova modalidade de repasse (global) passou a ser utilizada pela SES-RJ como uma estratégia de incentivo à adesão à contratualização e ao atingimento das metas.

A proposta de contratos específicos direcionada aos prestadores privados/filantrópicos refletiu, em parte, a influência das políticas estabelecidas em modelos de assistência à saúde anteriores à constituição do SUS, com incentivos a compra de serviços na rede privada, especialmente nas áreas de maior complexidade, e que tenderam a ser mantidas. O modelo dual (público e privados) existente e a dependência dos hospitais privados no acesso a assistência cardiovascular de alta complexidade se refletiu na escolha destes prestadores como alvo desta política. Neste sentido, as estratégias de incentivos e recursos foram construídas também levando-se em conta a lógica do setor privado da venda de serviços e de concorrência entre o SUS e as operadoras privadas de saúde suplementar.

Quanto aos demais aspectos que influenciaram na implementação da contratualização, a avaliação inicial deste processo nas unidades de atenção cardiovasculares de alta complexidade ratificou aspectos que facilitam e dificultam à esta implementação já apontada em outros estudos sobre o tema, como a estrutura gerencial de secretarias e hospitais, a importância da continuidade administrativa, a participação das equipes no processo de negociação e a estimativa de financiamento (Lima, 2009).

A existência de equipe técnica estruturada e experiente nas SMSs foi um grande diferencial para a adesão. Ficou bastante evidente a importância, tanto no hospital quanto na SMS, a existência de profissionais com conhecimento e habilidade para compreender, negociar e monitorar o desempenho das metas pactuadas na contratualização. Por outro lado, a instabilidade e transitoriedade dos governos municipais com mudança dos quadros de dirigentes executivos nas SMS acarretaram a descontinuidade ou a comunicação inadequada entre prestadores hospitalares e SMS.

Dentre os fatores apontados por Kingdon que podem afetar uma agenda política, inclusive bloqueando ou restringindo itens desta agenda governamental, são as mudanças de gestão e das suas composições (Capella, 2007).

Qual a percepção das SMSs e hospitais sobre a proposta de contratualização?

Esta é uma questão bastante relacionada à anterior na medida em que também trata das percepções de SMSs e hospitais, mas com o enfoque específico sobre a proposta de contratualização e seu processo de discussão. Em alguns casos, reforça os fatores que facilitaram e dificultaram a adesão, identificados pelos entrevistados.

Dentre as secretarias e hospitais entrevistados, apenas um hospital não considerou as discussões sobre a contratualização, suas metas e recursos financeiros como um processo participativo. Mesmo entre aqueles que não aderiram, houve a percepção de participação, e de que a descontinuidade do processo estava relacionada às mudanças em equipes técnicas das SMSs.

Outro aspecto destacado pela maior parte dos entrevistados foi o financiamento, abordado de forma específica nas entrevistas. Foi unânime o reconhecimento que os valores da tabela SUS são insuficientes para cobrir as despesas com os procedimentos de revascularização. Nesse sentido, reforça a necessidade apontada na formulação da proposta de contratualização de definição de estratégias compensatórias de remuneração ou mesmo de revisão dos atuais valores a partir de um estudo realizado pela SES que evidencie os reais custos de tais procedimentos.

Essa percepção do financiamento insuficiente como inviabilizador dos procedimentos cirúrgicos cardiovasculares não apareceu como fator impeditivo ou de dificuldade para adesão à contratualização, apenas no tópico específico da entrevista que abordou esse tema.

Quanto às percepções dos valores acrescidos nos tetos financeiros na contratualização, houve discordância entre a opinião de SMS2 e H2. A SMS2 julgou que os valores acrescidos na nova modalidade de repasse compensariam os custos para a realização dos procedimentos propostos como metas. Já o H2 avaliou que apenas parte dos custos seria coberta. Tal resultado pode estar relacionado ao desconhecimento da SMS2 sobre os custos do H2 ou ao fato dos valores de remuneração mínimos de planos de saúde para H2 se aproximarem dos valores médios pagos pelo SUS.

Já nos resultados relacionados ao questionamento sobre a possível concorrência na realização de revascularização entre pacientes SUS e privados em virtude dos valores remuneração, apenas um dos hospitais entrevistados indicou a existência desta concorrência, apesar de todos terem relatado diferenças de valores praticados entre SUS e operadoras de planos de saúde. Este foi um possível resultado influenciado pelo fato de a pesquisadora ser gestora na SES-RJ.

Considerando as relações entre prestadores e SMSs os pontos de maior fragilidade são os repasses de recursos financeiros e a comunicação entre equipes dos hospitais e gestores das SMS.

Houve aumento da produção de cirurgia de revascularização conforme metas pactuadas nos hospitais que aderiram a contratualização?

Na identificação de aumento na produção cirúrgica de revascularização após a contratualização, apesar do pouco tempo de acompanhamento, destacou-se o H2 como o único hospital que apresentou crescimento da produção cirúrgica. Entre os hospitais avaliados (amostra de conveniência) era o único também que já estava com a contratualização específica para atenção cardiovascular vigente desde junho de 2014. Esse aumento pode então estar relacionado ao início da contratualização e ao novo aporte de recursos. Não descarta-se a possibilidade deste crescimento por melhora do registro da produção, embora seja considerado menos provável uma vez que o registro de produção do hospital como um todo, mesmo antes da contratualização, foi avaliado como bom.

O H2 foi o hospital que relatou um valor de remuneração recebido por operadoras de planos de saúde (mínimo) mais próximo do valor médio pago pelo SUS para internações de cirurgias de revascularização miocárdica: R\$ 13.000,00 (planos de saúde) e R\$ 12.430,04 (SUS). Essa informação associada ao aumento da produção cirúrgica neste hospital leva a inferir que o acréscimo de 20% ao valor total do recurso provisionado hospital e a modalidade de repasse de forma global podem ter imprimido um ajuste financeiro que possibilitou a ampliação da sua oferta. Entretanto, em nenhum dos casos foi realizado estudo de custo para afirmar tal hipótese.

O H1 estava em processo final de adesão à contratualização no final deste estudo e, portanto, não estava trabalhando sob a lógica de repasse de recursos vinculado ao

atingimento de metas e sem aporte de novos recursos financeiros. Na sua produção não foi identificada tendência de crescimento no quantitativo de cirurgias realizadas mensalmente.

Um dos objetivos da contratualização proposta é o de que os hospitais que são referências regionais possam ampliar sua oferta cirúrgica para absorver a demanda que lhe é direcionada de sua região de atuação. Os hospitais com baixa produção cirúrgica e que se constituem como referências para região de saúde impactam na organização da atenção cardiovascular como um todo, uma vez que a demanda não atendida é direcionada para outros hospitais. É o caso identificado no H8, única referência da região e que tem baixa produção cirúrgica.

O H2, apesar da baixa produção de revascularização, tem aumentado sua produção após a contratualização. O acompanhamento futuro das metas estabelecidas no contrato para cirurgia cardiovascular e os fluxos de regulação poderão apontar se o hospital irá se consolidar como principal referência da região.

Quais ajustes à proposta de contratualização devem ser considerados?

Ainda que a atual organização da atenção nas unidades assistenciais de referência de alta complexidade cardiovascular componha um sistema fragmentado, hierárquico, piramidal e formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção, a utilização de um instrumento que introduz a negociação e pactuação de metas e recursos entre gestores e prestadores e uma nova modalidade de repasse de recursos que não o mero pagamento de procedimento realizado, estão associados a uma nova lógica de gestão. A regionalização na construção das referências, a garantia do acesso, a busca do financiamento suficiente, alinhado com as metas pactuadas e a gestão baseada em resultados apresentados na proposta de contratualização dos hospitais de atenção cardiovascular se aproximam dos conceitos de Redes de Atenção à Saúde, trazidos pela OMS, Mendes e outros autores.

Um grande desafio ainda permanece sendo a integração das ações dos diferentes níveis de cuidado cardiovascular, de forma a garantir a integralidade da atenção, como previsto na proposta de Rede de Atenção à Saúde. Esta também é uma fragilidade que pode ser apontada na proposta de contratualização, uma vez que não foram previstas metas ou mesmo discutidos meios para esta integração.

Especificamente em relação aos processos de contratualização existentes na SES-RJ, identifica-se a necessidade de articulação entre estes instrumentos da SES-RJ, evitando superposição, desperdício de recursos e duplicação de controle.

Sobre o processo de monitoramento das metas e indicadores estabelecidos nos contratos, o fato de não ter havido registro de nenhuma reunião de comissão de acompanhamento até o período final deste estudo, indica que este processo não está em conformidade com o estabelecido na normatização e que ainda está frágil e pouco estruturado, necessitando ser aperfeiçoado. Dos três pilares de sustentação da contratualização plano de atividades com metas, indicadores e recursos financeiros, sistema de monitoramento e avaliação e um sistema de incentivos onde o repasse de recursos seja condicionado ao alcance das metas e indicadores pré-acordados (Lima e Rivera, 2012), o sistema de monitoramento e avaliação pareceu ser o menos estruturado.

Para a avaliação das filas de espera no Sistema de Regulação (SER), por exemplo, não há um relatório com histórico dos pacientes que aguardavam a confirmação para atendimento. Após a regulação do paciente, perde-se este registro. Dessa forma, torna-se difícil acompanhar o comportamento das filas de espera dos hospitais ao longo do tempo e mesmo fazer comparação com outros. Esta é uma ação que deveria ser incorporada na rotina nas centrais de regulação.

Mesmo com essa limitação, a caracterização das filas de espera para cirurgia de revascularização nos hospitais que já estavam com a nova contratualização vigente até outubro de 2014 evidenciaram um importante aspecto na implementação do processo de contratualização: a necessidade de integração entre as diferentes áreas e atores envolvidos de tal forma que haja uma continuidade em toda a linha do processo de implementação. Foi identificado um descompasso entre o que foi planejado como meta para a contratualização e a área técnica que operacionaliza o acesso ao hospital (regulação), quando o número de pacientes regulados para o H4 era frequentemente maior que sua capacidade operativa, pactuada como meta no contrato.

Como consequência, cria-se fila de espera para H4, com um prazo de realização da cirurgia maior que 30 dias. Se for caracterizado que a demanda é maior na região que sua capacidade de oferta, cabe então o retorno da informação para área técnica de coordenação da atenção cardiovascular para que se definam novas estratégias para a redução da espera para atendimento.

Nos demais hospitais que estavam com a nova contratualização vigente até outubro de 2014, pela caracterização das filas de espera para realização de revascularização, não foi possível identificar o impacto da contratualização no acesso a estes procedimentos.

Considerando o aporte de recursos investido, estudos de resultados e de custo-benefício, ou seja, se os recursos financeiros empregados são aceitáveis diante dos benefícios, são importantes para avaliar a necessidade de manutenção ou alteração da estratégia inicialmente aplicada.

O modelo de contratualização da SES-RJ para unidades de atenção cardiovascular de alta complexidade não traz exatamente uma proposta de recursos financeiros de incentivo específicos (recursos de incentivo à contratualização – IAC), como nos modelos de contratualização para hospitais filantrópicos e universitários desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Constitui-se em uma tentativa de compensação financeira de valores, com o acréscimo de 20% no valor do teto financeiro para custeio das unidades associada a modalidade de repasse global dos recursos financeiros de forma condicionada ao alcance de metas pactuadas. Na definição das metas, há uma indução de adequação da produção dos procedimentos cirúrgicos cardiovasculares estabelecendo uma proporção entre a revascularização e a angioplastia (de 1 para 4).

Mesmo reconhecendo que 4 meses é pouco tempo para obter-se conclusões definitivas, a análise do processo inicial e os fatores que influenciaram nos resultados, possibilita identificar ajustes a serem implementados. Nesse sentido, por tudo que foi apresentado, destacam-se como aspectos a merecerem atenção e ajustes por parte da SES:

- ✓ o fortalecimento das equipes municipais, especialmente no que diz respeito à capacitação técnica para atuar na implementação e acompanhamento da contratualização;
- ✓ o alinhamento das equipes de regulação e de contratualização, considerando que são ações relacionadas e interdependentes;
- ✓ a articulação de todas as iniciativas de contratualização da SES-RJ, evitando superposição, desperdício de recursos e duplicação de controle;

- ✓ a estruturação de sistemas efetivos de acompanhamento e avaliação das metas e indicadores dos contratos, ainda bastante incipiente nos casos estudados, e
- ✓ a implementação de estudos de custo pelos gestores dos contratos e SES-RJ .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1169, de 15/06/2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1169_ac.htm>. Acesso em: 03 Fev. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1721, de 21/09/2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2005; 22 set.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4279, de 30/12/2010. Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2010; 31 dez.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3410, de 30/12/2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/122013-3410.html>>. Acesso em: 03 Fev. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 210, de 15/06/2004. Define Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-210.htm>>. Acesso em: 03 Fev. 2014.

Capella, Ana Cláudia N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p 87-122.

Carvalho, Déa Mara Tarbes de. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n 4, Jul/Ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400010&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 Fev. 2014.

Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho Hospitalar no Brasil. Em Busca da Excelência. São Paulo: The World Bank, Instituto Brasileiro para Estudo e desenvolvimento do Setor de Saúde (IBEDESS), Editora Singular; 2009. 496p.

Lima, Sheyla Maria Lemos. Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ; 2009.

Lima, Sheyla Maria Lemos; Rivera, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, Set. 2012. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jan. 2014.

Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2014.

Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em <http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2014.

Menicucci, Telma Maria Gonçalves. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. Saúde soc., São Paulo, v. 15, n. 2, Aug. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2014.

Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. Assistência à Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 04 Jan. 2014.

Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 04 Jan. 2014.

Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM, e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, 2009. Disponível em <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/pocketbook/2005-2009/11-iam.pdf>>. Acesso em: 10 Jan. 2014.

Santiago, Christine Ferretti et al. Relato da experiência da implantação do Incentivo de Adesão a Rede 100% SUS em Belo Horizonte. Enfermagem Revista, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 123-132, Ago. 2013. ISSN 2238-7218. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/5628>>. Acesso em: 10 Jan. 2014.

Secretaria de Estado de Saúde [Internet]. Dados SUS-RJ. Informações em Saúde. Tabnet. Assistência Hospitalar. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>> . Acesso em: 16 Jan. 2014.

Secretaria de Estado de Saúde [Internet]. Organizações Sociais de Saúde. Contratos. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/725-contratos.html>>. Acesso em: 11 Fev. 2014.

Silva, J. P. R. da; Garcia, R. L.; Kranz, L.F. O impacto da contratualização na gestão hospitalar. In: JORNADA ABRES, 6, 2012, Brasília. Anais eletrônicos... Brasília: Abres, 2012. Disponível em: <<http://abresbrasil.org.br/trabalhos/o-impacto-da-contratualizacao-na-gestao-hospitalar.html>>. Acesso em: 10 Jan. 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v 83, Suplemento IV, Set. 2004. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/DirIII_TrataIAM.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Cirurgia de Revascularização Miocárdica Valvopatias e Doenças da Aorta . Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v 82, Suplemento V, 2004. Disponível em <

<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/DirdeRevascularizacao.pdf>>. Acesso em: 10 Jan. 2014.

Viana, Ana Luiza d'Ávila; Baptista, Tatiana Vargas de Faria. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L V C et al, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 59-86.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Integrated health services: what and why? Geneva, World Health Organization, Technical Brief nº 1, 2008 Disponível em <http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf>. Acesso em: 22 Jan.2015.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIOS

Questionário dos hospitais que aderiram à contratualização

Para uso exclusivo da pesquisadora:

Data da entrevista: ___/___/___

1. Identificação do prestador

1.1 Hospital: _____.

1.2 Natureza Jurídica: _____.

1.3 Município: _____.

1.4 Número de leitos totais: _____.

1.5 Número de leitos para cirurgia cardiovascular: _____.

2. Identificação do entrevistado

2.1 Nome: _____.

2.2 Telefone: _____.

2.3 Email : _____.

2.2 Formação profissional: _____.

2.3 Cargo/função: _____.

2.4 Vínculo empregatício com o hospital: _____.

2.5 Tempo no cargo: _____.

3. Estrutura de planejamento e monitoramento dos contratos

3.1 Existem profissionais atuando no planejamento e monitoramento da contratualização da rede de atenção cardiovascular? () Sim () Não

3.2 A equipe de cirurgia cardiovascular conhece as metas do contrato? () Sim () Não

3.3 Participam do acompanhamento das metas do contrato? () Sim () Não

3.4 Se sim, de que forma?_____.

3.5 O Hospital participa da comissão de acompanhamento da contratualização constituída para SMS? () Sim () Não

4. Relação com a SMS

4.1 O hospital já teve contrato anterior com a secretaria de saúde? () Sim () Não

4.2 Se sim, haviam metas a serem atingidas ? () Sim () Não

4.3 Estas metas estavam atreladas a repasse de recursos financeiros? () Sim () Não

4.4 Há uma boa interação entre o hospital e a SMS? () Sim () Não

4.5 Citar os pontos fortes e fracos nesta relação com a SMS. _____
_____.

5. Adesão à Contratualização da Rede de Atenção Cardiovascular

5.1 No processo de contratualização, quais foram as maiores dificuldades para sua implementação? _____
_____.

5.2 Identifica fatores que facilitaram esta adesão? _____
_____.

6. Financiamento

6.1 Quanto ao financiamento SUS, quais os procedimentos cirúrgicos cardiovasculares melhor remunerados pela tabela, na sua avaliação? _____
_____.

6.2 Existem procedimentos cirúrgicos cardiovasculares cujo valor de tabela SUS não cobre os custos da internação? () Sim () Não.

6.3 Se sim, quais?_____.

6.4 O valor da internação para cirurgia de revascularização conforme tabela SUS é um fator para a baixa produção deste procedimento? () Sim () Não

6.5 Em 2013, do total de internações para realização de cirurgias cardiovasculares, qual o percentual de atendimento à planos privados (se houver)? () Não atende planos privados () Mais de 80% () Mais de 50% () Menos que 50%

6.6 Os atendimentos a planos privados (se houver) concorrem com o SUS, diminuindo a oferta ao setor público, considerando a tabela de remuneração praticada? () Sim () Não

6.7 Em média, qual o menor valor de remuneração que recebe de operadoras de planos de saúde para realização de cirurgia de revascularização?_____.

6.8 E o maior valor?_____.

7. Percepção do processo de contratualização

7.1 Pode marcar mais de um opção:

7.1.1 Quanto ao processo de negociação:

() Houve participação do hospital;

() Foram discutidos os objetivos da proposta de contratualização;

() Não identifica que houve processo de negociação;

() Outros comentários:_____

_____.

7.1.2 Quanto às metas e indicadores propostos:

() Foram negociados com o hospital;

() O hospital tem condições de atingir as metas propostas;

() Outros comentários:_____

_____.

7.1.3 Quanto aos valores definidos para acréscimo à contratualização:

São considerados suficientes para o atingimento das metas propostas;

Fazem a compensação financeira em relação à remuneração praticada pelos planos de saúde;

Outros comentários: _____
_____.

7.1.4 Quanto aos mecanismos de acompanhamento:

O hospital encontra dificuldades para realizar o acompanhamento de metas e indicadores. Se sim, quais? _____.

Outros comentários: _____
_____.

Para os que já estiverem com a contratualização em vigência:

7.2 Há quantos meses possui contratualização? _____.

7.3 Avaliação do plano de metas tem ocorrido por parte do hospital, SMS e SES? ()
Sim () Não.

7.4 Recursos tem sido repassados sem atraso? () Sim () Não.

7.5 Recursos tem sido suficientes? () Sim () Não.

7.6 Identifica necessidades de ajustes na proposta de contratualização? () Sim () Não.

Se sim, quais? _____.

Questionário das SMSs que aderiram à contratualização

Para uso exclusivo da pesquisadora:

Data da entrevista: ___/___/___

1. Identificação da SMS

1.1 Secretaria Municipal de Saúde: _____.

2. Identificação do entrevistado

2.1 Nome: _____.

2.2 Telefone: _____.

2.3 Email : _____.

2.4 Formação profissional: _____.

2.5 Cargo/função: _____.

2.6 Vínculo empregatício: _____.

2.7 Tempo no cargo: _____.

3. Estrutura de planejamento e monitoramento dos contratos

3.1 A SMS já realizou contratualizações, com plano de atividades e repasse financeiro vinculado ao desempenho com prestadores localizados em seu território? () Sim () Não

3.2 Existem profissionais para planejamento e monitoramento da contratualização com o hospital da rede de atenção cardiovascular? () Sim () Não

3.3 Estes profissionais possuem experiência anterior com contratualização? () Sim () Não

3.4 A SMS dispõe de acesso aos sistemas de informação necessários os monitoramento e avaliação das metas e indicadores do contrato? () Sim () Não. Quais?

3.5 São realizadas visitas técnicas ao hospital contratualizado? () Sim () Não.

3.6 Se sim, qual periodicidade? () semanal () quinzenal () mensal () trimestral () duas vezes ao ano () uma vez ao ano () outros; especificar _____.

3.7 Qual a periodicidade proposta para as reuniões de avaliação? () mensal () trimestral () _____ Outros; especificar _____.

4. Relação com o hospital da Rede de Atenção Cardiovascular

4.1 A secretaria de saúde já teve contrato anterior com o hospital da rede atenção cardiovascular? () Sim () Não

4.2 Se sim, haviam metas a serem atingidas? () Sim () Não

4.3 Estas metas estavam atreladas a repasse de recursos financeiros? () Sim () Não

4.4 Há uma boa interação entre a SMS e o hospital? () Sim () Não

4.5 Citar os pontos fortes e fracos nesta relação com o hospital. _____
_____.

5. Adesão à Contratualização da Rede de Atenção Cardiovascular

5.1 No processo de contratualização, quais foram as maiores dificuldades para sua implementação? _____
_____.

5.2 Identifica fatores que facilitaram esta adesão? _____
_____.

6. Financiamento

6.1 Quanto ao financiamento SUS, quais os procedimentos cirúrgicos cardiovasculares melhor remunerados pela tabela, na sua avaliação? _____.

6.2 Existe complementação financeira à procedimentos cardiovasculares de fonte municipal? () Sim () Não

7. Percepção do processo de contratualização

7.1 Pode marcar mais de um opção:

7.1.1 Quanto ao processo de negociação:

() Houve participação de representantes da SMS;

() Foram discutidos os objetivos da proposta de contratualização;

() Não identifica que houve processo de negociação;

() Outros comentários: _____

_____.

7.1.2 Quanto às metas e indicadores propostos:

() Foram negociados com a SMS;

() O hospital tem condições de atingir as metas propostas;

() Outros comentários: _____

_____.

7.1.3 Quanto aos valores definidos para acréscimo à contratualização:

() São considerados suficientes para o atingimento das metas propostas;

() Considera que fazem a compensação financeira em relação à remuneração praticada pelos planos de saúde;

() Outros comentários: _____

_____.

7.1.4 Quanto aos mecanismos de acompanhamento:

() A SMS encontra dificuldades para realizar o acompanhamento de metas e indicadores. Se sim, quais? _____.

() Outros comentários:_____.

Para os que já estiverem com a contratualização em vigência:

7.2 Há quantos meses possui contratualização?_____.

7.3 Avaliação do plano de metas tem ocorrido por parte do hospital, SMS e SES? ()

Sim () Não.

7.4 Recursos tem sido repassados sem atraso? () Sim () Não.

7.5 Recursos tem sido suficientes? () Sim () Não.

7.6 Identifica necessidades de ajustes na proposta de contratualização? () Sim () Não.

Se sim, quais?_____.

Questionário de hospitais privados e filantrópicos que NÃO aderiram a contratualização

Para uso exclusivo da pesquisadora:

Data da entrevista: ___/___/___

1. Identificação do prestador

1.1 Hospital:_____.

1.2 Natureza Jurídica:_____.

1.3 Município:_____.

1.4 Número de leitos totais: _____.

1.5 Número de leitos para cirurgia cardiovascular:_____.

2. Identificação do entrevistado

2.1 Nome:_____.

2.2 Telefone:_____.

2.3 Email : _____.

2.4 Formação profissional:_____.

2.5 Cargo/função:_____.

2.6 Vínculo empregatício com o hospital:_____.

2.7 Tempo no cargo:_____.

3. Estrutura de planejamento e monitoramento dos contratos

3.1 Existem profissionais para atuar no planejamento e monitoramento da contratualização? () Sim () Não

4. Relação com a SMS

4.1 O hospital já teve contrato anterior com a secretaria de saúde? () Sim () Não

4.2 Se sim, haviam metas a serem atingidas ? () Sim () Não

4.3 Estas metas estavam atreladas a repasse de recursos financeiros? () Sim () Não

4.4 Há uma boa interação entre o hospital e a SMS? () Sim () Não

4.5 Citar os pontos fortes e fracos nesta relação com a SMS. _____
_____.

5. Adesão à Contratualização da Rede de Atenção Cardiovascular

5.1 Considerando a contratualização da rede de atenção cardiovascular proposta pela SESRJ quais foram os fatores que impediram sua adesão? Pode marcar mais de uma opção.

() Falta de interesse da SMS

() Estrutura insuficiente do hospital

() Valor insuficiente do repasse financeiro de custeio

() Outros; especificar _____.

6. Financiamento

6.1 Quanto ao financiamento SUS, quais os procedimentos cirúrgicos cardiovasculares melhor remunerados pela tabela, na sua avaliação? _____
_____.

6.2 Existem procedimentos cirúrgicos cardiovasculares cujo valor de tabela SUS não cobre os custos da internação? () Sim () Não

6.3 Se sim, quais? _____.

6.4 O valor da internação para cirurgia de revascularização conforme tabela SUS é um fator para a baixa produção deste procedimento? () Sim () Não

6.5 Em 2013, do total de internações para realização de cirurgias cardiovasculares, qual o percentual de atendimento à planos privados (se houver)? () Não atende planos privados () Mais de 80% () Mais de 50% () Menos que 50%.

6.6 Os atendimentos a planos privados (se houver) concorrem com o SUS, diminuindo a oferta ao setor público, considerando a tabela de remuneração praticada? () Sim () Não

6.7 Em média, qual o menor valor de remuneração que recebe de operadoras de planos de saúde para realização de cirurgia de revascularização? _____.

6.8 E o maior valor? _____.

7. Percepção do processo de contratualização

7.1 Pode marcar mais de um opção:

7.1.1 Quanto ao processo de negociação:

() Houve participação do hospital;

() Foram discutidos os objetivos da proposta de contratualização;

() Não identifica que houve processo de negociação;

() Outros comentários: _____

_____.

7.1.2 Quanto às metas e indicadores propostos:

() Foram negociados com o hospital;

() O hospital tem condições de atingir as metas propostas;

() Outros comentários: _____

_____.

7.1.3 Quanto aos valores definidos para acréscimo à contratualização:

() São considerados suficientes para o atingimento das metas propostas;

() Fazem a compensação financeira em relação à remuneração praticada pelos planos de saúde;

() Outros comentários: _____
_____.

7.1.4 Quanto aos mecanismos de acompanhamento:

() O hospital encontra dificuldades para realizar o acompanhamento de metas e indicadores. Se sim, quais? _____.

() Outros comentários: _____
_____.

Questionário de SMSs que NÃO aderiram a contratualização

Para uso exclusivo da pesquisadora:

Data da entrevista: ___/___/___

1. Identificação da SMS

1.1 Secretaria Municipal de Saúde: _____.

2. Identificação do entrevistado

2.1 Nome: _____.

2.2 Telefone: _____.

2.3 Email : _____.

2.4 Formação profissional: _____.

2.5 Cargo/função: _____.

2.6 Vínculo empregatício: _____.

2.7 Tempo no cargo: _____.

3. Estrutura de planejamento e monitoramento dos contratos

3.1 A SMS já realizou contratualizações, com plano de atividades e repasse financeiro vinculado ao desempenho com prestadores localizados em seu território? () Sim () Não

3.2 Existem profissionais para planejamento e monitoramento da contratualização com o hospital da rede de atenção cardiovascular? () Sim () Não

3.3 Estes profissionais possuem experiência anterior com contratualização? () Sim () Não

4. Relação com o hospital da Rede de Atenção Cardiovascular

4.1 A secretaria de saúde já teve contrato anterior com o hospital da rede atenção cardiovascular? () Sim () Não

4.2 Se sim, haviam metas a serem atingidas? () Sim () Não

4.3 Estas metas estavam atreladas a repasse de recursos financeiros? () Sim () Não

4.4 Há uma boa interação entre a SMS e o hospital? () Sim () Não

4.5 Citar os pontos fortes e fracos nesta relação com o hospital. _____

5. Adesão à Contratualização da Rede de Atenção Cardiovascular

5.1 Considerando a contratualização da rede de atenção cardiovascular proposta pela SESRJ quais foram os fatores que impediram sua adesão?

() Falta de estrutura da SMS para viabilizar e acompanhar a contratualização

() Estrutura insuficiente do hospital

() Valor insuficiente do repasse financeiro de custeio

() Outros; especificar _____.

6. Financiamento

6.1 Quanto ao financiamento SUS, quais os procedimentos cirúrgicos cardiovasculares melhor remunerados pela tabela, na sua avaliação? _____.

6.2 Existe complementação financeira à procedimentos cardiovasculares de fonte municipal? () Sim () Não

7. Percepção do processo de contratualização

7.1 Pode marcar mais de um opção:

7.1.1 Quanto ao processo de negociação:

() Houve participação de representantes da SMS;

() Foram discutidos os objetivos da proposta de contratualização;

() Não identifica que houve processo de negociação;

() Outros comentários:_____

_____.

7.1.2 Quanto às metas e indicadores propostos:

() Foram negociados com a SMS;

() O hospital tem condições de atingir as metas propostas;

() Outros comentários:_____

_____.

7.1.3 Quanto aos valores definidos para acréscimo à contratualização:

() São considerados suficientes para o atingimento das metas propostas;

() Considera que fazem a compensação financeira em relação à remuneração praticada pelos planos de saúde;

() Outros comentários:_____

_____.

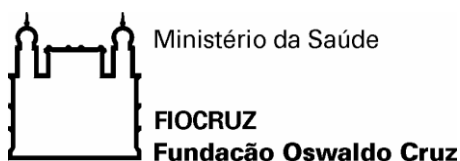
7.1.4 Quanto aos mecanismos de acompanhamento:

() A SMS encontra dificuldades para realizar o acompanhamento de metas e indicadores. Se sim, quais?_____.

() Outros comentários:_____

_____.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TODOS OS SUJEITOS A SEREM ENTREVISTADOS



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante,

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**A implementação da proposta de contratualização da Rede de Atenção Cardiovascular no estado do Rio de Janeiro**”, desenvolvida por **Tatiana de Matos Bozza**, discente do mestrado profissional em Política e Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação da professora **Dra Sheyla Maria Lemos Lima**.

O objetivo geral do estudo é caracterizar a contratualização da SES-RJ com a rede cardiovascular do estado do Rio de Janeiro do ponto de vista da adesão das Secretarias Municipais de Saúde/SMS e prestadores hospitalares privados e filantrópicos.

O convite a sua participação se deve por ser considerado (a) ator chave para a pesquisa de acordo com o grupo de participantes (gestores e dirigentes de hospitais). Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Apesar de não haver risco direto de investigação, pode haver risco indireto, considerando que a proposta está direcionada à um grupo específico de prestadores hospitalares privados e filantrópicos da Rede de Atenção Cardiovascular do estado do Rio de Janeiro, e de municípios onde se localizam. A fim de minimizar esse risco indireto, as secretarias e hospitais serão identificados nos resultados por numerais e não por seus nomes, além dos resultados serem apresentados de forma agregada e não individual.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário semi-estruturado à pesquisadora do projeto. A entrevista não será gravada e o tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. As respostas serão escritas pela pesquisadora e armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o aprimoramento da contratualização.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pesquisador responsável com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Tatiana de Matos Bozza

Pesquisador Responsável

Email: tatianabozza@gmail.com

Dra. Sheyla Maria Lemos Lima

Pesquisadora Orientadora

Email: slemos@ensp.fiocruz.br

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/DAPS

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 -7º andar. Tel.:(21) 2598-2850

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2014

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

ANEXO

MODELO DE CONTRATO

CONTRATO Nº ___/___, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE _____, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E O PRESTADOR DE SERVIÇOS _____, COM A INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, VISANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE MÉDIA E/OU ALTA COMPLEXIDADE EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL E/OU HOSPITALAR, DE FORMA COMPLEMENTAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

O MUNICÍPIO DE _____, por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE _____, inscrito no CNPJ sob o nº _____, doravante denominado Contratante, com sede na Rua _____, nº _____, _____, CEP: _____, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____, expedida pela _____, e inscrito no CPF nº _____, residente e domiciliado no município de _____/RJ, o ESTADO DO RIO DE JANEIRO, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55, doravante denominada INTERVENIENTE, com sede na Rua México, nº 128, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20031-142, neste ato representado pelo Secretário de Estado de Saúde, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____, expedida pelo _____, e inscrito no CPF nº _____, residente e domiciliado no município do Rio de Janeiro/RJ e o PRESTADOR DE SERVIÇOS _____, inscrito no CNPJ sob o nº _____, doravante denominado Contratado, com sede na Rua _____, nº _____, _____, CEP: _____, neste ato representado pelo Provedor, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____, expedida pelo _____ e inscrita no CPF nº _____, residente e domiciliada no município de _____, Estado do Rio de Janeiro, resolvem celebrar o presente Contrato, tendo em vista o disposto na Constituição Federal de 1988, em especial seus artigos 196 e seguintes; na Lei nº 8.142, de 28/12/90, na Lei nº 8.080, de 19/09/90; na Lei 8.666, de 21/06/93 e suas alterações; na Portaria nº 210, de 15/06/04; na Portaria nº 1169, de 15/06/2004; na Portaria nº 123 de 28/02/05; na Portaria nº 1.034/10, na Portaria 3.114/10, na Deliberação CIB-RJ nº

982, de 09/07/10; na Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013 e na Lei de Diretrizes Orçamentárias do corrente exercício, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente tem por objeto a prestação de serviços em cardiologia de média e/ou alta complexidade em atendimento ambulatorial e/ou hospitalar, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, e conforme documento descritivo, previamente definido entre partes.

CLAUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES GERAIS

Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados pelo Contratado, com alvará de funcionamento sob nº _____, expedido pela Secretaria Municipal de Saúde e alvará sanitário sob o nº _____, expedido pela Vigilância Sanitária Competente.

Parágrafo Primeiro: No caso de mudança de endereço do estabelecimento da Credenciada, deverá ser prontamente comunicada à Contratante, a qual analisará a manutenção dos serviços ora contratados no novo endereço, podendo rever as condições deste Contrato, e até mesmo rescindi-lo, se entender oportuno e/ou conveniente.

Parágrafo Segundo: No caso do parágrafo anterior, deverá o Contratado providenciar novo alvará.

Parágrafo Terceiro: A mudança do responsável técnico pelo serviço também deverá ser comunicada ao Contratante.

Parágrafo Quarto: Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento do Contratado e por profissionais admitidos em suas dependências, para prestar serviços.

Parágrafo Quinto: Para efeitos deste Contrato, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento do Contratado:

I- O membro do seu corpo clínico;

II- O profissional que tenha vínculo de emprego com o Contratado;

III- O profissional autônomo que, eventual ou constantemente, presta serviço ao Contratado, se por este autorizado.

Parágrafo Sexto: Equipara-se ao profissional autônomo, definido no inciso III do §3º desta Cláusula a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área da saúde.

CLÁUSULA TERCEIRA – EXECUÇÃO DO OBJETO

O documento descritivo, parte integrante deste instrumento e condição de sua eficácia, deverá ser elaborado conjuntamente pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde e o prestador de serviço e deverá conter:

I- Todas as ações e serviços objeto deste instrumento;

II- A estrutura tecnológica e a capacidade instalada disponibilizada ao Sistema Único de Saúde;

III- Definição das metas físicas ofertadas, no que couber, pelo Contratado com relação às internações Unidade Prestadora de Serviços, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e/ou dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos de referência e contra-referência;

IV- Descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão Unidade Prestadora de Serviços, em especial aquelas referentes:

a) A prática de atenção humanizada aos usuários, de acordo com os critérios definidos pela Secretaria Municipal de Saúde em consonância com o Programa Nacional de Humanização;

b) Ao trabalho de equipe multidisciplinar;

c) Ao incremento de ações de garantia de acesso, mediante o complexo regulador de atenção à saúde;

d) À implantação de mecanismos eficazes de referência e contra referência, mediante protocolos de encaminhamento;

Parágrafo Primeiro: O documento descritivo terá validade de 12 (doze) meses, sendo vedada a sua prorrogação. O documento descritivo será revisto pela comissão de acompanhamento após 90 (noventa) dias do início de vigência;

Parágrafo Segundo: As partes se obrigam, com antecedência mínima de até 90 (noventa) dias antes do término do prazo do documento descritivo, a realizarem nova negociação para o mesmo;

Parágrafo Terceiro: O documento descritivo será atualizado, nos seus dispositivos físicos e financeiros, em decorrência do processo de adequação e remanejamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e/ou reajuste da Tabela SUS, ficando desde já ressalvado que tal atualização sempre deverá observar a capacidade técnica, financeira e operacional do Contratado.

Parágrafo Quarto: Quando da renovação do documento descritivo, deverá ser feita revisão dos valores financeiros e/ou adequação de metas, mediante aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

CLÁUSULA QUARTA - DOS ENCARGOS

ENCARGOS COMUNS:

I- Elaboração do documento descritivo;

II- Elaboração de protocolos técnicos e de encaminhamento para as ações de saúde. Os protocolos técnicos de atendimento adotados terão como referência os estabelecidos pelo Gestor Estadual e Municipal;

III- Realizar o encaminhamento e o atendimento ao usuário de acordo com as regras estabelecidas para a referência e a contra-referência, mediante autorização prévia do Gestor local, ressalvadas as situações de urgência e emergência, sempre observadas os critérios impostos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) quanto à transferência dos pacientes entre unidades de saúde;

IV- Garantir que todas as ações e serviços executados no âmbito deste Contrato não oferecerão ônus para o paciente em qualquer hipótese;

ENCARGOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

I- Analisar, acompanhar, controlar, regular e fiscalizar a execução dos serviços conveniados, comparando-a as metas pactuadas no documento descritivo;

II- Estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde;

III- Efetuar a transferência de recursos financeiros na forma estabelecida neste instrumento;

IV- Definir a Ficha de Programação Orçamentária (FPO) da unidade de saúde.

V- Estabelecer metas e indicadores de qualidade para todas as atividades de saúde decorrentes desse Contrato;

VI- Inserir, mensalmente, os dados nos sistemas de informações da Secretaria de Estado de Saúde e do Ministério da Saúde, inclusive a Comunicação de Internação Hospitalar (CIH), necessários para o acompanhamento do documento descritivo;

VII Dispor de serviço de Controle e Avaliação para a devida autorização de procedimentos;

VIII- Regular a demanda/oferta de internações, consultas e exames especializados;

IX Notificar a Secretaria de Estado de Saúde sobre quaisquer ocorrências referentes ao não cumprimento das metas, ou outras alterações que interfiram no desempenho deste instrumento;

X- Garantir a ininterrupta atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

ENCARGOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE:

I- Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços contratados;

ENCARGOS DA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO:

I- Cumprir os compromissos do presente instrumento, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência;

II- Cumprir os requisitos assistências, em caso de ações e serviços de saúde de alta complexidade e determinações de demais atos normativos;

III- Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelo gestor;

IV- Manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 07 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco;

V- Realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização;

VI- Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNOSP;

VII- Implantar e/ou implementar as ações previstas na Portaria nº 529/GM/MS, de 01 de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações:

a) Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente;

b) Elaboração de planos para Segurança do Paciente;

c) Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;

VIII- Implantar o atendimento humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);

IX- É de responsabilidade exclusiva e integral do prestador a utilização de pessoal para a execução do instrumento contratual, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo

ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria de Estado de Saúde ou para o Ministério da saúde;

X- Garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado;

XI- Garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no documento descritivo;

XII- permitir, respeitada a rotina do serviço, visita diária a pacientes do SUS internados, por período de no mínimo de 02 (duas) horas, quando Unidade Prestadora de Serviços;

XIII- Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas;

XIV- Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com as legislações específicas;

XV- Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica;

XVI- Disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica.

XVII- Informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;

XVIII- Garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico;

XIX- Disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para regulação do gestor;

XX- Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica;

XXI- Dispor de parque tecnológico e da estrutura física adequada ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com o instrumento formal de contratualização, respeitadas a legislação específica;

XXII- Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS;

- XXIII- Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;
- XXIV- Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;
- XXV- Dispor de Conselho de Saúde do hospital, quando previsto em norma;
- XXVI- Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência a saúde;
- XXVII- Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizados, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor;
- XXVIII- Disponibilizar aos gestores públicos de saúde dos respectivos entes federativos contratantes os dados necessários para a alimentação dos sistemas;
- XXIX- Acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;
- XXX- Avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;
- XXXI- Avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;
- XXXII- Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;
- XXXIII- Realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos;
- XXXIV- Monitorar a execução orçamentária e zelar e pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.
- XXXV- Cumprir as metas e condições especificadas no documento descritivo, salvo a impossibilidade decorrente de caso fortuito ou força maior, que será analisado e avaliado pela Comissão de Acompanhamento;
- XXXVI- Disponibilizar mensalmente, na própria unidade credenciada, documentação comprobatória da execução dos serviços assistenciais;
- XXXVII- Apresentar à Comissão de Acompanhamento relatório de desempenho de indicadores de qualidade estabelecidos para o Contratado, devidamente assinado pelas respectivas comissões internas e pelo Gestor Municipal, ou alguém por ele designado;
- XXXVIII- Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), informando ao Gestor Municipal qualquer alteração ocorrida;

XXXIX- Comunicar a Secretaria de Estado de Saúde toda e qualquer alteração ocorrida em seus Estatutos Sociais, bem como, as mudanças de Diretoria ou substituição de seus membros;

XXXX- Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

XXXXI- Comunicar imediatamente a Secretaria Municipal de Saúde a ocorrência de equipamentos com defeitos técnicos que necessitem intervalos de uso para a manutenção ou substituição, ou na ausência temporária e justificada de profissionais para a prestação dos serviços ora conveniados, com o objetivo das partes obterem uma solução visando a não interrupção da assistência;

XXXXII- Responsabilizar-se por cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução do instrumento contratual;

XXXXIII- Fornecer ao usuário no momento da alta, resumo contendo os seguintes dados: nome do paciente; nome da Unidade Prestadora de Serviços; localidade; motivo de internação; data da internação, data da alta, quando Unidade Prestadora de Serviços;

XXXXIV- Manter atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, bem como garantir o sigilo do prontuário médico, que somente poderá ser liberado nas hipóteses previstas na legislação e no Código de Ética Médica;

XXXXV- Informar, a quem de direito, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da “Central de Regulação”; com periodicidade estabelecida pela Secretaria Municipal e/ou Secretaria de Estado de Saúde, monitorados por indicador de qualidade;

XXXXVI- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços e garantindo a integridade física e a proibição de exposição do paciente;

XXXXVII- Responsabilizar-se pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos;

XXXXVIII- Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

XXXXIX- Submeter-se às normas emanadas pelo Sistema Único de Saúde, em conformidade com o art. 26, §2º da Lei 8.080/90;

L- Encaminhar mensalmente ao Gestor, os dados referentes à alimentação dos sistemas de informações oficiais;

LI- Aplicar os recursos financeiros do instrumento contratual integralmente na unidade;

LII- Que em internações de crianças, adolescentes e pessoas com mais 60 anos, será assegurado à presença de acompanhante, em tempo integral, podendo a contratada acrescentar ao valor da AIH as diárias do acompanhante, correspondente a alojamento e alimentação conforme Tabela Unificada de Valores do SUS;

LIII- Os serviços contratados deverão garantir aos usuários do SUS: redução das filas e o tempo de espera para atendimento; acesso com atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; nomes dos profissionais que cuidam da saúde e são responsáveis por eles; acesso as informações; presença de acompanhante, bem como os demais direitos aos usuários do SUS;

CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

O valor anual estimado para a execução do presente instrumento importa em R\$ _____ (_____), conforme abaixo especificado:

Descrição dos Serviços	Valor Mensal	Valor Anual
MÉDIA COMPLEXIDADE		
ALTA COMPLEXIDADE		
TOTAL		

Parágrafo Primeiro: A Secretaria Municipal de Saúde ficará responsável pelo repasse do montante supracitado à Unidade Prestadora de Serviços.

Parágrafo Segundo: A Unidade Prestadora de Serviços somente fará jus aos valores correspondentes pelos serviços efetivamente prestados, conforme o cumprimento das metas pactuadas, segundo o encaminhamento dos pacientes com a respectiva autorização da Central Estadual de Regulação ou Regionais.

Parágrafo Terceiro: Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado global, que remontam a R\$ _____ (_____) por mês serão repassados pela Secretaria Municipal de Saúde, até o dia 30 (trinta) do mês subsequente à prestação dos serviços ao Prestador do Hospital de acordo com o percentual de cumprimento das metas de qualidade pactuadas e definidas no documento descritivo.

Parágrafo Quarto: Sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado global, que remontam a R\$ _____ (_____) serão repassados pela Secretaria Municipal de Saúde, até o dia 30 (trinta) do mês subsequente à prestação dos serviços ao Prestador de Serviços de acordo com o percentual de cumprimento das metas físicas pactuadas no documento descritivo e definidos por meio das seguintes faixas:

I- Cumprimento de 95% a 105% das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 100% da parcela referida no caput do artigo;

II- Cumprimento de 81% a 94% das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 80% do valor da parcela referida no caput do artigo;

III- Cumprimento de 70% a 80% das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 70% do valor da parcela referida no caput do artigo.

Parágrafo Quinto: Os descontos referentes às metas quantitativas levarão em consideração as críticas (glosas) ocorridas no processamento da produção nos sistemas de faturamento SIA (Sistema de Informação Ambulatorial), Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD), serviços não cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), erros de Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) e Folha de Programação Orçamentária (FPO);

Parágrafo Sexto: O cumprimento das metas quantitativas e qualitativas, estabelecidas no documento descritivo, deverá ser atestado pela Comissão de Acompanhamento, através da maioria presente de seus membros, tendo pelo menos 01 (um) representante de cada ente.

Parágrafo Sétimo: Na impossibilidade da Comissão de Acompanhamento concluir o relatório, desde que devidamente justificado e aceito pela Secretaria Municipal de Saúde, os recursos serão pagos em sua integralidade, sendo aplicado o desconto (se houver) em competências futuras de forma proporcional aos meses avaliados.

Parágrafo Oitavo: Os valores previstos poderão ser alterados, de comum acordo entre a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria de Estado de Saúde e o Prestador de Serviços, mediante a celebração de Termo Aditivo que será devidamente publicado e enviado ao Ministério da Saúde, sendo que no caso de necessidade de recursos adicionais, estas serão provenientes da área denominada Teto da média e alta complexidade do município/estado.

Parágrafo Nono: A Secretaria Municipal de Saúde aumentará o teto financeiro (alta complexidade ambulatorial e internação) e o repasse das verbas que se trata este instrumento na mesma proporção que o Ministério da Saúde aumentar o valor dos procedimentos existentes nas tabelas do SUS.

Parágrafo Décimo: Os valores previstos poderão ser alterados, de acordo com as modificações do documento descritivo, podendo as metas físicas relacionadas ao valor fixo do Convênio sofrer variações de 5% (cinco por cento) para mais ou para menos, sem haver alteração do montante financeiro, respeitado o equilíbrio econômico-financeiro.

Parágrafo Décimo Primeiro: Fica estabelecido que as alterações das metas quantitativas decorrentes de alterações sazonais, e ainda, casos fortuitos ou de força maior, devidamente comprovado serão avaliados caso a caso.

Parágrafo Décimo Segundo: O estabelecimento hospitalar que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% (cem por cento) por 12 (doze) meses consecutivos terá as metas do documento descritivo e os valores contratuais reavaliados, com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária.

Parágrafo Décimo Terceiro: O estabelecimento hospitalar que não atingir pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas, por 03 (três) meses consecutivos ou 05 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e o documento descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do Hospital, mediante a aprovação do gestor local.

CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes do presente Contrato correrão por conta do Programa de Trabalho nº _____, Natureza da Despesa _____, Fonte do Recurso ____ e Nota de Empenho _____.

Parágrafo Único: Os recursos do presente Contrato serão depositados na Conta _____, Agência _____ do Banco do Brasil.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS

O Contratado obriga-se a encaminhar nos prazos estabelecidos, os seguintes documentos ou informações:

- a) até o 5º (quinto) dia útil de cada mês, o relatório mensal das atividades decorrentes do presente instrumento e desenvolvidas no mês imediatamente anterior, conforme definido pela Comissão de Acompanhamento;
- b) até o 5º (quinto) dia útil do mês imediatamente subsequente, faturas referentes aos serviços efetivamente prestados;

c) relatório anual até o 20º (vigésimo) dia útil do mês subsequente ao término do período de 12 (doze) meses da assinatura, contendo informações sobre a execução do presente Contrato;

d) manter atualizado as informações necessárias ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), o Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD), e a Comunicação de Internação Hospitalar (CIH), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA – DOS INSTRUMENTOS DE CONTROLE

Para acompanhamento do cumprimento deste instrumento deverá ser constituída uma Comissão de Acompanhamento específica, com o objetivo de avaliar o nível de desempenho do Contratado, relativo às metas contidas no documento descritivo.

Parágrafo Primeiro: A composição da Comissão de Acompanhamento será constituída por representantes da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e da Unidade Prestadora de Serviço, nos seguintes quantitativos:

I- 02 (dois) representantes da Secretaria Municipal de Saúde, preferencialmente técnico envolvido com o serviço;

II- 02 (dois) representantes da Unidade Prestadora de Serviço;

III-01 (um) representante da Secretaria de Estado de Saúde

Parágrafo Segundo: As atribuições da Comissão de Acompanhamento serão a de acompanhar a execução do presente Contrato, principalmente no tocante as metas quantitativas e aos indicadores de qualidade do documento descritivo.

Parágrafo Terceiro: A Comissão de Acompanhamento do Contrato será criada pela Secretaria Municipal de Saúde até 15 (quinze) dias, após a publicação do Contrato no Diário Oficial do Município.

Parágrafo Quarto: A Secretaria de Estado de Saúde e a Unidade Prestadora de Serviços deverão apresentar em um prazo de 05 (cinco) dias, após a publicação do Contrato no Diário Oficial do Município, os seus representantes integrantes da Comissão de Acompanhamento.

Parágrafo Quinto: No caso de qualquer das entidades deixarem de apresentar seus representantes no prazo previsto, a Secretaria Municipal de Saúde homologará as indicações existentes para que a Comissão de Acompanhamento inicie suas atividades.

Parágrafo Sexto: Qualquer alteração na composição da Comissão de Acompanhamento deverá ser homologada e publicada no Diário Oficial do Município pela Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Sétimo: A substituição dos representantes da Secretaria de Estado de Saúde e da Unidade Prestadora de Serviços, no caso de impossibilidade do comparecimento na reunião agendada deverá ser formalizada através de documento a ser entregue aos representantes da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Oitavo: Na hipótese de mudança definitiva de representante na Comissão de Acompanhamento deverá ser encaminhado documento formal a Secretaria Municipal de Saúde indicando a substituição juntamente com a cópia da Carteira de Identidade e CPF do novo representante.

Parágrafo Nono: Não poderá fazer parte da Comissão de Acompanhamento àqueles que pertencerem simultaneamente aos quadros de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e da Unidade Prestadora de Serviços.

Parágrafo Décimo: Os membros da Comissão de Acompanhamento não serão remunerados por esta atividade, e deverão se reunir, no mínimo, trimestralmente, ou em casos extraordinários, conforme cronograma elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, que será comunicado a Secretaria de Estado de Saúde e a Unidade Prestadora de Serviços, com antecedência de pelo menos 07 (sete) dias antes da data agendada;

Parágrafo Décimo Primeiro: A Unidade Prestadora de Serviço fica obrigada a fornecer à Comissão de Acompanhamento todos os documentos e informações necessárias à avaliação do cumprimento das metas fixadas no documento descritivo, sempre respeitando as limitações impostas pelos Conselhos Técnicos Federais e Regionais.

Parágrafo Décimo Segundo: A Secretaria Municipal de Saúde deverá elaborar ata constando o resumo e assinatura de todos os representantes presentes;

Parágrafo Décimo Terceiro: O não cumprimento pelo Contratado das metas quantitativas pactuadas no documento descritivo implicará em descontos no repasse financeiro.

Parágrafo Décimo Quarto: A existência da Comissão de Acompanhamento mencionada nesta cláusula não impede nem substitui as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria (federal, estadual, municipal).

CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO

O presente Contrato poderá ser rescindido total ou parcialmente pela Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde, em comum acordo, quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:

- a) pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pela Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde;
- b) pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde;
- c) pela não entrega dos relatórios mensais;
- d) pela não observância dos procedimentos referentes ao sistema de informações em saúde;
- e) constatação de irregularidade de natureza grave, no decorrer de fiscalizações ou auditorias;

Parágrafo Primeiro: A análise das cláusulas ou condições não atendidas será efetivada com base em relatório expedido pela Comissão de Acompanhamento.

Parágrafo Segundo: A rescisão do Contrato deverá observar os princípios da ampla e prévia defesa e do contraditório.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS PENALIDADES

Os Contratantes decidem aplicar ao presente Contrato, no que couber, o disposto na Lei 8666/93, no caso de descumprimento por qualquer um dos partícipes das cláusulas e condições nele estipuladas.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DA DENÚNCIA

Qualquer um dos partícipes poderá denunciar o presente Contrato, com comunicação do fato, por escrito, com antecedência mínima de 120 (cento e vinte) dias, devendo ser respeitado o andamento de atividades que não puderem ser interrompidas neste prazo ou que possam causar prejuízo à saúde da população, quando então será respeitado o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para o encerramento deste Termo.

Parágrafo Único - Ressalvada a possibilidade de denúncia imediata ou em menor prazo, quando constatar, através de decisão devidamente fundamentada, a ausência de prejuízo à população e à persecução do objeto do Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde providenciará a publicação do extrato do presente Contrato no Diário oficial do Município, em conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei nº 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA

O presente Contrato vigorará pelo prazo de 01 (um) ano, a contar de ___ de _____ de _____, podendo de comum acordo, mediante Termo Aditivo, ser prorrogado por mais 01 (um) ano.

Parágrafo Primeiro: A parte que não se interessar pela prorrogação do Contrato deverá comunicar a sua intenção, por escrito, à outra parte com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

Parágrafo Segundo: A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente fica condicionada à vigência dos respectivos créditos orçamentários.

Parágrafo Terceiro: O Termo Aditivo referente à prorrogação contratual de celebração obrigatória será acompanhado do Termo de Vistoria, onde constará se persistem as mesmas condições técnicas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca do Município de _____, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir questão sobre a execução do presente Contrato e seus aditivos que não puderem ser resolvidos de comum acordo pelos partícipes.

E, por estarem, assim justos e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

DOCUMENTO DESCRITIVO

1) INTRODUÇÃO:

Caracterização geral da unidade, missão da unidade e inserção da unidade no Sistema Único de Saúde.

2) DEFINIÇÃO DE TODAS AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NAS ÁREAS DE ASSISTÊNCIA E GESTÃO, QUE SERÃO PRESTADOS PELO HOSPITAL:

Descrever a proposta de atuação da unidade relacionada à Atenção à Saúde (ambulatorial e hospitalar, média e alta complexidade), nas diferentes áreas de atuação.

Definir os protocolos técnicos, clínicos e operacionais;

Descrever como é constituído o modelo de gestão (colegiada ou não) e as principais etapas de trabalho e ações para o desenvolvimento e aprimoramento da mesma;

3) DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA, TECNOLÓGICA E RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS AO CUMPRIMENTO DO ESTABELECIDO NO INSTRUMENTO FORMAL DE CONTRATUALIZAÇÃO:

Descrever capacidade instalada, incluindo leitos de enfermaria, UTI, salas cirúrgicas, equipamentos e equipe, relacionadas a assistência cardiovascular, serviços especializados, as Comissões em funcionamento, os serviços de apoio.

As portas de entrada para internação serão acompanhadas e reguladas através das Centrais de Regulação estaduais de acordo com os dispositivos regulatórios.

4) DEFINIÇÃO DE METAS FÍSICAS COM OS SEUS QUANTITATIVOS NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E AÇÕES CONTRATUALIZADAS:

Conforme o contrato, o repasse dos sessenta por cento (60%) do valor do orçamento global está vinculado ao cumprimento das metas quantitativas discriminadas no Plano Descritivo, somadas as metas de internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais, da seguinte maneira:

a) Cem por cento (100%) do valor aqui referido, uma vez cumprido o percentual entre 95% a 105% das metas pactuadas;

b) Abaixo de 95% (noventa e cinco por cento) será repassado o percentual correspondente ao cumprimento das metas.

Atenção hospitalar

- Especificar por especialidade o total de internações no ano de 2013 e a meta pactuada.

Internações	Produção 2013 (média mensal)	Meta 2014 (mensal)	Recurso Financeiro
Cardiovascular	XX	XX	
Intervencionista	XX	XX	
Vascular	XX	XX	
Endovascular	XX	XX	
Eletrofisiologia	XX	XX	
TOTAL	XX	XX	XX

Atenção Ambulatorial

- Especificar os procedimentos ambulatoriais pactuados por consultas e detalhados por grupo.

Procedimentos	Realizado 2013 (média mensal)	Meta mensal 2014	Recurso financeiro
Consultas	XX	XX	
<hr/>			
SADT			
<hr/>			
TOTAL	XX	XX	XX
<hr/>			

5) METAS DE QUALIDADE E INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DAS METAS E DESEMPENHO

Conforme o contrato, o repasse dos quarenta por cento (40%) do valor do orçamento global está vinculado ao cumprimento das metas de qualidade discriminadas no Plano Descritivo, da seguinte maneira:

- a) Cem por cento (100%) do valor, uma vez cumprido o percentual entre 95% a 105% das metas pactuadas;
- b) Abaixo de 95% (noventa e cinco por cento) será repassado o percentual correspondente ao cumprimento das metas.

A obtenção do percentual de metas cumpridas seguirá a seguinte metodologia: Será atribuído o total de 100 pontos, distribuídos entre as metas. A partir da pontuação obtida, se define o percentual de cumprimento das metas, conforme exemplo no quadro abaixo:

PONTUAÇÃO	PERCENTUAL
85 ou mais	100%
65 a 84	95%
45 a 64	80%
25 a 44	70%
Até 24	50%

Indicadores de qualidade assistencial e processo

Indicador	Meta 2014	Pontuação
Taxa de mortalidade	YY	5
Taxa de infecção hospitalar	YY	5
Incidência de infecção por cateter venoso central	YY	5
Taxa de ocupação geral	YY	5
Taxa de ocupação de leitos de UTI	YY	5
Tempo de médio de permanência geral	YY	5
Equipe de referencia para urgências acionadas pela central de regulação	YY	15
Cumprimento da proporção mínima de procedimentos de cirurgia de revascularização miocárdica por angioplastias (solicitações atendidas conforme indicação da regulação)	1 para 4	10
Implantar as ações do Programa Nacional de Segurança do paciente (Portaria GM/MS n 529/2013): Núcleos de Segurança do Paciente, Planos de Segurança do Paciente e Protocolos de Segurança do Paciente)		5
Implantar a política de Humanização	YY	5
Total		65

Gestão

Indicador	Meta 2014	Pontuação
Manter as comissões regulamentares em pleno funcionamento	YY	5
Tempo estabelecido para: a) agendar o paciente para o procedimento solicitado; b) realizar o procedimento realizado	a)48 hs b) 30 dias	10
% de pacientes regulados pela central estadual de regulação	100%	20
Total		35

6) DEFINIÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS E FONTES DE RECURSOS ENVOLVIDAS NA CONTRATUALIZAÇÃO

Programação Orçamentária		
	Mensal R\$	Anual R\$
Alta Complexidade		
Produção de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar		
Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)		
Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)		
INTEGRASUS		
FIDEPS		
Incentivo financeiro 100% SUS Portaria nº 929/GM/MS de 10 de maio de 2012.		
Programa de Reestruturação dos Hospitais Federais - REHUF		

Recursos Financeiros de fonte Municipal (citar objeto ou programa)		
Recursos Financeiros de fonte do Estadual ou Distrito Federal (citar objeto ou programa)		
Incentivo Redes Temáticas de Atenção à Saúde (citar rede)		
Outras fontes de Recursos Financeiros (citar a fonte)		
Subtotal		
Procedimentos FAEC		
Total		