

Of.CMB. 037/15

Brasília (DF), 02 de julho de 2015.

A Sua Senhoria o Senhor
ARTHUR CHIORO
Ministro de Estado da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília - DF

Excelentíssimo Senhor Ministro,

Temos acompanhado com muita atenção, e preocupação, as manifestações de Vossa Excelência em entrevistas à imprensa e em audiências na Câmara dos Deputados, assim como as notas oficiais emitidas pelo Ministério da Saúde à imprensa, destacando benefícios concedidos aos hospitais filantrópicos que prestam serviços ao SUS, ressaltando o fim da Tabela de Procedimentos como base para a remuneração desses serviços e enfatizando a adoção da contratualização como preponderante. Contudo, gostaríamos de questioná-lo sobre a origem e consistência dessas informações, pois, na nossa modesta opinião, há um grande equívoco e elas não procedem.

Em decorrência dessas posturas, temos sido insistentemente inquiridos pela imprensa para nos manifestarmos sobre os impactos do fim da Tabela e implantação da contratualização na saúde econômico-financeira das santas casas e hospitais sem fins lucrativos que atuam no SUS. Mas, para não gerar situação de constrangimento junto ao Ministério da Saúde, ou mesmo ser nossa manifestação interpretada como tentativa de se estabelecer “confronto”, temos, por todas as formas, evitado atender os apelos da imprensa.

Também não poderia ser diferente a intensidade das pressões que estamos sofrendo da maior parte dos dirigentes do segmento hospitalar filantrópico, que cobram respostas da CMB aos pronunciamentos referidos.

No Simpósio Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados, Vossa Excelência afirmou que o modelo de pagamento pela Tabela SUS está sendo “desconstruído”, enfatizando que “Quando se fala de Tabela, esquece-se a contratualização”.

A propósito desses dois assuntos, intimamente interligados, — Tabela SUS e Contratualização — é nosso desejo esclarecer que, dos hospitais filantrópicos que prestam serviços ao SUS, segundo nota desse ministério à imprensa, apenas “762 unidades em 604 cidades de 23 estados, incluindo 19 capitais recebem este Incentivo de Apoio à Contratualização (IAC)”. Isto representa cerca de um terço dos estabelecimentos hospitalares existente, sendo que os demais continuam recebendo por produção e **remunerados pela tabela pura** (sem qualquer incentivo). O mesmo ocorre em relação aos demais prestadores privados e a maioria dos públicos.

Ora, se “**a Tabela de Procedimentos está sendo desconstruída**”, qual outro modelo de remuneração está sendo (ou será) praticado para a remuneração dos serviços prestados por esses hospitais? Até o presente momento, sempre que interpelamos membros das equipes técnicas do Ministério há nítida fuga desse debate e jamais conseguimos uma resposta para esse questionamento.

Outro aspecto, muito importante, que Vossa Excelência evita abordar ou demonstra desconhecer em suas manifestações é que os valores contratualizados foram obtidos pela série histórica da produção e faturamento dos hospitais nos 12 meses anteriores à contratualização, sendo, portanto, **produto da Tabela pura**. A eles foram agregados apenas o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), calculado sobre os valores da produção de serviços de média complexidade, e que apresentam a maior defasagem entre o custo de produção e a remuneração pela Tabela de Procedimentos do SUS. Não se conhece nenhum caso de contratualização em que o gestor do SUS (inclua-se aí o federal) tenha concordado em aportar recurso adicional para cobrir a defasagem dos valores, mesmo diante de consistentes demonstrações de apuração dos custos incorridos. Caracterizada está a **prática da tabela pura**. Assim, as únicas inovações da contratualização foram: a formalização de documento jurídico, regulando a prestação dos serviços; a concessão do IAC; e a imposição de enorme quantidade de novas responsabilidades aos hospitais, pela imposição de metas qualitativas, aumentando significativamente os seus custos.

Os técnicos da CMB, em reuniões com as equipes do Ministério da Saúde, sempre insistiram na premente necessidade de se corrigir as distorções dos valores de remuneração, permitindo uma contratualização mais próxima dos custos incorridos na produção dos serviços. Isto nunca avançou sob a alegação de falta de recursos orçamentários e, principalmente, pela constante troca de ministros e suas equipes, impondo descontinuidade de todo o trabalho realizado.

Há que se destacar, ainda, o fato de incontável número de gestores dos SUS estar, ao longo desses anos de contratualização, a exigir contrapartida em produção de serviços para justificar o repasse dos recursos, **descaracterizando a contratualização** e em total desacordo com essa política adotada pelo Ministério.

Pior, outros vêm sistematicamente retendo os valores do IAC e não os repassam aos hospitais beneficiados por portaria do gestor nacional, incorrendo em crime de apropriação indébita previsto no Código Civil Brasileiro. Pode se dizer que há um “calote” institucionalizado e nada se fala sobre ele. Todos esses fatos já foram comunicados por diversas vezes ao Ministério da Saúde e amplamente discutido com seus técnicos e diretores, sem qualquer correção de rumo.

Os instrumentos jurídicos assinados entre as partes são imperfeitos e impróprios porque não permitem cláusulas de reajuste e de prazo de pagamentos, o que gera frequentes e expressivos atrasos nos repasses dos recursos avençados, mesmo quando há repasses regulares realizados pelo Fundo Nacional de Saúde. O próprio ministério tem atrasado repasses referentes a vários serviços que lhe são prestados (TRS, Faec e outros) e isto provoca total desequilíbrio no fluxo de caixa das instituições, ocasionando-lhes sérias e graves complicações nos compromissos com funcionários, fornecedores, tributos e outros.

Não menos grave para o equilíbrio econômico-financeiro do contrato tem sido a grande mudança no perfil de complexidade dos procedimentos atendidos pelos hospitais contratualizados. Gestores estaduais e municipais, valendo-se das centrais de regulação – reconhecidamente necessárias –, deixaram de encaminhar os casos de média complexidade, normalmente atendidos no período que antecedeu a contratualização, passando a encaminhar apenas aqueles de maior complexidade e custo, aumentando o desequilíbrio entre a remuneração e o que se gasta para prestar os serviços. Como já dito anteriormente, a base da contratualização está ancorada na produção dos 12 meses anteriores, e a mudança no perfil da assistência **a descaracteriza totalmente**, gerando desequilíbrio econômico e financeiro muito além da situação anterior. Isto está inviabilizando completamente as instituições que acreditaram na contratualização como solução dos seus problemas.

Por falar em desequilíbrio econômico-financeiro, é altamente desejável que o Ministério da Saúde venha a público explicar porque nestes 27 anos de existência do Sistema Único de Saúde **jamais cumpriu o mandamento legal** expresso no artigo 26 da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que lhe impõe, na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração dos serviços contratados complementarmente, fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. Enquanto isto não for cumprido, **não se terá um sistema de remuneração legal, adequado e justo**.

Ainda sobre a contratualização, estamos vivenciando situação anômala, senão vejamos. O Ministério da Saúde publicou as portarias números 3.390 e 3.410, ambas de 2013. A primeira institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e a segunda um novo modelo de contratualização, a ser implantado,

obrigatoriamente, em consonância com a PNHOSP. Já a Portaria GM/MS nº 142, de 2014, instituiu o Incentivo à Gestão Hospitalar (IGH), que irá substituir o IAC. Através deste mesmo normativo o Ministério impôs o prazo de até 31.12.2014 para os gestores estaduais e municipais recontratar todos os prestadores, sob pena de suspensão do IAC. Nenhuma ação foi realizada nesse sentido, implicando, após denúncia da CMB, na decisão do ministério de prorrogar esse prazo por mais 365 dias (Portaria GM/MS nº 2.839, de 2014). Decorridos já outros seis meses, tudo continua indefinido e os gestores procurados pelos prestadores para iniciar as negociações têm, sistematicamente, se colocado contrários à contratualização e, ao que se sabe, nenhum contrato foi assinado.

Na avaliação da CMB, **a contratualização fracassou completamente** e só tem produzido resultados negativos como os até aqui citados. Não há mais prazo material para que todos os prestadores sejam recontratualizados e uma nova prorrogação desse prazo só vai desmoralizar ainda mais o processo.

Orientados por nós, os prestadores filantrópicos, deverão ingressar na Justiça visando garantir: o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos, nos termos da legislação já existente; cláusulas que permitam a possibilidade de reposição da inflação e dos reajustes autorizados pelo Governo (medicamentos, energia elétrica, e de outros insumos com impacto direto na prestação dos serviços), bem como dos dissídios coletivos no reajuste dos salários dos trabalhadores da área de saúde, sempre ancorados na inflação oficial controlada pelo mesmo governo; e, os aumento de custos provocados pelas decisões da ANVISA em regulamentar áreas que afetam a atividade hospitalar.

Por falta de informação suficiente na sociedade e até mesmo em razão da carência de capacidade de análise por larga parcela da população assistida pelas santas casas e hospitais filantrópicos, os fatos e as notícias que são veiculadas, levam ao entendimento primário de que são hospitais públicos ou até defendem as autoridades do setor de saúde quando estas, habilmente, informam sobre repasses de dinheiro, doações, etc, em valores que para o cidadão comum não são pequenos. Deveriam informar, isto sim, que estão comprando serviços particulares porque não dispõem de estruturas públicas suficientes para atender a demanda da população em sua universalidade e integralidade. Com raras exceções, as autoridades públicas do setor saúde sabem que o setor filantrópico faz muito mais com muito menos dinheiro, quando comparado aos gastos gerados pelas instituições públicas que prestam assistência aos usuários do SUS.

Na argumentação utilizada nos meios de comunicação o Governo sempre nos coloca como maus gestores, embora os pagamentos pelos serviços que lhes são prestados sejam insuficientes para cobrir, minimamente, os custos. Apesar de todos os esforços somos demandados a atender mais, a obter maiores resultados, quando

na verdade os hospitais filantrópicos, comunitários, são a mais legítima expressão humanitária da sociedade civil organizada e do voluntariado, atendem parcela expressiva da demanda do SUS como parceiros que são do Poder Público, mas não raro colocados como vilões perante a opinião pública.

Todavia, o tempo do silêncio consentido acabou!

Iniciamos um Movimento Nacional para bem informar a população sobre tudo o que vem acontecendo na saúde pública, denunciar, colher sugestões, fazer encaminhamentos que nos absolva da condenação injusta perante a opinião pública. E que nos permita a continuar parceiros do Poder Público em sua incapacidade de realizar diretamente a atenção hospitalar aos cidadãos. Mas, sob contratos idôneos, na forma da lei, com cláusula de equilíbrio econômico e financeiro; sob valores justos para possibilitar que consigamos pagar bem e em dia os nossos colaboradores, para que se sintam dignos da profissão que abraçaram e para continuarem a prestar serviços de saúde dignos à população. Para que o patrimônio construído com tanto sacrifício, às vezes de várias gerações de uma comunidade inteira, não seja perdido no cofinanciamento da saúde pública, que não é do seu dever. Que o Poder Público escolha priorizar os investimentos na saúde como tem sido a promessa de sucessivas campanhas eleitorais. E se nos escolher como parceiros, que haja lealdade de parte a parte.

A nossa intenção não é de confronto. É de clamor por Justiça por equidade com o que gasta o poder público quando presta assistência diretamente em seus estabelecimentos.

Pode soar um tanto óbvio, mas para manter serviço de saúde de qualidade, toda Instituição tem que investir em prédios adequados, em equipamentos de bom nível tecnológico, em bons profissionais e mantê-los atualizados, em medicamentos de última geração, e isto custa dinheiro!

É fato que muitas vezes o Poder Público investe como parceiro, em prédios e equipamentos, mas mesmo nesses casos a parte operacional fica totalmente por conta dos hospitais filantrópicos. E o custeio da operação pode custar em curto período mais do que o investimento inicial.

Queremos dizer para a população o quanto somos importantes na vida da comunidade. Dizer que se não houver um reposicionamento do Poder Público nós não conseguiremos realizar o atendimento que ela merece. Precisamos do Poder Público de uma solução para quitar o endividamento decorrente exclusivamente do quanto gastamos na assistência hospitalar. Não podemos trabalhar com déficits mensais porque não somos arrecadadores de impostos e não dispomos de meios para gerar o

recurso faltante, já que nossa capacidade de internações está praticamente toda ela comprometida com o SUS.

Se não houver uma boa solução na relação contratual com o Poder Público, precisaremos encontrar formas de suprir a falta do dinheiro público, que comprovadamente não paga os custos atuais, para continuarmos atendendo com qualidade e em quantidade a demanda da saúde. Esta discussão estaremos fazendo com as lideranças de nossas comunidades em todos os municípios onde há hospital filantrópico, quando não diretamente com os diferentes setores da sociedade.

Temos perdido tempo e energia em negociações com os Poderes Públicos. O Ministério da Saúde emitiu uma nota ao G1, divulgada pela Globo em 29 de junho de 2015, informando, entre outras, que “Entre as ações adotadas pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento das Santas Casas e unidades filantrópicas destacam-se: as Santas Casas e unidades filantrópicas que atendem 100% SUS passaram a receber adicional de 20% no total pago pelos procedimentos realizados desde 2012”; “Esses recursos somam-se ainda aos valores adicionais repassados por meio da adesão aos programas federais estratégicos, como SOS Emergências e Rede Cegonha, visando à qualificação dos serviços”. Isto, de fato, corresponde à verdade, entretanto, inúmeros hospitais que se prepararam e solicitaram adesão a essas redes, por meses ou anos esperam uma solução.

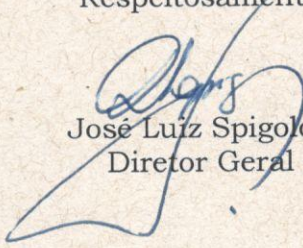
Na mesma nota diz que “Outra iniciativa é o Programa de Fortalecimento das Santas Casas (PROSUS), criado em 2013, que prevê a quitação dos débitos tributários em um prazo máximo de 15 anos. Em contrapartida, os hospitais devem ampliar o atendimento de pacientes do SUS. Ao todo, 265 instituições enviaram propostas ao Ministério da Saúde para participar do programa e, até o momento, 256 já tiveram o pedido autorizado”. Reconhecemos o grande esforço que foi colocado nessa ação, mas desde a criação em 2013 o ministério não conseguiu analisar e liberar os processos de adesão de um único caso das 265 instituições por ele mencionadas. Há casos graves em que instituições desistiram de ações na Justiça contra o que consideravam cobranças exageradas ou não justificadas por parte do fisco federal, como também desistiram de parcelamentos que vinham pagando para poder se habilitarem à moratória e, agora, correm o risco de ver todo o programa frustrado e sua situação financeira seriamente comprometida.

Por fim, a nota lembra que “Há ainda o Programa BNDES-Saúde que prevê a modernização das unidades e renegociação de dívidas com fornecedores”. É verdade, esse programa existe, mas o BNDES e seus agentes financeiros têm tudo feito para que não se concretize. O acesso à linha passou a ser “joia rara”. Nesse sentido, reafirmamos que as instituições filantrópicas precisam, emergencialmente, de recursos vitais para o custeio do que hoje realizam, na ordem de R\$ 10 bilhões/ano, simplesmente para cobrir o déficit hoje existente e não aumentar ainda mais suas dívidas.

Portanto, Senhor Ministro, reafirmando o respeito que sempre dedicamos à Vossa Excelência, gostaríamos de que todas essas questões fossem devidamente analisadas e, finalmente, esclarecidas ao cidadão usuário do SUS, via imprensa em geral, evitando-se qualquer interpretação equivocada e embate ou confronto com os gestores SUS, caso tenhamos que convocar uma coletiva de imprensa para explicar porque a CMB entende que a Tabela de Procedimentos do SUS continua sendo praticada na sua integralidade; que os incentivos adotados pelo Ministério da Saúde o foram exclusivamente pelo único interesse deste em estimular os prestadores de serviços a aderirem às políticas de redes prioritárias como Cegonha, Urgência e Emergência, entre outras, e, no caso do IAC, estimula-los a formalizar a prestação de serviços em instrumentos jurídicos (contratualização), visto que isto não ocorria com praticamente nenhum prestador. Enfim, esclarecer que o conjunto de medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento de Hospitais Filantrópicos e Santas Casas têm sido inócuas, e, apesar da boa vontade e atenção do ministério com o setor filantrópico, nada de positivo têm produzido.

Por fim, reafirmar que a nossa intenção é a de alinhar o discurso, para que não fique a impressão de que estamos confrontando ou questionando as palavras de Vossa Excelência.

Respeitosamente



José Luiz Spigolon
Diretor Geral

c/c Secretária de Atenção à Saúde

Maior rede hospitalar do Brasil