

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Marisa Madureira

**EVOLUÇÃO CONTRATUAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS SOB GESTÃO DA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Belo Horizonte
2020

Marisa Madureira

**EVOLUÇÃO CONTRATUAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS SOB GESTÃO DA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Viegas Andrade

Belo Horizonte
2020

M183e **Madureira, Marisa.**
Evolução contratual dos hospitais privados sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais [manuscrito]. / Marisa Madureira. - - Belo Horizonte: 2020. 62f.: il.

Orientador (a): Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha.
Coorientador (a): Mônica Viegas Andrade.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Parcerias Público-Privadas. 3. Contratos. 4. Hospitais Privados. 5. Serviços de Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Noronha, Kenya Valeria Micaela de Souza. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 27

ATA DE NÚMERO 29 (VINTE E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA MARISA MADUREIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de abril de dois mil e vinte, às 10:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação “EVOLUÇÃO CONTRATUAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS SOB GESTÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS”, da aluna **Marisa Madureira**, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa “Política, Planejamento e Avaliação em Saúde”. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes doutores: Professora Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha, Professora Mônica Viegas Andrade, Professora Márcia Mascarenhas Alemão e Laura Monteiro de Castro Moreira, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADO;

() APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

() REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 28 de abril de 2020.

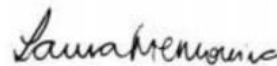
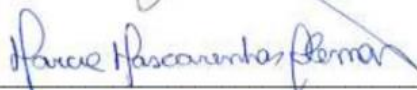
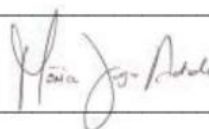
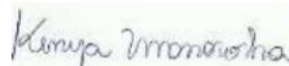
Profª. Drª. Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha
Orientadora (UFMG)

Profª. Drª. Mônica Viegas Andrade
Membro Titular (UFMG)

Drª. Márcia Mascarenhas Alemão
Membro Titular (UFMG)

Drª. Laura Monteiro de Castro Moreira
Membro Titular (SSEM)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus amados pais:
Antônio Madureira e Maria Verônica Madureira.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela força e coragem durante toda esta caminhada.

Aos meus irmãos, por não permitirem que o desânimo me dominasse nos momentos difíceis.

Aos colegas da Secretaria Estadual de Saúde, em especial as *reguletes*, por sempre me incentivarem na busca por conhecimentos.

Às minhas orientadoras, Kenya e Mônica, que, com paciência e sabedoria na orientação, tornaram possível a conclusão deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: O *mix* público-privado é um formato cada vez mais presente nos sistemas de saúde de diversos países. É consenso na literatura a importância da participação do setor privado no SUS. Essa participação deveria acontecer mediante o estabelecimento de instrumentos contratuais, mas a prevalência da informalidade nas relações entre os gestores públicos e as instituições privadas ainda é uma realidade em todo o país. Constata-se que não houve um desenvolvimento da capacidade de formalização contratual de serviços privados de saúde por parte do setor público. A fim de reduzir a informalidade na prestação de serviços de saúde e dar maior eficácia ao processo de contratação, o Ministério da Saúde recorreu a algumas estratégias, e nesse sentido, a Política para Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos foram as mais bem-sucedidas, resultando na contratualização de todos os hospitais vinculados aos programas. Porém, para além dos hospitais ligados a programas específicos, persistia o quadro de informalidade. Várias outras estratégias foram experimentadas até que culminou na publicação da Lei nº 1.3650/2018, que reafirma como ato de improbidade a transferência de recursos a entidades privadas sem a prévia da celebração do contrato, obrigando os estados e municípios a se organizarem para atenderem os preceitos legais. Além de garantir a legalidade dos repasses dos recursos financeiros, o contrato evidencia as obrigações e responsabilidades de cada uma das partes e se configura num importante mecanismo de gestão, controle e avaliação dos serviços contratados.

Objetivo: Visando contribuir, este trabalho se propõe a analisar a evolução contratual dos hospitais privados sob gestão da SES/MG com vistas a legitimar a relação do gestor público com os prestadores privados. **Método:** Para isso, apresenta a tipologia dos contratos existentes e estabelece uma comparação do desempenho do conjunto dos hospitais contratados com o dos hospitais sem contrato no que se refere ao volume de produção e à taxa de ocupação de leitos gerais e de leitos de UTI. **Resultados:** Resultados Como produto do estudo, tem-se ainda a organização dos dados coletados em um instrumento único de forma a disponibilizar informações de qualidade para orientar os gestores para uma contratação eficiente.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Parcerias Público-Privadas. Contratos. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The public-private partnerships is a format that is increasingly present in the health systems of several countries. There is a consensus in literature about the importance of private sector participation in BUHS (Brazilian Unified Health System). This participation should happen through the establishment of contractual instruments, but the informality in the relationship between public managers and private institutions is still a reality in Brazil. It notes that there was no development about contractual basis that formalize the public health sector's with private health services. In order to reduce informality in the provision of health services and make the process more effective, the Ministry of Health has resorted to some strategies, and in this sense the Policy for the Restructuring of Teaching Hospitals and the Philanthropic Hospitals Restructuring and Contracting Program were more successful, resulting in the contracting of all hospitals linked to the programs. However, hospitals linked to specific programs, the informality scenario persisted. Other strategies were tried until culminating in the publication of Law number 1.350 / 2018, which reaffirms as an act of improbity the transfer of resources to private entities without the prior conclusion of the contract, forcing states and cities to organize themselves to meet the legal precepts. In addition to ensuring the legality of transfers of financial resources, the contract shows the obligations and responsibilities of each of the parties and is an important mechanism for the management, control and evaluation of the contracted services. **Objective:** To analyze the contractual evolution of private hospitals under the management of the Secretariat Health State of Minas Gerais, legitimizing the relationship between the public manager and private providers. **Method:** It presents the typology of the existing contracts and establishes a comparison of the performance of the set of contracted hospitals with hospitals without a contract with regard to the volume of production and the occupancy rate of general beds in intensive care units. **Results:** Data collection in a single instrument in order to provide quality information to guide managers towards efficient hiring.

Keywords: Brazilian Unified Health System. Public-Private Sector Partnerships. Contracts. Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Planejamento das contratações dos serviços de saúde	24
Figura 2 – Principais legislações que buscaram normatizar a contratação dos prestadores privados de saúde	26
Figura 3 – Tipos de instrumentos contratuais previstos no SUS	28

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos municípios segundo tipo de gestão, por macrorregião de saúde - Minas Gerais	37
Gráfico 2 – Quantidade de hospitais por tipo de contrato no período de 2007 a 2018 - Minas Gerais	43
Gráfico 3 – Evolução contratual dos hospitais no período de 2007 a 2018 - Minas Gerais ..	46
Gráfico 4 – Taxa de ocupação dos leitos gerais dos hospitais com e sem contrato no período de 2008 a 2018 - Minas Gerais.....	51
Gráfico 5 – Taxa de ocupação de leitos de UTI dos hospitais com e sem contrato de 2008 a 2018 - Minas Gerais	52

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Distribuição espacial do Municípios de Minas Gerais segundo tipo de gestão - 2007 (A) e 2019 (B)	36
Mapa 2 – Distribuição espacial dos hospitais segundo tipo de vínculo contratual	45
Mapa 3 – Distribuição espacial dos hospitais com contrato e sem contrato - Minas Gerais - 2007 (A) e 2018 (B)	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis e descrição das variáveis contidas no banco de dados organizado sobre os contratos com hospitais privados do Estado de Minas Gerais sob gestão da SES/MG	34
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de municípios conforme porte populacional e existência de hospital, por tipo de gestão - Minas Gerais	38
Tabela 2 – Quantidade de hospitais por natureza jurídica, segundo tipo de gestão do Município - Minas Gerais	38
Tabela 3 – Distribuição dos hospitais privados, com e sem contrato, por macrorregião de saúde - Minas Gerais - 2019.....	40
Tabela 4 – Quantidade de hospitais contratados por ano com IAC e com regra contratual, no período de 2007 a 2018 - Minas Gerais	44
Tabela 5 – Porte dos hospitais segundo o número de leitos.....	47
Tabela 6 – Produção hospitalar dos 152 hospitais, no período de 2007 a 2018	49
Tabela 7 – Volume de diárias, total de leitos gerais e taxa de ocupação dos 152 hospitais - Minas Gerais	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
GM	Gabinete do Ministro
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IAC	Incentivo de Adesão à Contratualização
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MAC	Média e Alta Complexidade
MEC	MEC
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OS	Organização Social
PCEP	Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada Integrada
SCSS	Superintendência de Contratação de Serviços de Saúde
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIHD	Sistemas de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS
SISCOR	Sistema de Controle Operacional em Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral.....	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
3 CONTRATAÇÃO ASSISTENCIAL NO SUS.....	19
3.1 Normativas relacionadas à efetivação da contratação de serviços de saúde no SUS .	25
4 INSTRUMENTOS CONTRATUAIS	27
5 METODOLOGIA DE PESQUISA	30
5.1 Tipo de abordagem.....	30
5.2 Definição do universo de análise	30
5.3.1 <i>Levantamento e análise documental</i>	32
6 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	36
6.1 Caracterização do universo de análise	36
6.2 Tipologia dos contratos existentes entre a SES/MG e hospitais.....	40
6.3 Evolução da situação contratual dos prestadores hospitalares sob gestão do estado	45
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS	57

1 INTRODUÇÃO

Os prestadores privados assumem um papel relevante no Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação. Sua participação foi prevista na Constituição Federal de forma complementar, mas, na realidade, a implementação do SUS aconteceu tendo como base um sistema privado existente e financiados em grande parte pelo Estado brasileiro (BRASIL, 1988; PAIM *et al.*, 2011; CARVALHO, 2017). Essa participação do setor privado ocorre tanto no financiamento dos serviços (planos de saúde), como na oferta. Pouco mais de um quarto da população do Brasil tem acesso ao sistema de saúde privado, mas a cobertura se dá de forma discrepante nas diversas regiões do Brasil, chegando a 35% na região Sudeste, onde se tem a maior presença do setor privado, e pouco mais de 10% na região Norte, a menos favorecida em relação à cobertura de assistência privada (CARVALHO, 2017; BARBOSA; MALIK, 2015).

A participação desses prestadores no sistema público deveria acontecer mediante a formalização de instrumentos contratuais, e essa questão é central nos sistemas de saúde em todo o mundo. O estabelecimento de um vínculo formal entre o poder público e seus prestadores de serviços garante legalidade aos repasses financeiros e estabelece as obrigações das partes. Na saúde, os contratos são norteados pelas políticas nacionais e constituem importante mecanismo de gestão, controle e avaliação dos serviços prestados (BRASIL, 2009a; POMPEU, 2004; BRASIL, 2010a; DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

A relação público-privado no Brasil está condicionada à estrutura de organização do próprio SUS, uma vez que o setor privado oferta grande parte dos serviços do sistema público. O princípio da descentralização transfere a estados e municípios diversas responsabilidades sanitárias e financeiras delegando a estes a contratação de entes privados para a prestação de serviços para o SUS (VIANA *et al.*, 2002; POMPEU, 2004). O arcabouço institucional do SUS prevê dois modelos possíveis de habilitações para os municípios: gestão plena da atenção básica, na qual cabe ao estado assumir a gestão dos prestadores de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, e, dessa forma, acumular as responsabilidades de coordenador do sistema no seu território, condutor do processo de regionalização, compartícipe do financiamento e executor dos recursos transferidos pela União; e, o segundo modelo de gestão plena do sistema municipal, em que o município assume a responsabilidade de todos os serviços prestados em seu território, sendo os recursos transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (MOREIRA; FERRE; ANDRADE, 2017).

No estado, diversos instrumentos já estão definidos e normatizados para implementação da organização dos serviços que inclui a contratação dos prestadores privados. Ferramentas de planejamento como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada Integral (PPI) têm sido determinantes no processo de contratação (POMPEU, 2004; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006a). O PDR define a base territorial de planejamento da atenção à saúde, considerando as características econômicas, epidemiológicas, demográficas, geográficas e a oferta de serviços da região, e, por meio da PPI, são construídos mecanismos intermunicipais que definem a organização dos fluxos assistenciais e da alocação dos recursos financeiros para garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde (CARVALHO, 2017). Ao organizarem os territórios e redes, o fluxo de pacientes e boa parte dos recursos financeiros do SUS, essas ferramentas delimitam a cobertura e valores financeiros da assistência de média e alta complexidade, orientando a contratação dos prestadores privados de forma complementar ao SUS.

Entretanto, esses instrumentos não são suficientes para garantir a formalização da relação entre os gestores estaduais e municipais e os prestadores privados sob sua responsabilidade. Segundo relatório elaborado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), em 2010, 89% dos prestadores privados brasileiros participavam em alguma medida do SUS. Contudo, somente 12,4% desses estabelecimentos possuíam contrato com seu gestor (BRASIL, 2010a). Em busca de reduzir a informalidade na prestação dos serviços pelos prestadores privados, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu ao longo dos últimos anos estratégias importantes para subsidiar os gestores, mas sem muito sucesso no volume de contratos formalizados (BRASIL, 2010a).

As disparidades observadas no território nacional também são observadas no nível de organização e formalização dos serviços do SUS. Além disso, falhas importantes no processo de planejamento bem como o financiamento insuficiente levaram a distorções importantes na contratação dos privados do SUS. Muitas vezes, o que se observa é a contratação orientada pela oferta dos serviços, não pela demanda real da população (ROMANO; SCATENA; KEHRING, 2015).

Considerando a importância do tema, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a estrutura de contratação dos prestadores hospitalares privados que estavam sob gestão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Foi realizado um estudo observacional descritivo da contratação dos hospitais privados que prestam serviços para o SUS em municípios sob a gestão do estado de Minas Gerais.

Para tanto, esta dissertação foi organizada em mais seis capítulos, além desta introdução. No capítulo dois, são apresentados os objetivos do trabalho. O terceiro capítulo aborda a importância da participação de prestadores privados nos sistemas de saúde no mundo, bem como o conceito de contratos no âmbito da saúde. Destaca ainda alguns dos principais fatores que interferem no processo de contratação no sistema de saúde brasileiro. O quarto capítulo apresenta os principais instrumentos contratuais do SUS. A metodologia da pesquisa foi detalhada no quinto capítulo. No sexto capítulo, os resultados encontrados são apresentados. Nesse sentido, vale destacar os tipos de contratos formalizados entre a SES/MG e os hospitais privados, bem com uma análise descritiva do perfil desses estabelecimentos e a evolução de sua situação contratual entre 2007 e 2018. O ano de início da pesquisa foi definido considerando a formalização dos primeiros contratos no estado no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, importante estratégia federal para estabelecer e fortalecer os contratos na gestão do SUS. Por fim, o sétimo capítulo apresenta as considerações finais.

Observou-se que o número de contratos formalizados no período avaliado cresceu de forma expressiva, em especial após a publicação da Lei nº 13.650, de 11 de abril de 2018, que reiterou a improbidade administrativa nos repasses de recursos da saúde sem contrato aos prestadores hospitalares privados (BRASIL, 2018). Alguns indicadores também sugerem que a existência de vínculo formal entre gestor e prestador pode favorecer o desempenho assistencial dos prestadores. Ainda que sejam dados iniciais, a pesquisa tem como principal mérito a sistematização de informações gerenciais que são de extrema importância para a SES/MG bem como apresentar a linha do tempo dos contratos assistenciais formalizados entre a instituição e seus prestadores hospitalares. Além disso, a revisão de literatura comprova a inexistência de muitos estudos nesse âmbito e, dessa forma, este trabalho procura contribuir com a discussão de aprimoramento da gestão do SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a estrutura de contratação dos prestadores hospitalares privados sob gestão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), no período de 2007 a 2018.

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar os tipos de contratos existentes entre a SES/MG e hospitais privados;
- Descrever o perfil dos hospitais em relação à existência do contrato formalizado;
- Analisar a evolução da situação contratual dos prestadores hospitalares sob gestão do estado, no período de 2007 a 2018.

3 CONTRATAÇÃO ASSISTENCIAL NO SUS

No sistema de saúde brasileiro, a prestação de serviços é constituída por uma variedade de organizações públicas e privadas. De acordo com Paim *et al.* (2011), o sistema brasileiro pode ser subdividido em três subsetores: o subsetor público, que é financiado com recursos público; o subsetor privado (com ou sem fins lucrativos), financiado com recursos públicos ou privados, e o subsetor de saúde suplementar, que abrange os diversos planos privados de saúde e as apólices de seguro. Apesar de distintos, os componentes público e privado estão interligados e, dependendo da capacidade de pagamento, as pessoas podem acessar todos os subsetores.

A formalização de um instrumento jurídico para a participação complementar de instituições privadas no SUS é imprescindível, devendo ser assegurada a preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Além de ser uma exigência legal para facultar o repasse de recursos públicos para o setor privado, o contrato é um instrumento fundamental para a gestão da prestação de serviços de saúde, uma vez que estabelece de forma clara as obrigações de cada uma das partes. Ademais, o processo de contratação é norteado pelas diretrizes das políticas de saúde do SUS e constitui uma importante ferramenta de regulação e avaliação dos resultados da prestação de serviços (POMPEU, 2004; BRASIL, 2010a).

A utilização do contrato como ferramenta de gestão é uma temática que ocupa agenda importante nas discussões, tanto nacional quanto internacional, do setor saúde. Diante de um modelo burocrático de administração pública que não mais atendia às expectativas político-econômicas da sociedade, a Nova Gestão Pública surgiu assegurando maior flexibilidade e transparência à administração pública. Frente a esse novo modelo de gestão, a contratação por resultados se destaca como uma estratégia na qualificação dos serviços públicos, oferecendo mecanismos de controle e avaliação que permitam melhor acompanhamento por parte do estado e da sociedade. A contratação por resultados pode ser apontada ainda como importante instrumento de controle interno, uma vez que consiste numa pactuação de indicadores e metas que devem ser constantemente avaliados e, se necessário, repactuados, exigindo um aperfeiçoamento contínuo do processo gerencial (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

A complementaridade da rede SUS pelo setor privado está prevista na Constituição brasileira (BRASIL, 1988). Todavia, faz-se necessário a comprovação da incapacidade de ampliação do atendimento na rede própria para contratação de serviços no setor privado

(BRASIL, 2013). A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, deixa claro sobre a competência do poder público sobre a elaboração de normas para regulamentação da relação do SUS com os serviços privados contratados (BRASIL, 1990a).

Na maioria dos países em que coexistem os sistemas de saúde público e privado, o sistema de saúde privado se desenvolveu após a organização do sistema público. Já no Brasil, a criação e implementação do SUS se constituiu sobre um sistema privado já estabelecido e financiado pelo Estado brasileiro. Mesmo após a implantação do SUS, a sustentabilidade de boa parte dos serviços privados provém de recursos público. em contrapartida, o SUS, da forma em que se encontra organizado, também não seria capaz de assegurar sua cobertura e oferta sem a contratação de prestadores privados (CARVALHO, 2017). Cerca de 50% do total dos leitos gerais ofertados no SUS são disponibilizados pelo setor privado, o que demonstras a grande dependência da participação do setor privado no SUS (BARBOSA; MAILIK, 2015). Machado *et al.* (2015) apontam que 59,4% dos hospitais registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) são privados, e que 63,3% dos leitos hospitalares se encontravam nos hospitais que atendem tanto o sistema público quanto o privado. Assim, verifica-se que grande parte dos prestadores de saúde do Brasil atuam nos dois setores: público e privado (CARVALHO, 2017).

Experiências internacionais deixam evidente a necessidade da participação privada na prestação de serviços de saúde, reforçando a importância do estabelecimento de vínculos seguros para conferir à Administração Pública eficiência na garantia do direito à saúde. A participação privada no SUS deve ocorrer por meio de mecanismos jurídicos que possibilitem o controle e a avaliação dos serviços prestados ao mesmo tempo em que conferem segurança jurídica e financeira aos prestadores privados contratados (MÂNICA, 2012).

A formalização contratual é um dos princípios do Direito Administrativo Brasileiro, e a sua ausência se configura em irregularidade e ilegalidade por parte do gestor (uma vez que dificulta a capacidade reguladora dos gestores do sistema público de saúde).

Mesmo diante da previsão legal que determina a formalização contratual, a maior parte dos estabelecimentos privados que prestam serviços ao SUS não tem qualquer instrumento jurídico que regularize a relação. Tal fato foi evidenciado no Relatório do TCU, editado em 2010. Ele revelou que do total de 44.194 estabelecimentos privados existentes no país, 89% prestavam algum tipo de serviço ao SUS; porém, apenas 12,4% possuíam contratos formalizados, constatando que o setor público não desenvolveu a capacidade de formalização contratual de serviços privados de saúde (POMPEU, 2004; BRASIL, 2010a).

A despeito da necessidade da contratação da prestação de serviços para regular as atividades privadas em prol do interesse público, a ausência da formalização entre os gestores é quase universal, e as indefinições no processo de contratação é um dos motivos para essa baixa contratação dos estabelecimentos particulares de saúde (POMPEU, 2004; ROMANO; SCATENA; KEHRING, 2015).

As normatizações acerca do processo de contratação são definidas no nível da relação intermunicipal ou entre estados e municípios e, portanto, não abarcam todas as especificidades da relação do gestor com o prestador, dada a complexidade da prestação de serviço de assistência à saúde.

Pompeu (2004) destaca dois aspectos que podem influenciar o processo de contratação no SUS: o primeiro deles é o processo de descentralização dos serviços de saúde. A descentralização é um dos princípios organizacionais do SUS em que os municípios assumem a responsabilidade pela assistência à saúde da sua população, contando com o apoio técnico e financeiro da União e dos estados. Mendes (2011) afirma que o processo de descentralização do sistema de saúde, observado em vários países, possui vantagens e desvantagens. Como principais vantagens, destaca a participação popular, o aumento da eficiência alocativa e uma maior adaptação às necessidades locais uma vez que o governo local passar a ter maior poder de decisão. Como fragilidades, o autor aponta a perda de escala e o clientelismo. No caso do Brasil, a descentralização incentivou a criação de municípios o que resultou em uma grande parcela de municípios sem escala populacional suficiente para ofertar serviços de atenção secundária e terciária.

A concretização da descentralização ainda é um grande desafio para o SUS, porque as dimensões territoriais e as barreiras geográficas, bem como os contrastes socioeconômicos e os vazios assistenciais, intensificam as desigualdades entre regiões e estados, e entre os municípios dos estados. Além disso, apesar da responsabilidade compartilhada da gestão estar prevista em lei, o que se observa é uma tendência de transferência de tarefas do nível central para os níveis locais de gestão. Isto pode ser constatado pelo grande volume de portarias publicadas pelo MS que afetam diretamente os demais níveis de governo (UGÁ *et al.*, 2003; POMPEU, 2004).

Em decorrência do processo de descentralização, as normas operacionais, editadas pelo MS a partir da Lei nº 8.080/1990, criaram espaços de negociação entre os níveis de governo, e propuseram algumas habilitações para que os municípios assumissem gradativamente a gestão da saúde em seu território (BRASIL, 1990a). A municipalização é o processo pelo qual se

estabelece pleno exercício do poder municipal da função de gestor da atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2004).

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 01/96) foi a que mais contribuiu para expansão da municipalização, estabelecendo dois modelos possíveis de habilitações para os municípios: a Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Os municípios habilitados na GPAB assumiam a responsabilidade pela atenção básica, ficando a cargo do estado a gestão dos serviços ambulatoriais e hospitalares presentes naquele território, já os municípios habilitados na GPSM assumiam a responsabilidade de todos os serviços prestados em seu território, inclusive os serviços de referência para outros municípios (BRASIL, 1996; UGÁ *et al.* 2003).

Norteados pela NOB 01/96 o processo de municipalização se expandiu consideravelmente e, até o início do ano 2000 aproximadamente 4.950 municípios, dos 5.570 municípios brasileiros, se encontravam habilitados na GPAB e 564 na GPSM (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007; UGÁ *et al.*, 2003).

A descentralização teve consequências diretas na rede de serviços de saúde. Observou-se na década de 1990 um aumento significativo da participação da rede municipal no total de estabelecimentos hospitalares no Brasil, e a responsabilidade pela contratação da rede privada passou também a ser das instâncias subnacionais (VIANA *et al.*, 2002).

Porém, historicamente observamos que a tarefa de contratação da rede privada não foi devidamente desenvolvida pelos gestores municipais. Até 1993 o pagamento dos prestadores privados de saúde era concentrado no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Com a extinção do INAMPS, por meio da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, suas atribuições foram transferidas para os gestores do SUS nos âmbitos federal, estadual e municipal, em conformidade com as competências já estabelecidas nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990 (BRASIL 1990a, 1990b, 1993a).

A princípio, o MS tomou para si a responsabilidade pelo pagamento dos prestadores privados. Com a publicação da Portaria nº 1.286, em 26 de outubro de 1993, ficou definido que caberia aos estados e municípios a responsabilidade pela contratação dos prestadores em seus territórios. Todavia, a portaria não conseguiu o alcance almejado e, apesar da ameaça de suspensão, o MS continuou efetuando os pagamentos aos prestadores sem a exigência de um vínculo formal, perpetuando a situação de não formalização contratual entre o setor público e os serviços privados vinculados ao SUS (POMPEU, 2004).

Outro aspecto destacado por Pompeu (2004) para a compreensão do processo de contratação de serviços de saúde é o planejamento. O planejamento é um instrumento estratégico de gestão, do qual cada esfera de governo deve se valer para observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o SUS (BRASIL, 2009a).

O planejamento em saúde, associado à territorialização, visa construir sistemas funcionais orientados por prioridades e capazes de garantir o acesso universal, equitativo e integral através da alocação eficiente de recursos. Nesse contexto, o processo de planejamento não se restringe ao papel de política pública para ampliação da eficiência dos serviços públicos. O planejamento passa a compor um processo de ações constantes por meio das quais são elaboradas as funções gerenciais como controle, programação, organização, implantação, execução, monitoramento, regulação e avaliação (TEIXEIRA; OUVENEY, 2007).

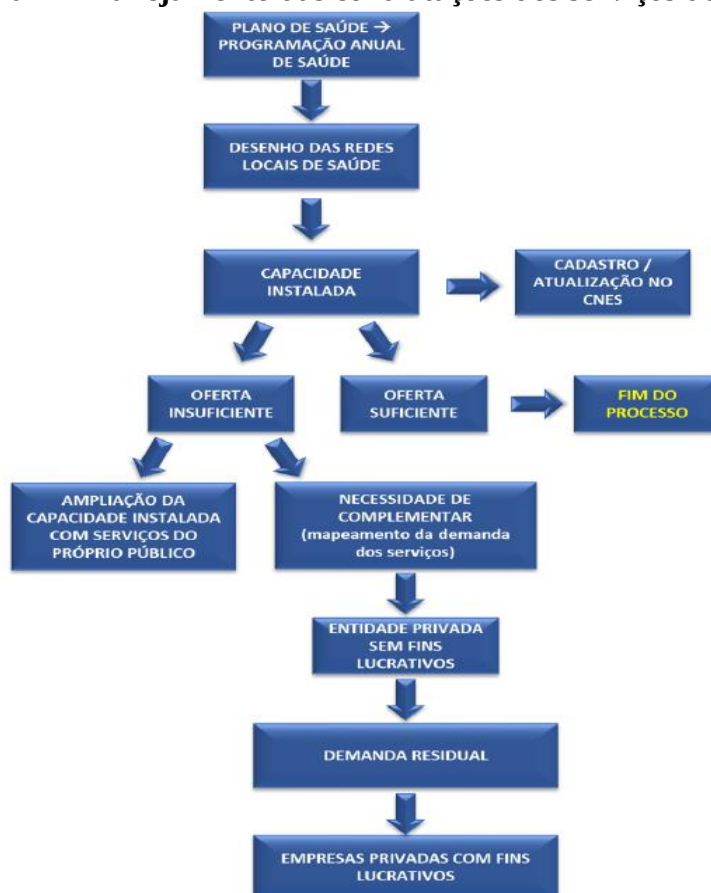
Nesse sentido, o SUS institui o PDR e a PPI como instrumentos para organização da assistência nos territórios. O PDR foi introduzido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS 01/2001) e se configura como um instrumento de conformação de sistemas funcionais e resolutivos por meio da organização dos territórios; da conformação de redes hierarquizadas de serviços, do estabelecimento de mecanismos de fluxos de referências e contra referências (BRASIL, 2002). A PPI surgiu com a NOB 01/96 e se configura numa ferramenta por meio da qual, a partir da programação dos recursos federais destinados ao custeio e incentivo das ações e serviços de média e alta complexidade (TETO MAC), são estabelecidos os fluxos assistenciais de acordo com a oferta de serviços nos territórios. Os recursos federais MAC são transferidos mensalmente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a PPI publicada em ato normativo específico (BRASIL, 2006b).

Através dos recursos programados na PPI, os municípios com menor capacidade instalada referenciam seus munícipes para serem atendidos nos municípios com maior capacidade de oferta e/ou complexidade. Os municípios de origem (residência do cidadão) têm discricionariedade de reavaliar e repactuar os recursos a ele destinados com outros municípios que apresentem capacidade instalada para o atendimento das suas necessidades em saúde. Este processo se configura no remanejamento de PPI. A repactuação relativa a estas referências resulta na transferência dos recursos do teto MAC da assistência de um município para o outro, definindo o teto financeiro de cada município (MINAS; MADUREIRA; GONÇALVES, 2014). Apesar das restrições orçamentárias e das dificuldades para se definir e/ou priorizar as necessidades de serviços de saúde, os recursos programados na PPI apontam a necessidade de

contratação dos serviços, considerando a prestação de serviços para a população própria e a adscrita, conforme o PDR (MATOS; POMPEU, 2003).

A contratação dos serviços para execução do TETO MAC, e consequentemente o pagamento aos prestadores, é realizada pelo nível de governo responsável por sua gestão, conforme previsto na NOB 01/96. Os contratos com a rede privada são realizados no intuito de contribuir para a redução das lacunas assistenciais existentes e para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados. Dessa forma, para contratação do setor privado o gestor de saúde deve identificar as principais necessidades de saúde, através do diagnóstico situacional da região, a análise da demanda reprimida e dos indicadores de produção. Porém, na prática, o processo de contratação no âmbito do SUS deve se ater aos parâmetros de cobertura assistencial expressos na PPI, e, consequentemente, aos seus recursos financeiros que são limitados e se encontram abaixo das necessidades de saúde da população. Assim, possivelmente, é a oferta, e não a necessidade, que induz a contratação dos serviços privados de saúde (BRASIL, 2006a, 2010a; ROMANO; SCATENA; KEHRING, 2015). A Figura 1 sistematiza o planejamento das contratações dos serviços de saúde:

Figura 1 – Planejamento das contratações dos serviços de saúde



Fonte: Adaptado de Brasil (2016a).

3.1 Normativas relacionadas à efetivação da contratação de serviços de saúde no SUS

Como demonstrado, a contratação de serviços no âmbito da saúde pública tem se mostrado uma atividade relativamente complexa, haja vista as experiências das diversas instâncias de gestão do SUS (BRASIL, 2010a).

Pompeu (2004) destaca que diversos são os obstáculos para formalização contratual no SUS, dentre os quais se sobressaem a dificuldade de se definir a necessidade em saúde, o financiamento inadequado, a resistência do setor privado em se submeter ao cumprimento dos compromissos estabelecidos em um contrato, e a inadimplência dos prestadores frente às exigências legais estabelecidas na Lei nº 8.666/1993 (BRASIL, 1993a).

Ao longo dos anos de implantação do SUS não houve um desenvolvimento da capacidade de formalização contratual de serviços privados de saúde por parte do setor público. Todavia, há uma dependência do setor público aos serviços dos prestadores privados. Decorrente disso, a compra de serviços de saúde no Brasil se dá de maneira acrítica, não planejada, não avaliada e distorcida. Compra-se o que o prestador oferece, em detrimento de serviços que condizem com as reais necessidades da população, acarretando uma compra de serviços sem o arcabouço legal, baseado na informalidade. Quando o prestador privado de saúde recebe recursos públicos durante anos como pagamento aos serviços prestados, há um contrato regendo essa relação, ainda que tácito. Essa relação contratual incipiente não é desprovida de motivos e podem ser influenciadas, inclusive, pelos interesses dos próprios prestadores privados, o que se configura numa ilegalidade (MATOS; POMPEU, 2003).

A fim de reduzir a informalidade na prestação de serviços de saúde e garantir maior eficácia ao processo de contratação, o MS vem desenvolvendo algumas estratégias para subsidiar os gestores.

Logo após a extinção do INAMPS, foi publicada a Portaria nº 1.286, em outubro de 1993, que trazia orientações para a contratação de serviços de saúde, e fixava um prazo de 180 dias, a contar da data de sua publicação, para que os estados e municípios celebrassem contratos com todos os prestadores privados que, até então, prestavam serviços para o INAMPS (BRASIL, 1993b). Porém, poucos gestores implementaram a portaria.

Em 2004, o MS, em parceria com o Ministério da Educação (MEC), instituiu uma Política para Reestruturação dos Hospitais de Ensino, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.006, de 27 de maio de 2004, e posteriormente estabeleceu incentivos à contratualização desses hospitais, através da Portaria nº 2.352, de 26 de outubro de 2004. Em

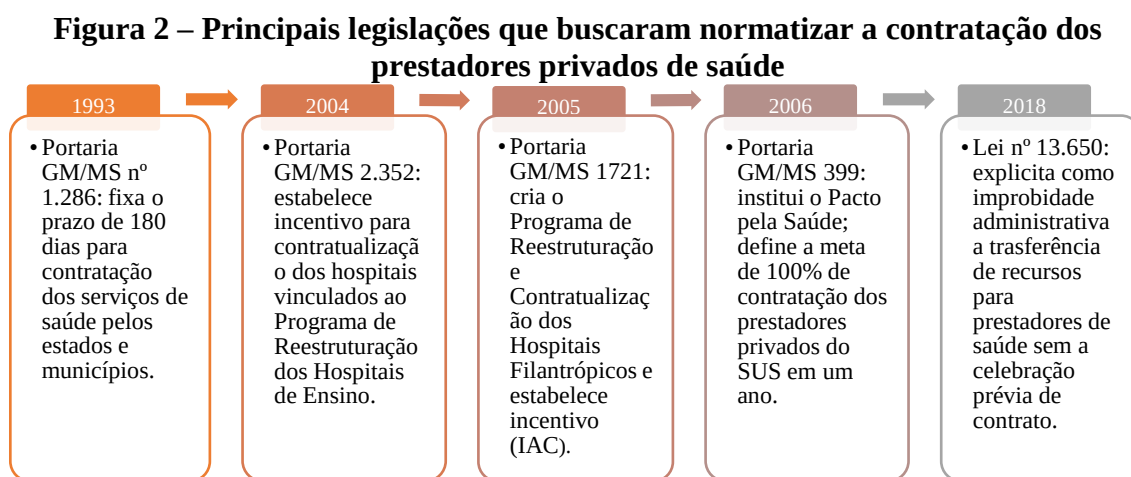
2005, seguindo a mesma lógica, o MS publicou a Portaria nº 1.721, criando o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, com a previsão do incentivo financeiro à contratualização (LIMA; RIVERA, 2012; BRASIL, 2004, 2005a).

Os dados do MS apontam que os programas deram bons resultados e, em fevereiro de 2010, a maioria dos hospitais participantes de programas específicos de reestruturação e contratualização da assistência hospitalar no âmbito do SUS já se encontravam devidamente contratualizados (BRASIL, 2010a).

Porém, para além dos hospitais atrelados a programas específicos, o quadro de informalidade na relação com os demais prestadores privados persistia e, em 2006, através da Portaria nº 399, o MS divulgou o Pacto pela Saúde, com o objetivo de superar algumas das dificuldades apresentadas pelo SUS. O Pacto pela Saúde foi constituído em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Uma das prioridades explicitada no Pacto de Gestão era a contratação dos serviços privados de saúde vinculados ao SUS, e a meta proposta era a contratação de 100% dos prestadores privados da rede SUS no prazo de um ano (BRASIL, 2006a).

Todavia, a proposta do Pacto de Gestão se configurou em mais uma tentativa sem grandes avanços. Dessa forma, os entraves contratuais resultaram em novo ato normativo e, em 11 de abril de 2018, foi publicada a Lei nº 13.650, que reafirmou como ato improbidade administrativa a transferência de recursos a entidades privadas sem prévia celebração do contrato, ainda que em razão da prestação de serviços na área de saúde. Assim, os estados e municípios se viram obrigados a se adequar a normativa posta (BRASIL, 2018).

A Figura 2 apresenta uma linha do tempo destacando as principais legislações que tentaram de alguma forma induzir a contratação dos prestadores privados de saúde.



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Brasil (1993b, 2004, 2005b, 2006a, 2018).

4 INSTRUMENTOS CONTRATUAIS

O contrato é um instrumento jurídico que formaliza o acordo firmado entre as partes interessadas. Os contratos da administração dizem respeito aos compromissos firmados entre a Administração Pública e terceiros, tendo como objeto uma atividade de interesse público (CARVALHO FILHO, 2015).

Os instrumentos, princípios e formas que regem a contratação de serviços públicos estão tipificados na Lei nº 8.666/1993 (BRASIL, 1993a). Para a contratação de serviços de saúde no âmbito SUS devem ser observados para além dos seus princípios e diretrizes, a necessidade de ampliação da oferta de serviços, os parâmetros assistenciais e os recursos financeiros disponíveis para contratação do objeto. Com essa finalidade, as portarias ministeriais ditam os regramentos específicos.

Entre as normativas mais recentes, destacam-se as Portarias nº 3.410/2013 e nº 2.567/2016. A primeira estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), enquanto a segunda dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS. Ambas normativas são reafirmadas, respectivamente, pelas Portarias de Consolidação nº 2 e 3 de 2017 (BRASIL, 2013, 2014, 2016a, 2017a, 2017b).

A celebração de vínculos formais entre gestores e prestadores de serviços de saúde, além de garantir a legalidade dos repasses dos recursos financeiros, estabelece o compromisso entre as partes, através da pactuação de metas. O contrato deve ser entendido como importante mecanismo de gestão, controle e avaliação dos serviços contratados, conforme institui a Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2009b).

O Manual de Orientação para Contratação de Serviços de Saúde, editado pelo MS em 2016, traz o contrato administrativo, o convênio, o contrato de gestão e o termo de parceria como modelos contratuais a serem adotados para contratação de ações e serviços de saúde, em complementariedade à oferta de serviços próprios do SUS (BRASIL, 2016a).

O Contrato Administrativo é celebrado entre o poder público e entidades privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços na lógica de pagamento por produção. São necessariamente precedidos de licitação - com as ressalvas legais conforme a Lei nº 8.666/1993. Prevalece no contrato administrativo o interesse da coletividade sobre o particular (BRASIL, 1993a, 2016a).

O convênio é a ferramenta utilizada para regular a relação do poder público com as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Tem como objetivo o interesse comum, mediante mútua colaboração. Dessa forma, deverá estar perfeitamente delineado com um objetivo comum entre os interessados (entidade e poder público), não se prestando para mascarar situações em que se configure pura e simplesmente prestação de serviços (BRASIL, 2016a).

O Contrato de Gestão, os termos de parcerias e outros instrumentos congêneres, são pactos que se estabelecem entre o poder público e a entidade da Administração Pública indireta ou privada com a pactuação de resultados (BRASIL, 2016a). O Contrato de Gestão está previsto na Constituição Federal (art. 37, § 8º) como meio de ampliação da autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da Administração direta e indireta. É a forma de relacionamento prevista na Lei nº 9.637/1998 com Organizações Sociais (OS), quando o objeto do contrato for a transferência de gestão do público para a OS (BRASIL, 1998).

O Manual de Orientação para Contratação de Serviços de Saúde destaca ainda os termos de parceria, o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e os Consórcios Públicos, como ferramentas de ajustes entre as esferas de governo. A possibilidade de formação de Consórcios Públicos, para desenvolver ações e os serviços de saúde, está prevista na Lei nº 8.080/1990. As normas gerais de contratação dos Consórcios Públicos estão dispostas na Lei nº 11.107/2005 (BRASIL, 2016a). Já o PCEP tem como finalidade formalizar a relação entre gestores do SUS nos casos em que as unidades públicas de saúde estão situadas em um território, mas sob a gestão de outra unidade federativa, por exemplo, um hospital que esteja situado em um município, mas sob gestão do estado (BRASIL, 2010b).

Figura 3 – Tipos de instrumentos contratuais previstos no SUS



Fonte: Brasil (2016a).

Apesar da relevância do tema, foram encontrados poucos estudos que tratam da contratação de serviços de saúde no SUS, e nenhum deles se propôs a investigar a estrutura de contratação dos prestadores privados. Diante de tal cenário, reconhecendo a escassez de estudos sobre a temática e a relevância do debate para melhoria da relação entre os gestores de saúde e os hospitais privados contratados pelo SUS, pretende-se, neste estudo, discutir a estrutura de contratação dos prestadores hospitalares privados que estão sob gestão da SES/MG.

5 METODOLOGIA DE PESQUISA

5.1 Tipo de abordagem

Trata-se de um estudo analítico-descritivo sobre a contratação dos hospitais privados que prestam serviços para o SUS em municípios habilitados na GPAB, portanto, sob a gestão do estado de Minas Gerais, no período de 2007 a 2018.

5.2 Definição do universo de análise

Este estudo analisa a evolução contratual dos hospitais privados, localizados em municípios sob gestão do estado. A escolha pelo conjunto desses hospitais se deve à facilidade de acesso às informações sistematizadas necessárias para a pesquisa, dado que os hospitais localizados nesses municípios têm contratos e pagamentos realizados pela SES/MG. Para os prestadores localizados em municípios que possuem a gestão própria, os contratos e pagamentos são realizados pelas respectivas secretarias de saúde municipais e as informações estão dispersas nos municípios.

Em novembro de 2019, dos 853 municípios de Minas Gerais, 638 não tinham assumido a gestão de seus prestadores, correspondendo a 75% do total dos municípios. A identificação desses municípios foi realizada por meio da consulta ao sítio eletrônico da PPI de Minas Gerais no mês de novembro de 2019.¹

Optou-se por essa fonte de informação visto que a PPI é um instrumento gerencial que traduz as responsabilidades dos municípios com a garantia de acesso dos cidadãos à assistência ambulatorial e hospitalar, às atividades de vigilância sanitária e epidemiologia, além do controle de doenças, a partir de um pacto solidário entre os gestores. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. Por se tratar de um processo dinâmico, a PPI/MG tem atualização mensal. A SES/MG disponibiliza a PPI/MG em um sítio eletrônico no qual é possível consultar os valores financeiros programados por município e, no caso da programação dos valores de incentivos no nível de prestador. Além dos dados financeiros, o

¹ Endereço eletrônico para acesso <http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br>.

sítio eletrônico da PPI/MG disponibiliza informações relativas à habilitação de gestão dos municípios e do PDR (BRASIL, 1996, 2006a).

Foi realizado um levantamento dos hospitais públicos e privados segundo a habilitação de gestão do município. Foram considerados como hospitais os estabelecimentos com leitos hospitalares registrados CNES como hospital geral, hospital especializado, hospital/dia-isolado e unidade mista, sendo os privados, os hospitais inscritos no grupo de natureza jurídica no intervalo de código entre 2000 e 3999. O levantamento desses dados foi realizado em novembro de 2019, sendo identificados 710 hospitais no estado, 159 públicos e 551 privados.

O CNES é um instrumento de gestão que consolida e disponibiliza informações sobre as atividades de todos os estabelecimentos e profissionais de saúde do país, independentemente de sua participação no SUS. Contém dados sobre o tipo de assistência prestada, área física, recursos humanos, equipamentos, serviços ambulatoriais e hospitalares. Seu processamento é realizado pelos gestores municipais e estaduais mediante fichas cadastrais preenchidas pelos estabelecimentos de saúde e validadas pela Vigilância Sanitária sempre que necessário. A atualização dos dados é diária e a consolidação das bases mensal (BRASIL, 2009a).

Considerando os critérios de inclusão descritos, o universo de análise do presente estudo consiste em 165 hospitais privados que, em novembro de 2019, se encontravam sob gestão do estado. Para esse conjunto de hospitais foi realizada uma análise retrospectiva no período de 2007 a 2018 de modo a analisar a evolução da situação contratual desses prestadores.

5.3 Método de análise e fonte de dados

O método de análise consistiu de duas etapas. Na primeira etapa foram realizados levantamentos e análise documental dos contratos, bem como sua caracterização segundo o tempo de vigência. Com essa análise foi possível construir uma linha do tempo dos contratos estabelecidos entre a SES/MG e os prestadores privados. Na segunda etapa foi realizada a caracterização do perfil dos hospitais e municípios, segundo tipo de contrato.

O estudo utilizou informações coletadas nas bases de dados públicas do SUS e bancos de informações da SES/MG, compreendendo o intervalo de 2007 a 2018, com identificação do tempo de cobertura contratual e da forma de remuneração desses estabelecimentos ao longo desse período. A escolha do início do período de análise se deu em virtude da publicação da Portaria nº 3.123, de 7 de dezembro de 2006, que definiu a alocação do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), que pode ser considerada como um marco na contratação dos hospitais

privados no SUS (BRASIL, 2006c). A análise se estendeu até o ano de 2018 por ser, até o momento da coleta de dados de produção, o último ano com os dados completos de janeiro a dezembro.

5.3.1 Levantamento e análise documental

Esta etapa utiliza fontes primárias e secundárias de informações. Na ausência de um banco de dados oficial do SUS organizado, ou mesmo um instrumento único de gestão da SES/MG que agregue as informações de contratos por tipo de estabelecimento e as características desse contrato, foi necessária uma análise documental de cada instrumento contratual. Dessa forma, o primeiro passo para responder ao objetivo dessa dissertação foi o levantamento dessas informações e organização de um banco de dados inédito. Foram utilizadas todas as fontes existentes dentro da SES/MG para gerenciamento dos prestadores na construção de uma linha temporal que apresenta o universo dos contratos dos prestadores privados de serviços hospitalar que estão sob a gestão da SES/MG.

Os dados primários utilizados neste estudo foram obtidos a partir do cruzamento de informações da PPI/MG, do CNES, do Sistema de Controle Operacional em Regulação (SISCOR) e de uma planilha eletrônica elaborada pela Superintendência de Contratação de Serviços de Saúde (SCSS) da SES/MG.

Após esse levantamento, os hospitais foram classificados segundo a participação no Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos. A verificação da participação dos hospitais no programa foi feita por meio da identificação da programação do IAC nos bancos de dados da PPI/MG, no período de 2007 a 2018.

No CNES foram extraídas as informações relativas à inclusão de regra contratual nos estabelecimentos no período de janeiro 2007 a dezembro de 2018. As regras contratuais de código 7101 (estabelecimento de saúde sem geração de crédito na média complexidade ambulatorial) e 7102 (estabelecimento de saúde sem geração de crédito na média complexidade hospitalar) indicam se o hospital é contratualizado ou se faz jus a incentivos, sem geração de crédito por produção. Até 2017, somente os hospitais que participavam do Programa possuíam esse tipo de regra contratual.

As vigências dos contratos foram levantadas através da consolidação das informações do SISCOR, da planilha elaborada pela SCSS e do CNES, já que nenhum destes instrumentos continha os registros de todo o período analisado (2007 a 2018). Para os casos em que não havia

registro de contrato anterior, a data da inclusão da regra contratual foi considerada como a data de vigência do contrato. O levantamento desses dados permitiu identificar os tipos de contratos vigentes entre a SES/MG e os hospitais privados que prestam serviços ao SUS/MG.

Para caracterizar os hospitais foram utilizados indicadores de produção. Esses indicadores permitem caracterizar os contratos segundo o perfil do estabelecimento e do município onde ele está localizado. Para tanto, a primeira fonte de dados foi o CNES, da qual foram extraídos os dados de natureza jurídica para identificação dos estabelecimentos privados, e o número de leitos dos estabelecimentos para calcular a taxa de ocupação. Através do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD), foram coletados os dados de produção hospitalar, como quantidade e valor das internações, e as diárias de internações para mensurar a capacidade de operacional dos estabelecimentos. Assim, a taxa de ocupação anual foi calculada dividindo o número de leitos SUS cadastrados no CNES pelo número de diárias aprovadas no SIHD multiplicados por 365 dias. A taxa de ocupação para o ano de 2007 não foi calculada porque o SIHD não tem registro do número de diárias apresentadas neste ano, somente a partir de 2018 é que os dados passaram a constar no banco de dados.

A PPI/MG foi consultada para obter os dados dos municípios no que se refere a gestão dos seus prestadores e o PDR para sua classificação por região de saúde.

As informações levantadas foram organizadas e consolidadas em um único banco de dados. O Quadro 1 apresenta o desenho estrutural desse banco de dados:

Quadro 1 – Variáveis e descrição das variáveis contidas no banco de dados organizado sobre os contratos com hospitais privados do estado de Minas Gerais sob gestão da SES/MG

Variável	Descrição da variável	Fonte dos dados
Competência	Ano e mês de registro das informações coletadas.	Não se aplica
Gestão do município	Habilitação dos municípios quanto a gestão dos prestadores de MAC. Gestão municipal: município possui a gestão de seus prestadores e gestão estadual: município não possui a gestão dos seus prestadores.	PPI/MG disponível em: http://ppiassistencial.saud e.mg.gov.br
Macrorregião de saúde do município	Base territorial e populacional para cálculo das necessidades em saúde, da priorização para alocação dos recursos e da descentralização programática e gerencial da organização dos serviços a qual o município pertence.	PDR/MG disponível em: http://ppiassistencial.saud e.mg.gov.br
Número do CNES	Registro do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.	CNES disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/
Nome do hospital	Nome fantasia /empresarial cadastrado no CNES.	CNES disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/
Natureza jurídica	Regime jurídico que se enquadra o hospital: público ou privado.	CNES disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/
Existência de contrato	Identifica os hospitais com contrato formalizado com a SES/MG.	SISCOR e Planilha Excel da SCSS
IAC	Indica a adesão do hospital ao Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos.	PPI/MG disponível em: http://ppiassistencial.saud e.mg.gov.br
Regra contratual	Indica os estabelecimentos que dispõem de contrato de gestão ou que por normalização específica, fazem jus a incentivos, sem geração de crédito por produção.	CNES disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/
Número de leitos SUS	Número de leitos de internação SUS cadastrados no CNES do hospital.	CNES disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/
Internações hospitalares	Quantidade e valor das internações aprovadas no SIHD	SIHD disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS
Taxa de ocupação	Percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em um determinado período.	SIHD disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Até a conclusão deste estudo, a SES/MG não dispunha de instrumento único que agregasse todas as informações levantadas. Segundo Ataíde *et al.* (2008), a informação é a melhor e mais rápida fonte de percepção de mudança, podendo auxiliar o gestor na tomada de decisão e possibilitando o reposicionamento gerencial com maior rapidez e agilidade, de forma a atender as novas necessidades apresentadas. Sob esse prisma, a contribuição deste trabalho consiste, dentre outras, na organização das informações em um único banco de dados, propiciando a tomada de decisão mais assertiva e a qualificação do processo de gestão dos prestadores hospitalares pela SES/MG.

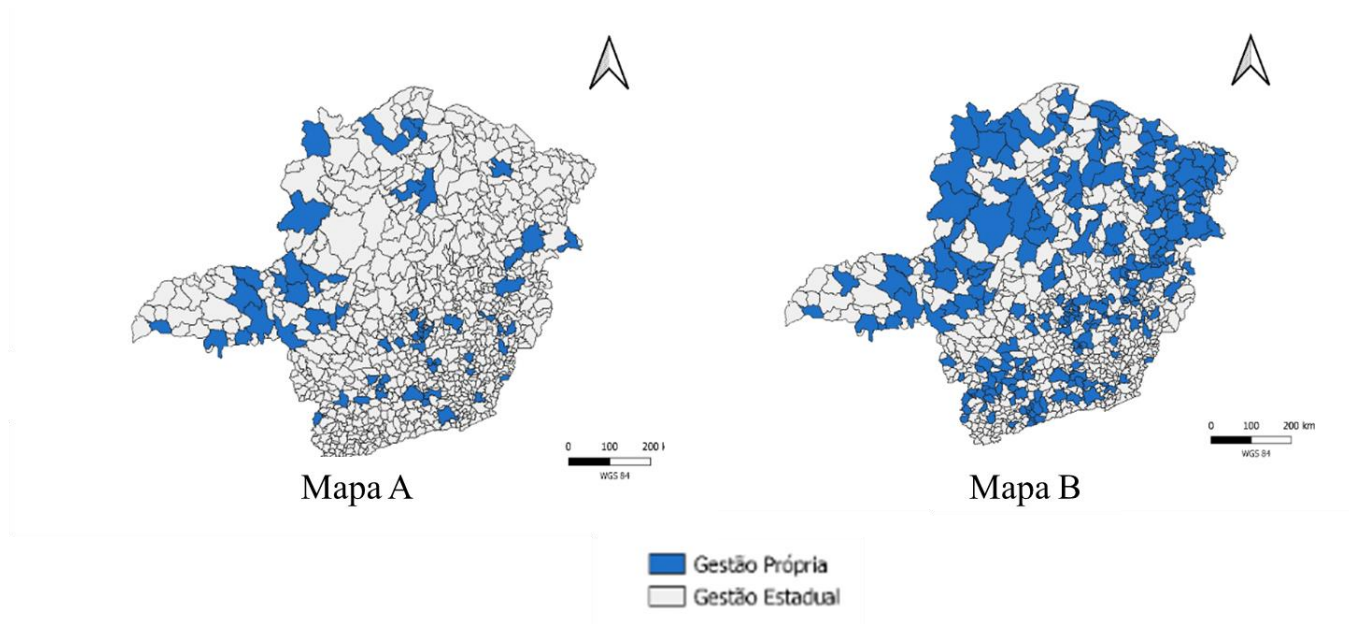
6 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

6.1 Caracterização do universo de análise

Este estudo analisa a contratação dos hospitais privados que prestavam serviços para o SUS/MG e se encontravam sob a gestão da SES/MG em novembro de 2019. O estudo analisou os contratos desses hospitais ao longo do período de 2007 a 2018. Em 2019, dos 853 municípios mineiros, 638 ainda não haviam assumido a gestão de seus prestadores. Em 2007, no início do período em análise, apenas 59 municípios haviam assumido a gestão de seus prestadores, ficando sob gestão do estado os prestadores localizados nos outros 794 municípios.

O Mapa 1 apresenta a distribuição espacial dos municípios mineiros que possuem a gestão de seus prestadores em dezembro de 2007 e novembro de 2019. Nota-se que houve uma ampliação importante dos municípios que assumiram a gestão própria. Essa expansão ocorreu de forma generalizada em todas as macrorregiões de saúde. Contudo, o número de municípios que atualmente se encontram sob gestão do estado ainda é expressivo, correspondendo a 75% do total dos municípios do estado.

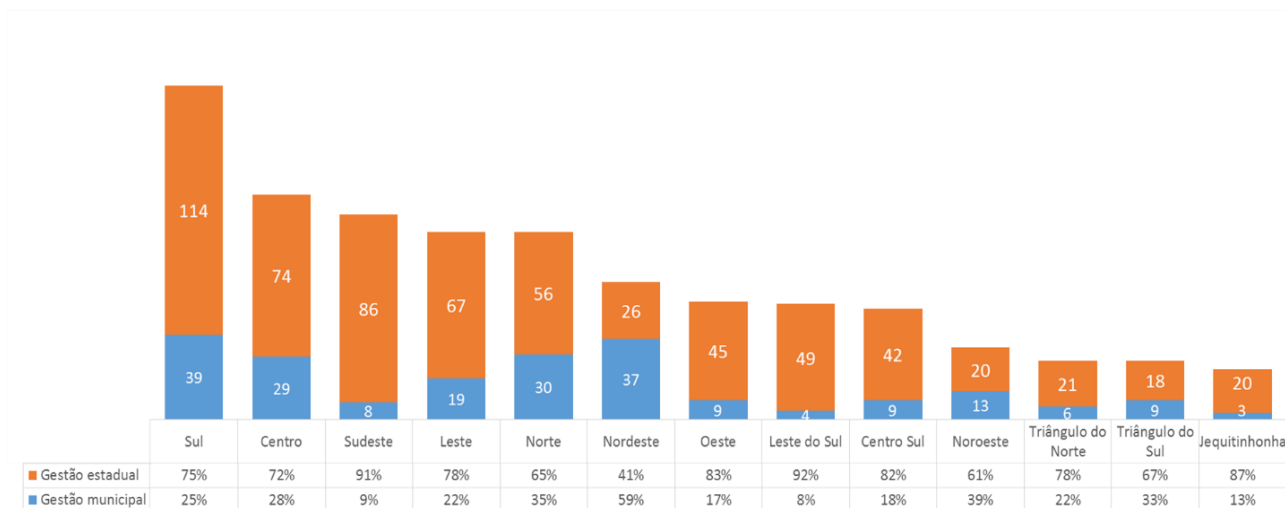
Mapa 1 – Distribuição espacial do Municípios de Minas Gerais segundo tipo de gestão - 2007 (A) e 2019 (B)



Fonte: Extraído do PDR/MG (2019).

O Gráfico 1 apresenta a composição das macrorregiões de saúde quanto ao número de municípios e quanto ao seu tipo de gestão.

Gráfico 1 – Distribuição dos municípios segundo tipo de gestão, por macrorregião de saúde - Minas Gerais



Fonte: Extraído do PDR/MG (2019).

Com exceção da Nordeste, as macrorregiões são compostas majoritariamente por municípios que estão sob gestão estadual. A Macrorregião Sul é a maior em números de municípios e também a que possui o maior número de municípios sob gestão estadual, enquanto a Macrorregião Leste do Sul possui o maior percentual de municípios sob gestão do estado, representando 92% do total de municípios que compõe a macrorregião.

A Tabela 1 apresenta a quantidade de municípios por faixa populacional e por existência de hospital, estratificado por tipo de gestão. Os municípios que se encontram sob gestão estadual são em sua grande maioria municípios de pequeno porte, 68% deles têm menos de 10 mil habitantes, e apenas 30% possui ao menos um hospital em seu território. Em relação aos municípios de gestão municipal, 58% têm mais de 20 mil habitantes, e 82% deles possuem ao menos um hospital.

Tabela 1 – Número de municípios conforme porte populacional e existência de hospital, por tipo de gestão - Minas Gerais

Porte do Município (nº de habitantes)	Total de Municípios				Total de município com hospitais			
	Gestão Municipal		Gestão Estadual		Gestão Municipal		Gestão Estadual	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 10.000	39	18	437	68	11	6	68	32
Entre 10.001 e 20.000	52	24	141	22	45	25	93	44
Entre 20.001 e 50.000	64	30	49	8	62	35	39	18
Acima de 50.001	60	28	11	2	60	34	11	5
Total	215	100	638	100	178	100	211	99

Fonte: Extraído do CNES/PDR/MG (2019).

A Tabela 2 apresenta a quantidade de hospitais, por natureza jurídica, segundo tipo de gestão do município. A rede hospitalar de Minas Gerais é composta por 710 unidades hospitalares, a grande maioria deles, 485, está localizada em municípios de gestão municipal. Assim, como acontece no restante do país, a maior parte dos hospitais de Minas Gerais são privados, e representam 78% do total de hospitais do estado.

Tabela 2 – Quantidade de hospitais por natureza jurídica, segundo tipo de gestão do Município - Minas Gerais

Natureza jurídica	Total de municípios					
	Total de hospitais		Gestão Municipal		Gestão Estadual	
	n	%	n	%	n	%
Pública	159	22	99	20	60	27
Privada	551	78	386	80	165	73
Total	710	100	485	100	225	100

Fonte: Extraído do CNES/PDR/MG (2019).

O universo de análise desta pesquisa são os 165 hospitais privados que estão sob gestão estadual.

A contratação de serviços privados pelo SUS/MG é precedida de um processo de chamamento público para credenciamento/habilitação dos prestadores a serem contratados. O processo consiste basicamente na manifestação de interesse dos estabelecimentos pela prestação dos serviços elencados no edital de chamamento, juntamente com a declaração de capacidade instalada e apresentação da documentação exigida por lei. O chamamento público

é realizado em todo município onde for identificada a insuficiência de oferta de serviços pela rede pública, com a impossibilidade de sua ampliação, e a viabilidade financeira para a contratação da rede privada. A viabilidade financeira é constatada por meio da PPI/MG, após assegurados os recursos necessários para pagamento dos serviços públicos e dos contratos vigentes.

Em 2019, dos 165 hospitais privados sob gestão da SES/MG, 152 se encontravam contratados, e os outros 13 não tinham contrato. É razoável apontar três possibilidades para que esses 13 hospitais não tenham sido contratados pela SES/MG: a primeira é não haver necessidade e/ou disponibilidade financeira para contratação de serviços hospitalares privados no município onde eles estão localizados; a segunda, é a falta de interesses desses hospitais em ofertar serviços para o SUS/MG; e, a terceira, é eles terem sido inabilitados no processo de chamamento público por não apresentarem capacidade instalada adequada e/ou a documentação exigida.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos hospitais privados por macrorregiões de saúde, separando os que tem contrato dos que não tem contrato. Os 152 hospitais contratados pela SES/MG estão presentes em 12 das 13 macrorregiões do estado, e os 13 hospitais sem contrato estão concentrados em 06 macrorregiões. A Macrorregião Sul é a que possui o maior número de hospitais e, embora tenha 05 hospitais não contratados, é a que possui o maior número de hospitais contratados pela SES/MG. A Macrorregião Centro tem 03 hospitais não contratados, mas apresenta um número significativo de hospitais contratados (16), ficando entre as quatro regiões de saúde com maior número de hospitais com contrato. Ademais, os 03 hospitais não contratados desta região estão localizados em um mesmo município, onde também existe um hospital filantrópico contratado, portanto, é possível que a contratação desses 03 hospitais seja desnecessária. A Noroeste é uma das macrorregiões com o menor número de municípios e apesar de 61% deles se encontrarem sob gestão estadual a região não tem nenhum hospital privado localizados nesses municípios.

Tabela 3 – Distribuição dos hospitais privados, com e sem contrato, por macrorregião de saúde - Minas Gerais

Macrorregião	Total de hospitais privados			
	Com contrato		Sem contrato	
	n	%	n	%
Centro	16	11	3	23
Centro Sul	11	7	0	-
Jequitinhonha	6	4	0	-
Leste	9	6	2	15
Leste do Sul	10	7	0	-
Nordeste	3	2	0	-
Noroeste	0	-	0	-
Norte	3	2	1	8
Oeste	17	11	0	-
Sudeste	27	18	1	8
Sul	41	27	5	38
Triângulo do Norte	6	4	1	8
Triângulo do Sul	3	2	0	-
Total	152	100	13	100

Fonte: Extraído do CNES/SCSS/MG (2019).

Os 13 hospitais sem contrato não estão aptos a prestar serviços para o SUS/MG, porém, em algum momento no período analisado (2007 – 2018) seis deles apresentaram produção hospitalar. No total foram 39.761 internações realizadas neste período, o que dá uma média de 552 internações por hospital por ano, uma média baixa se comparada com a média do conjunto dos 152 hospitais contratados, que foi de 1.308 internações por hospital por ano. Vale destacar que nenhum desses seis hospitais apresentou produção em UTI no período.

6.2 Tipologia dos contratos existentes entre a SES/MG e hospitais

A partir de 2018, a SES/MG ampliou o modelo de contratualização dos hospitais do programa para todos os hospitais privados no âmbito do SUS/MG, conforme previsto na Portaria nº 3.410/2013, que estabeleceu as diretrizes para contratualização dos hospitais no âmbito do SUS. Dessa forma, atualmente coexistem três modelos contratuais de estabelecimentos hospitalares, a saber: (I) contrato com os hospitais privados filantrópicos que recebem IAC, (II) contrato com hospitais privados, com ou sem fins lucrativos, que não recebem o IAC e, (III) contratos antigos que ainda se encontram vigentes. Esses últimos tratam-

se de contratos com hospitais privados, com ou sem fins lucrativos, que não recebem o IAC, e que foram formalizados antes de 2018.

Até 2017, somente os hospitais que compunham o Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos possuíam contratos cujo modelo previa o pagamento dos procedimentos de média complexidade por parcela pré-fixada (pré-pago), e dos procedimentos da alta complexidade e do FAEC por parcela pós-fixada (pós-pago). Os demais contratos não previam formas distintas de pagamento dos procedimentos de média e alta complexidade e do FAEC, de modo que todo o pagamento era realizado após comprovação da efetiva prestação do serviço (pós-pago). Essa também era a forma de remuneração dos hospitais que se encontravam sem contrato.

Abaixo estão descritas as tipologias dos contratos existentes atualmente entre a SES/MG e os hospitais privados:

I - Contrato com os hospitais filantrópicos que recebem IAC: os hospitais com este tipo de contrato possuem regra contratual 7102 e/ou 7101 no CNES, indicando a existência de contrato de gestão, em que o pagamento não é vinculado à produção. Recebem o valor integral da parcela pré-fixada, referente aos incentivos e média complexidade, e passam por uma avaliação quadrimestral. Na avaliação, 60% da parcela pré-fixada está condicionada ao cumprimento de metas quantitativas e 40% de metas qualitativas. A avaliação quantitativa verifica a execução financeira dos hospitais, comparando o volume financeiro contratado com o da produção aprovada no quadrimestre. Já o cumprimento das metas qualitativas é verificado por meio de um rol de indicadores que seguem as diretrizes organizacionais da PNHOSP, tais como:

- Taxa de ocupação de leitos;
- Tempo médio de permanência nos leitos de clínica médica;
- Tempo médio de permanência nos leitos e clínica cirúrgica;
- Taxa de ocupação de leitos de UTI adulto;
- Taxa de ocupação de leitos de UTI pediátrico;
- Taxa de ocupação de leitos de UTI neonatal
- Taxa de mortalidade institucional;
- Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a um cateter venoso central;

- Número médio de reuniões das comissões de Núcleo de Segurança do Paciente, Controle de Infecção Hospitalar e Análise e Revisão dos Óbitos;
- Comprovação de atuação do serviço de ouvidoria;
- Visita aberta;
- Taxa de cirurgias oncológicas.

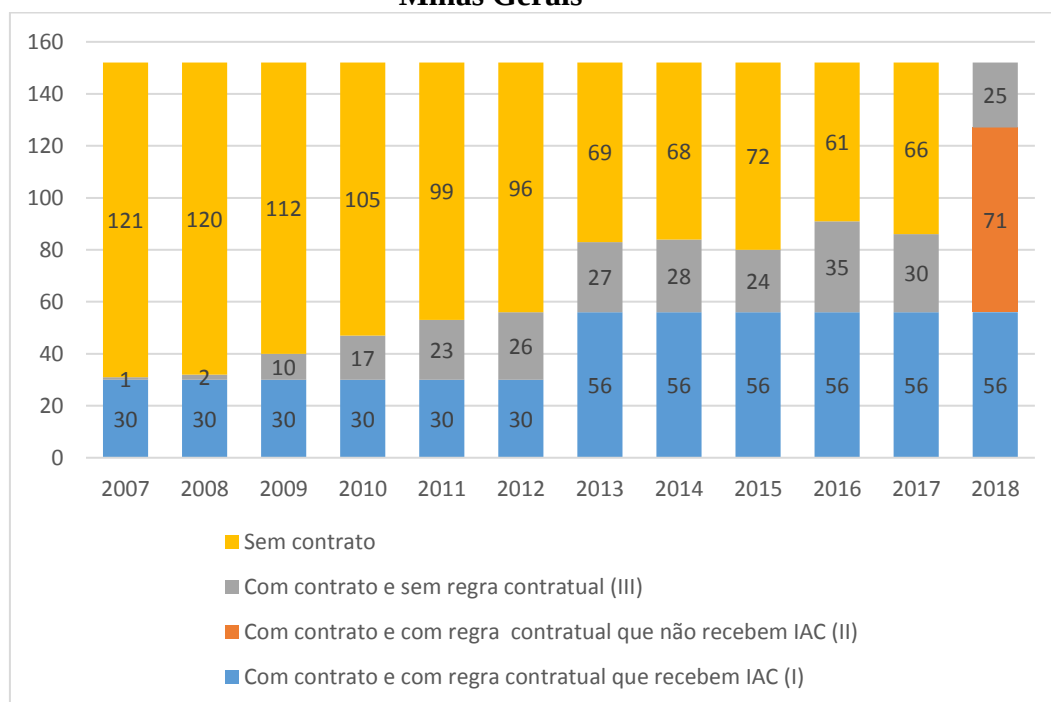
Os indicadores são aplicados em conformidade com o perfil de cada hospital. Os descontos são realizados em caso de não cumprimento de alguma das metas. Todos os hospitais com esse tipo de contrato fazem parte do Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, portanto, fazem jus ao recebimento IAC. Os procedimentos de alta complexidade e os financiados pelo FAEC compõem a parcela pós-fixada e são remunerados conforme produção até o limite contratual.

II - Contrato com hospitais, com ou sem fins lucrativos, que não recebem o IAC: os hospitais com este tipo de contrato também possuem regra contratual no CNES 7102 e/ou 7101. Assim, estes hospitais também recebem o valor integral da parcela pré-fixada e passam pela avaliação quadrimestral, porém, 100% da parcela pré-fixada é vinculada ao cumprimento das metas quantitativas, e os descontos são realizados em caso de não cumprimento. Este tipo de contrato passou a ser formalizado a partir de 2018, nenhum dos hospitais com esse contrato faz parte do Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, portanto, não recebe o IAC. Dessa forma, os indicadores da avaliação qualitativa são monitorados, mas não incidem em descontos. Assim como os hospitais que recebem IAC, o pagamento dos procedimentos de alta complexidade e os financiados pelo FAEC são remunerados conforme produção até o limite do contrato.

III - Contratos antigos que ainda se encontram vigentes: os hospitais com estes contratos não possuem regra contratual. O pagamento é *fee for service*, ou seja, realizado após a execução dos serviços, até o limite estabelecido no contrato. Nenhum dos hospitais que possuem esse tipo de contrato fazem parte do Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, e também não recebem o IAC. Esses hospitais não passam por nenhum tipo de avaliação.

O Gráfico 2 apresenta a quantidade de hospitais contratados por tipo de contrato, no período de 2007 a 2018, considerando como referência o mês de dezembro de cada ano.

Gráfico 2 – Quantidade de hospitais por tipo de contrato no período de 2007 a 2018 - Minas Gerais



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do SISCOR/SCSS/CNES (2019).

Em 2007, 80% dos hospitais analisados não possuíam nenhum tipo de contrato. Até 2017, a maioria dos hospitais que possuíam contratos faziam parte do Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos. De 2012 para 2013 houve uma ampliação do programa, passando de 30 para 56 o número de hospitais participantes do programa, e, consequentemente, recebem IAC e possuem contrato com regra contratual (contrato tipo I),

Em 2018, o modelo de contrato com inclusão de regra contratual foi expandido para hospitais que não recebiam IAC e, 71 hospitais que não faziam parte do programa foram contratados nesse novo modelo (contrato tipo II).

Em novembro de 2019, ainda restavam 25 hospitais no modelo contratual que não prevê a regra contratual (contrato tipo III), mas 100% dos hospitais analisados passaram a ter um vínculo contratual formal.

A Tabela 4 apresenta, o número dos hospitais que possuem contrato com SES/MG no período de 2007 a 2018, bem como quantos deles eram vinculados ao Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos (recebendo IAC) e possuíam regra contratual.

Tabela 4 – Quantidade de hospitais contratados por ano com IAC e com regra contratual, no período de 2007 a 2018 - Minas Gerais

Ano	Hospitais com contrato	Hospitais com IAC		Hospitais com regra contratual	
	n	n	%	n	%
2007	31	30	97	30	97
2008	32	30	94	30	94
2009	40	30	75	30	75
2010	47	30	64	30	64
2011	53	30	57	30	57
2012	56	30	54	30	54
2013	83	56	67	56	67
2014	84	56	67	56	67
2015	80	56	70	56	70
2016	91	56	62	56	62
2017	86	56	65	56	65
2018	152	56	37	127	84

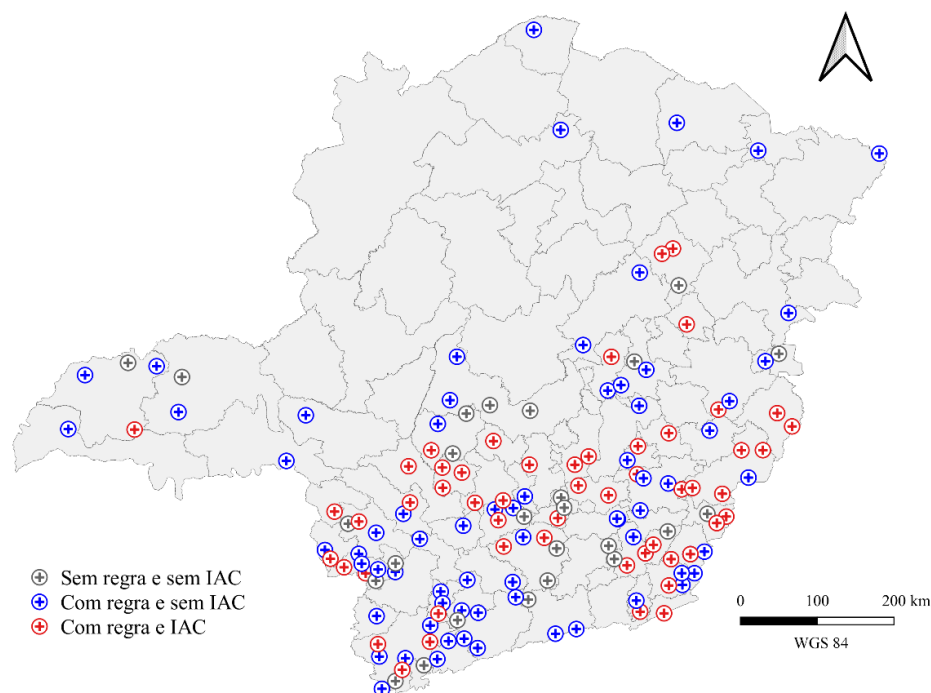
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do SISCOR/SCSS/CNES (2019).

Em 2007 e 2008, quase todos os hospitais contratados recebiam IAC, indicando que este incentivo teve efeito positivo na indução da contratação dos hospitais vinculados ao Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos. No final de 2012, 56 hospitais tinham contrato e 30 faziam parte do programa. Em setembro de 2013, por meio da publicação da Portaria nº 2.035, houve ampliação do programa com a inclusão de novos hospitais. Assim, todos os hospitais filantrópicos que possuíam contrato em 2012 foram incluídos no programa a partir de 2013 e, dos 83 hospitais contratados, os 56 estavam vinculados ao programa.

Até 2017, a regra contratual era aplicada somente nos hospitais filantrópicos que recebiam IAC. Em 2018, com o novo modelo contratual adotado, 127 dos 152 hospitais contratados passaram a ter a regra contratual e, dessa forma, recebiam por meio das parcelas pré e pós fixadas. Desses, 56 fazem parte do Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, sendo avaliados quadrimestralmente, com 60% da parcela pré-fixada vinculada ao cumprimento da meta quantitativa e 40% à meta qualitativa (contrato tipo I), enquanto a avaliação dos outros 71 hospitais é 100% vinculada à meta quantitativa (contrato tipo II). Os 25 hospitais restantes, que ainda estão com contratos antigos vigentes, não têm regra contratual e não são submetidos a nenhum tipo de avaliação, recebem por produção até o limite do contrato (contrato tipo III).

O Mapa 2 ilustra a distribuição espacial dos hospitais por tipo de vínculo contratual em dezembro de 2018.

Mapa 2 – Distribuição espacial dos hospitais segundo tipo de vínculo contratual – Minas Gerais



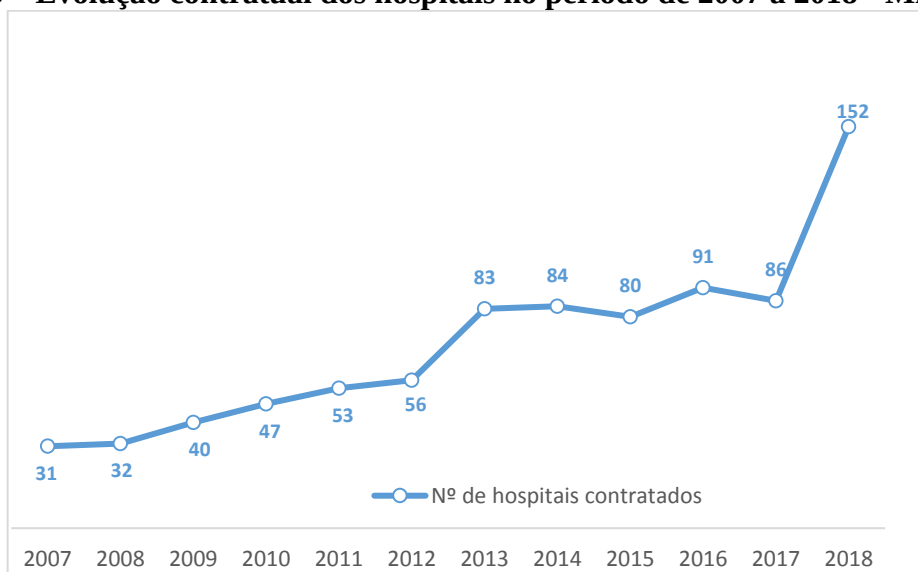
Fonte: Extraído do SISCOR/SCSS/CNES (2019).

Há uma certa aglomeração dos hospitais privados sob gestão estadual na região Centro-Sul do estado, mas não se observa uma tendência de concentração segundo o vínculo contratual. Existe uma distribuição aleatória dos hospitais por tipo de contrato.

6.3 Evolução da situação contratual dos prestadores hospitalares sob gestão do estado

Em 2013, houve um aumento de 18% no número de hospitais contratados, passando de 56 para 83. Esse aumento pode ser atribuído à ampliação do Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, em virtude da Portaria nº 2.035 de setembro de 2013, que estabeleceu redefiniu as regras para o cálculo do IAC e trouxe novos critérios para sua concessão.

O Gráfico 3 representa a evolução da formalização contratual dos 152 hospitais privados contratados pela SES/MG.

Gráfico 3 – Evolução contratual dos hospitais no período de 2007 a 2018 - Minas Gerais

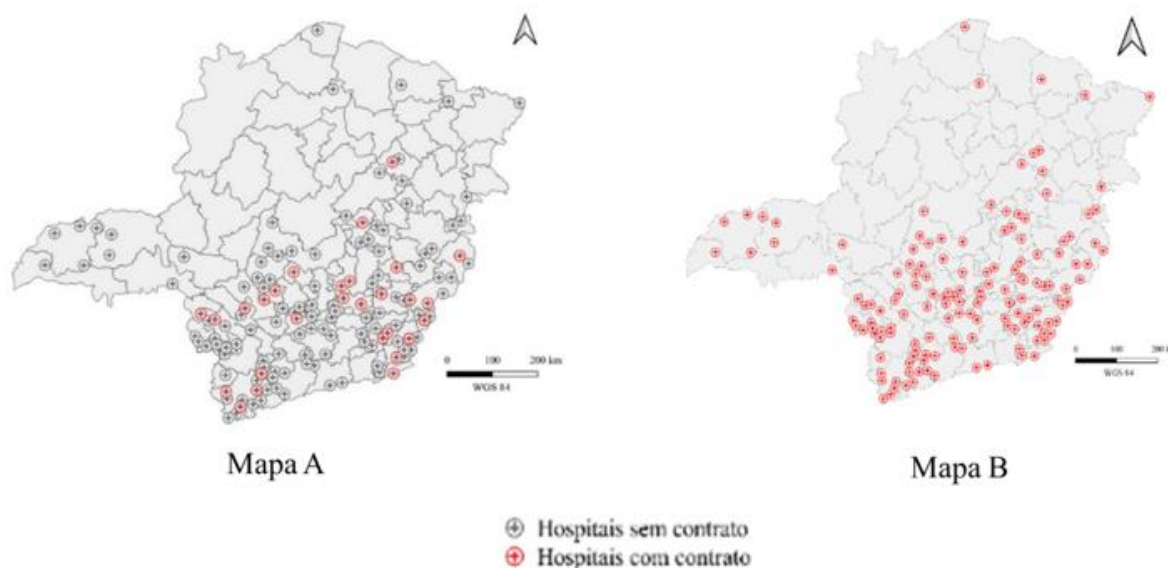
Elaborado pela autora com dados extraídos do SISCOR/SCSS/CNES (2019).

Ao longo do período analisado foram registradas duas quedas no número de hospitais contratados. A primeira é observada de 2014 para 2015, em que a redução foi de 5%, caindo de 84 para 80 o número de hospitais contratados. A segunda queda foi registrada de 2016 para 2017, com uma redução de 91 para 86 hospitais contratados. Essas quedas no número de hospitais contratados podem ser atribuídas ao intervalo entre o término de vigência do contrato e a formalização de novos contratos, dada a morosidade do processo de contratação.

O maior crescimento no número de hospitais contratados foi registrado em 2018, quando o número de hospitais com contratos passa de 86 para 152, um aumento de 43%. Esse aumento está diretamente relacionado à publicação da Lei nº 1.3650, de 11 de abril de 2018, que explicitou como ato de improbidade administrativa a transferência de recursos a entidades privadas, ainda que em razão da prestação de serviços de saúde, sem a prévia celebração de um instrumento contratual, obrigando a SES/MG a adotar providências para viabilizar a contratação de todos os prestadores privados que prestavam serviços para o SUS/MG e se encontravam sob sua gestão.

Em dezembro de 2007, apenas 31 dos 152 hospitais apresentavam contrato, sendo que 30 participavam do Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos. Em dezembro de 2018, todos os 152 hospitais estavam com os contratos formalizados. O Mapa 3 apresenta o mapeamento dos 152 hospitais, destacando os hospitais com contrato dos sem contratos em dezembro de 2007 (A) e dezembro 2018 (B).

Mapa 3 – Distribuição espacial dos hospitais com contrato e sem contrato - Minas Gerais - 2007 (A) e 2018 (B)



Fonte: Extraído do SISCOR/SCSS/CNES (2019).

Interessante analisar como o processo de contratualização dos hospitais privados avançou considerando o porte dos hospitais. A Tabela 5 compara a quantidade de hospitais por de número de leitos gerais SUS cadastrados no CNES em dezembro de 2007 e dezembro de 2018.

Tabela 5 – Porte dos hospitais segundo o número de leitos – Minas Gerais

Leitos gerais	Total de hospitais privados			
	2007		2018	
	n	%	n	%
Até 20	17	11	36	24
Entre 21 e 50	100	66	96	63
Entre 51 e 100	31	20	16	11
Mais de 100	4	3	4	3
Total	152	100	152	100

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do SIHD (2019).

Em dezembro de 2007, cerca de 66% dos hospitais tinham entre 21 a 50 leitos. Em 2018 o número de hospitais com até de 20 leitos dobrou em comparação com 2007. Em contrapartida, houve uma redução de 48% dos hospitais na faixa de 51 e 100 leitos, e uma leve redução no número de hospitais com 21 a 50 leitos, o que resultou numa diminuição no número total de leitos gerais disponibilizados para o SUS.

A Tabela 6 apresenta a produção dos hospitais com e sem contrato no período de 2007 e 2018. Apesar da diminuição do número de leitos hospitalares o número total de internações realizadas apresentou um aumento passando de 194.994 em 2007 para 199.471 em 2018, o que corresponde a um acréscimo de 2% no número de internações realizadas.

Tabela 6 – Produção hospitalar dos 152 hospitais, no período de 2007 a 2018 - Minas Gerais

ANO	Hospitais com contrato				Hospitais sem contrato			
	Nº de internações	Percentual de internações em relação ao total	Valor (R\$)	Percentual do valor em relação ao total	Nº de internações	Percentual de internações em relação ao total	Valor (R\$)	Percentual do valor em relação ao total
2007	16.817	9%	12.265.096,70	13%	178.177	91%	83.955.469,92	87%
2008	89.607	47%	61.627.491,14	57%	101.362	53%	46.550.328,42	43%
2009	96.973	51%	79.122.576,78	63%	94.402	49%	46.345.715,24	37%
2010	105.921	53%	89.148.130,28	67%	93.580	47%	44.863.305,20	33%
2011	107.928	55%	94.476.654,85	69%	88.939	45%	42.833.738,91	31%
2012	113.533	58%	105.126.567,76	73%	82.605	42%	39.659.551,21	27%
2013	122.150	61%	121.700.534,14	75%	77.962	39%	39.733.736,09	25%
2014	160.228	76%	158.249.513,57	84%	49.854	24%	30.552.323,06	16%
2015	156.229	76%	153.549.692,22	83%	49.958	24%	31.924.276,96	17%
2016	159.691	79%	156.881.408,72	85%	42.025	21%	28.136.581,39	15%
2017	162.799	82%	158.920.065,00	86%	35.440	18%	25.093.627,09	14%
2018	176.773	89%	170.305.664,86	91%	22.698	11%	17.109.482,84	9%
Total Geral	1.468.649	62%	1.361.373.396,02	74%	917.002	38%	476.758.136,33	26%

Fonte: DATASUS/SIHD (2019).

Em 2007, somente 9% das internações foram realizadas pelo conjunto de hospitais com contrato, mas as primeiras contratações de 2007 ocorreram em maio, portanto, no período de janeiro a abril de 2007 todas as internações foram realizadas sem a contratação dos serviços. Os primeiros contratos foram formalizados em maio de 2007, sendo a maioria assinado em dezembro, de forma que o ano fechou com 31 hospitais contratados.

Em 2008, os 31 hospitais contratados realizaram 47% das internações do conjunto dos 152 hospitais, e a partir de 2009 eles já eram responsáveis por mais de 50% da produção.

Em 2013, o número de hospitais contratados teve um crescimento de 18%, e isso refletiu na mesma proporção no percentual de internações realizadas pelos hospitais com contrato, passando de 58% em 2012, para 76% em 2014. Em 2018, o percentual de internações realizadas em hospitais sem contrato representou menos de 10% do total das internações, sendo que em dezembro de 2018 todas as internações foram realizadas em hospitais contratados, já que somente os hospitais contratados estavam autorizados a prestar serviços para o SUS/MG a partir de então.

No que diz respeito a execução dos recursos financeiros, observa-se durante todo o período analisado o percentual de execução dos hospitais contratados foi maior do que o dos hospitais sem contrato. Em 2008, por exemplo, os hospitais contratados executaram 57% do total dos recursos com 47% do total das internações realizadas, sugerindo que as internações mais caras, e certamente mais complexas, tenha sido executada nos hospitais com contrato, que apresentavam maior número de leitos e maior capacidade instalada.

No período de 2007 a 2018 houve um aumento de 95% no valor total das internações aprovadas pelo MS, com uma correspondência de apenas 2% de acréscimo no número de internações, ou seja, o custo médio por internação aumentou consideravelmente, fator este que pode ser atribuído a um aumento da complexidade das internações bem como a incorporação de novas tecnologias.

O conjunto dos 152 hospitais totalizavam 6.218 leitos gerais e, em novembro de 2018 esse número caiu para 5.174 leitos, uma redução de 17% no número de leitos gerais disponíveis para o SUS, conforme demonstra a tabela 8.

O aumento do número de diárias majorou em 6% na taxa de ocupação mesmo diante da redução do número de leitos no período de 2008 a 2018, mas ainda assim, de um modo geral, a taxa de ocupação no período foi baixa, girando em torno de 32 a 38% (Tabela 7).

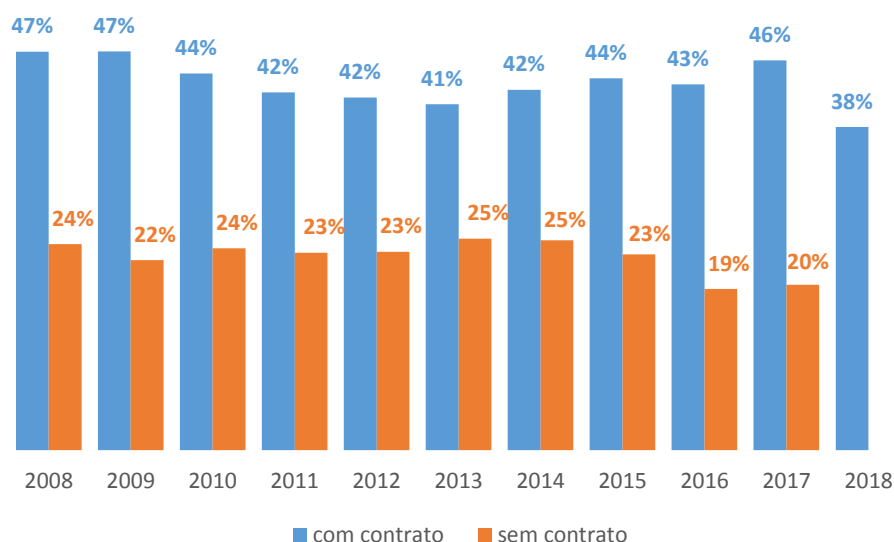
Tabela 7 – Volume de diárias, total de leitos gerais e taxa de ocupação dos 152 hospitais - Minas Gerais

Ano	Diárias	Leitos gerais	Taxa de ocupação (%)
2008	713.329	6.108	32
2009	696.286	6.043	32
2010	715.678	6.072	32
2011	699.988	6.073	32
2012	693.086	5.975	32
2013	714.467	5.508	36
2014	725.687	5.429	37
2015	725.055	5.424	37
2016	716.013	5.432	36
2017	711.534	5.183	38
2018	719.441	5.174	38

Fonte: Adaptado de DATASUS/CNES/SIHD (2019).

Analisando separadamente, percebe-se que o conjunto de hospitais com contrato apresenta uma melhor taxa de ocupação dos leitos gerais se comparado com os hospitais sem contrato (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Taxa de ocupação dos leitos gerais dos hospitais com e sem contrato no período de 2008 a 2018 - Minas Gerais



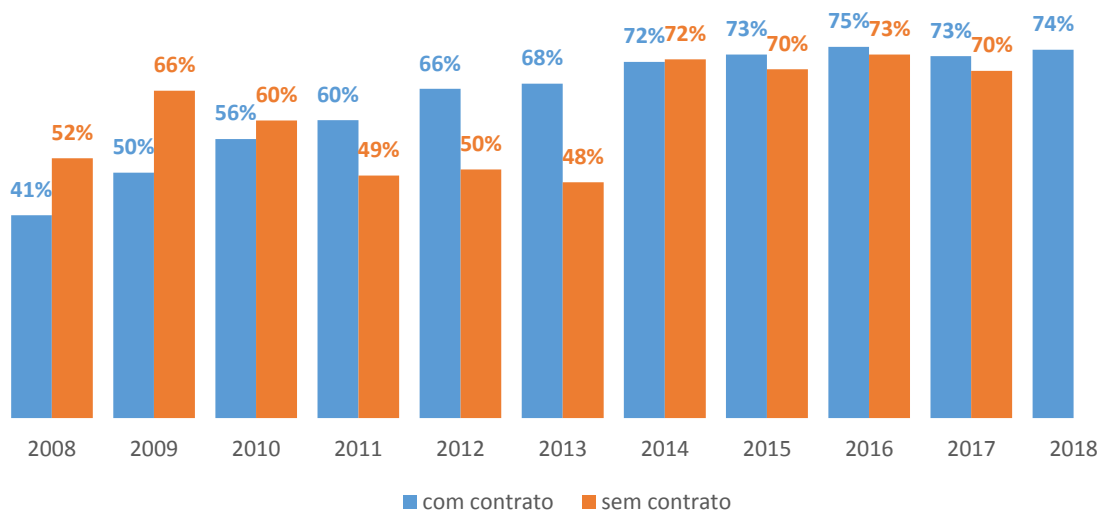
Fonte: Adaptado de DATASUS/CNES/SIHD (2019).

O aumento do número de internações e de diárias, mesmo com a redução do número de leitos, sugere uma melhoria na gestão hospitalar e, de certa forma, o contrato parece ter sido um dos fatores que pode ter induzido a mudança no comportamento dos hospitais, uma vez que

o conjunto de hospitais contratados apresentou um melhor desempenho em relação à taxa de ocupação dos seus leitos. Todavia, embora alguns hospitais tenham apresentado desempenho satisfatório, a análise geral demonstra que a taxa de ocupação ainda está aquém da meta pactuada nos contratos que é de 60% para hospitais com até 50 leitos e de 80% para hospitais com mais de 50 leitos. Todavia, uma parte considerável dos hospitais foram contratados no final de 2018, portanto, os dados ainda não refletem qualquer possível mudança de comportamento desses hospitais frente a contratação.

Em relação aos leitos de UTI, somente 21 dos 152 hospitais dispõe desse tipo de leito, e, nos três primeiros anos analisados, o conjunto dos hospitais sem contratos apresentou uma taxa de ocupação maior que o conjunto dos hospitais contratados, já nos três anos seguintes, o conjunto de hospitais com contrato apresentou melhor desempenho. A partir de 2014, a taxa de ocupação dos hospitais com e sem contratos foram bem próximas. Entre os anos de 2008 a 2018 houve um aumento de 32% no número de leitos de UTI e de 133% no número de diárias em UTI (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Taxa de ocupação de leitos de UTI dos hospitais com e sem contrato de 2008 a 2018 - Minas Gerais



Fonte: Adaptado de DATASUS/CNES/SIHD (2019).

Para fins de cálculo do financiamento dos leitos de UTI, o MS considera a taxa de ocupação de 80%, com exceção feita aos leitos qualificados nas redes de urgência e Emergência e Cegonha, que a partir de 2011 passaram a ter, além do incentivo, um financiamento diferenciado considerando uma taxa de ocupação de 90 e 85%, respectivamente. Em 2018 todos

os hospitais já estavam contratados e a taxa de ocupação foi de 74%, ainda aquém aos 80% preconizados pelo MS e também pactuados nos contratos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *mix* público-privado é um formato cada vez mais presente nos sistemas de saúde de diversos países. No Brasil, observa-se uma dependência mútua entre os dois setores: o setor privado precisa dos recursos públicos para manter suas receitas, ao mesmo tempo em que SUS seria incapaz de garantir seu escopo de oferta e cobertura assistencial sem a participação dos serviços privados (CARVALHO, 2017).

A participação dos prestadores privados no SUS deveria acontecer mediante o estabelecimento de instrumentos contratuais, porém, a ausência da formalização das relações entre os gestores públicos e as instituições privadas é ainda marcante em todo o país (POMPEU, 2004; BRASIL, 2010a; DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

A instrumentalização da relação público-privado, além da garantia do cumprimento legal, visa assegurar uma melhor resposta às as necessidades e expectativas de saúde da população, tendo a avaliação como ferramenta indispensável para o desenvolvimento do controle e monitoramento por parte dos gestores (ROMANO; SCATENA; KEHRING, 2015; SANTOS; PINTO, 2017).

O desenho contratual e o modelo de remuneração a ser adotado podem influenciar o modelo de atenção à saúde e a organização da rede e, portanto, devem contemplar incentivos apropriados que estimule o alcance de resultados eficazes (ANDREAZZI, 2003; MENDES, 2011).

Em Minas Gerais o processo de contratação dos hospitais privados que se encontravam sob gestão da SES/MG se deu de forma lenta. Assim como no restante do país, a contratualização foi impulsionada pelos Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, e avançou pouco, para além dos hospitais vinculados aos programas, resultando numa medida mais legalista a fim de obrigar os estados e municípios a se organizarem para o alcance de resultados mais efetivos. A resposta da SES/MG à publicação da Lei nº 13.650/2018, que categorizou como improbidade administrativa o repasse de recursos às instituições privadas sem a prévia celebração do contrato, foi rápida, e ao final de 2018, todos os hospitais privados sob a gestão estadual que prestavam serviços para o SUS/MG estavam contratados.

O novo modelo contratual adotado pela SES/MG a partir de 2018 pode ser considerado um avanço na gestão dos prestadores hospitalares. As formas de remuneração e a regulação da oferta de serviços podem induzir determinados tipos de comportamento na prestação de

serviços dos hospitais e, muitos estudos apontam que o pagamento por produção incentiva uma superprodução e gera pouca qualidade aos serviços prestados. A forma de remuneração mista, com o pagamento antecipado da parcela pré-fixada, adotada nesse novo modelo contratual, confere a esses hospitais uma previsibilidade orçamentária que possibilita uma melhor gestão dos recursos na organização da prestação de serviços.

A ampliação da avaliação quadrimestral para os hospitais que não recebem IAC também representa um grande avanço, porém, o fato dessa avaliação ser 100% vinculada ao cumprimento das metas quantitativas pode provocar nesses hospitais incentivos semelhantes aos que recebem por produção. Portanto, o contrato deve ser bem elaborado e trazer de forma clara o escopo dos serviços contratados e o perfil assistencial que se espera desse hospital para garantir maior eficiência na execução dos serviços.

O aumento do número de hospitais com até de 20 leitos com uma diminuição quase que equivalente de hospitais na faixa de 51 e 100 leitos, provocou uma redução de 17% no número de leitos gerais ofertados no SUS/MG, no período de 2007 a 2018. Essa redução parece ter acompanhado uma tendência nacional, já que Barbosa e Malik (2015) relatam uma queda na relação do número de leitos hospitalares por mil habitantes no país entre 2007 e 2012, tanto no setor público como no privado, de 2,47 para 2,35, e apontam que a redução foi maior nos leitos ofertados para o SUS.

Cerca de 76% dos municípios sob gestão estadual que possuem hospitais têm até 20 mil habitantes, e 87% dos hospitais privados contratados pela SES/MG são de pequeno porte, e possuem até 50 leitos, sendo que apenas 21 possuem leitos de UTI. Estudos apontam que no Brasil 22,8% dos leitos estão em hospitais com menos de 50 leitos e que os hospitais de maior porte tendem a se localizar em municípios de maior porte populacional, enquanto os hospitais de menor porte estão presente predominantemente em municípios menores. Os hospitais de maior porte possuem maior oferta de serviços, com diferentes custos e complexidade. Já os de pequeno porte tem baixa resolutividade com internações que levam a um faturamento mais baixo, sendo justificáveis em regiões de baixa densidade demográficas ou quando articulados em projetos regionalizados e hierarquizados (CARVALHO, 2017; NETO; MALIK, 2007).

Nesse sentido, está em elaboração a política hospitalar de Minas Gerais, que dentre outras frentes, redefine o papel dos HPP nas regiões onde estão localizados para o fortalecimento das redes de atenção dos territórios.

O conjunto dos hospitais contratados apresentou um melhor desempenho na taxa de ocupação dos leitos gerais, e isso sugere que a prática do monitoramento, controle e avaliação,

empregadas a partir da contratação desses hospitais, provocou uma mudança na prestação de serviços.

Independente da formalização de um instrumento contratual, os leitos de UTI são submetidos à regulação estadual e talvez por isso a taxa de ocupação dos leitos de UTI não apontou nenhuma correlação com a existência ou não do contrato, mantendo-se praticamente a mesma nos hospitais com e sem contrato.

Trata-se de uma análise preliminar, sendo necessário o aprofundamento nas análises para estabelecer uma relação direta entre os resultados encontrados e a existência de um instrumento contratual. Contudo, é possível constatar o esforço despendido pela SES/MG na regularização da relação entre os gestores públicos. O desafio agora está na definição do modelo mais adequado para cada tipo de hospital, de forma a extrair de cada prestador o melhor resultado.

Por fim, a consolidação das informações é a grande contribuição deste trabalho, uma vez que a qualificação e organização dos dados em um único instrumento pode orientar os gestores para uma contratação mais segura e eficiente.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Formas de remuneração de serviços de saúde. **Texto para Discussão**, Brasília, n. 1006, p. 1-33, dez. 2003.

BARBOSA, Antonio Pires; MALIK, Ana Maria. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil: análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1143-1165, set./out. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais [...]. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, ano, 126, n. 191-A, 5 out. 1988.

BRASIL. Lei nº 1.3650, de 11 abril de 2018. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, na área de saúde, de que trata o art. 4º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009; e altera as Leis nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 8.429, de 2 de junho de 1992. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 12 abr. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 22 jun. 1993a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 18 maio 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Orientação para Contratação de Serviços de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica, de 06 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 06 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 29 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 29 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 31 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.721, de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, também com a previsão do incentivo financeiro. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 22 set. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.286, de 26 de outubro de 1993. Compete prioritariamente ao Município e, supletivamente, ao Estado, gerir e executar serviços públicos de atendimento à saúde da população, podendo, quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária, recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 out. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2009. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 02 ago. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 161, de 21 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o art. 3º da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 22 jan. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.035, de 17 de setembro de 2013. Estabelece novas regras para cálculo do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 18 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.352, de 26 de outubro de 2004. Regulamenta a alocação dos recursos financeiros destinados ao processo de contratualização dos hospitais vinculados ao Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 27 out. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.567, de 25 de novembro de 2016. Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 26 nov. 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 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). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 02 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 28 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 23 fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 414, de 11 de agosto de 2005. Incluir, no Sistema do Cadastro Nacional de Saúde - SCNES, as Tabelas de Habilitações de Serviços e de Regras Contratuais, constantes dos anexos I e II desta Portaria. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 12 ago. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva- estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Portaria nº 3.123, de 7 de dezembro de 2006. Homologa o Processo de Adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 dez. 2006c.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 1.189/2010**. Auditoria operacional. Segundo monitoramento das determinações e recomendações relativas às ações de regulação assistencial do SUS, conforme o acórdão 1.189/2010-plenário. Relator: 25 de maio 2010. Brasília, DF: TCU, 2010a.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

CARVALHO, Lucas Resende de. **Distribuição espacial da oferta de saúde no Brasil no contexto do mix público-privado**. 2017. 96 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-627, abr. 2012.

LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2507-2521, 2012.

MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Mônica; LEITE, Iuri da Costa. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 39-50, dez. 2015.

MÂNICA, Fernando Borges. A complementaridade da participação privada no SUS. **Revista Brasileira de Direito da Saúde**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 34-54, jan./jun. 2012.

MATOS, Carlos Alberto de; POMPEU, João Cláudio. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. ~~PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio Vilaça.~~ **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004.

MINAS, Renata Paiva de; MADUREIRA, Marisa; GONÇALVES, Ingrid Melo. A programação assistencial de saúde em Minas Gerais: relato de experiência. **Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, Belo Horizonte, v. 2, n 1, p. 83-94, 2014.

MOREIRA, Laura Monteiro de Castro; FERRE, Felipe; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1245-1256, 2017.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: histórias, avanço e desafios. **The Lancet**, p. 11-31, maio 2011.

POMPEU, João Cláudio Basso. **A situação contratual da rede hospitalar privada vinculada ao SUS**: alguns elementos para reflexão. 2004. 183 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2004.

ROMANO, Cátia Maria Costa; SCATENA, João Henrique Gurtler; KEHRIG, Ruth Terezinha. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1095-1115, 2015.

SANTOS, Thadeu Borges Souza; PINTO, Isabela Cardoso de Mato. Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agências, controle estatal e avaliação no SUS. **Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, Lisboa, v. 16, supl. 3, p. 47-53, 2017.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; OUVÉNEY, Assis Luiz Mafort. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

UGÁ, Maria Alícia; PIOLA, Sérgio Francisco; PORTO, Sílvia Marta; VIANNA, Solon Magalhães. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; HEIMANN, Luiza S.; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de; RODRIGUES, Sergio da Hora. Mudanças significativas no processo de descentralização do Sistema de Saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 139-151, 2002.