

**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**

Marcela Augusta Teixeira

**REMUNERAÇÃO DOS HOSPITAIS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
EM MINAS GERAIS: repasses de recursos públicos e reflexos nos atendimentos para o
SUS entre 2008 e 2018**

Belo Horizonte
2020

Marcela Augusta Teixeira

**REMUNERAÇÃO DOS HOSPITAIS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
EM MINAS GERAIS: repasses de recursos públicos e reflexos nos atendimentos para o
SUS entre 2008 e 2018**

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 obtenção do grau 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 Mônica Viegas Andrade

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

Belo Horizonte
2020

Teixeira, Marcela Augusta.
T266r Remuneração dos hospitais da Rede de urgência e Emergência em Minas Gerais [manuscrito]; repasses de recursos públicos e reflexos nos atendimentos para o SUS entre 2008 e 2018. / Marcela Augusta Teixeira. - - Belo Horizonte: 2020.
112f.: il.
Orientador (a): Mônica Viegas Andrade.
Coorientador (a): Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Assistência Hospitalar. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Financiamento da Assistência à Saúde. 4. Dissertação Acadêmica. I. Andrade, Mônica Viegas. II. Noronha, Kenya Valéria Micaela de Souza. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: W 74

ATA DE NÚMERO 3 (TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA MARCELA AUGUSTA TEIXEIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 13 (treze) dias do mês de fevereiro de dois mil e vinte, às 09:00 horas, realizou-se no Anfiteatro Laís Netto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "A REMUNERAÇÃO DOS HOSPITAIS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM MINAS GERAIS: REPASSES DE RECURSOS PÚBLICOS E REFLEXOS NOS ATENDIMENTOS PARA O SUS ENTRE 2008 E 2018", da aluna **Marcela Augusta Teixeira**, 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 pelas seguintes doutoras: Mônica Viegas Andrade, Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha, Márcia Mascarenhas Alemão e Maria do Carmo, 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:

☒ **APROVADA;**

☐ **APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;**

☐ **REPROVADA.**

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, 13 de fevereiro de 2020.

Profª. Drª. Mônica Viegas Andrade
Orientadora (UFMG)

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

Profª. Drª. Márcia Mascarenhas Alemão
Membro Titular (FHEMIG)

Drª. Maria do Carmo
Membro Titular (PBH)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



The block contains five handwritten signatures in blue ink, each written over a horizontal line. From top to bottom, the signatures correspond to: Mônica Viegas Andrade, Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha, Márcia Mascarenhas Alemão, Maria do Carmo, and Davidson Luis Braga Lopes. The signature of Davidson Luis Braga Lopes is notably smaller and more stylized than the others.

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo sopro da criação e por tudo que seguiu desde então. E por tudo que ainda virá.

Aos meus pais pela vida, amor e exemplo. Gratidão infinita pela inspiração, pelos ensinamentos e apoio incondicional.

Às minhas irmãs, companheiras de caminhada. Vocês não imaginam o quanto são imprescindíveis.

Aos meus sobrinhos, pelos momentos doces, alegres e divertidos. Como era possível viver antes de vocês chegarem aqui?

Ao meu namorado, amor e melhor amigo. Vou amar você enquanto respirar, e, depois disso, vou seguir amando.

À minha madrinha (*in memorian*), pelas lições inesquecíveis. Sinto muito sua falta!

Às queridas amigas Reguletes. Só cheguei até aqui pela insistência e parceria de vocês duas.

Aos colegas da Secretaria de Estado de Saúde, em especial, à equipe da Diretoria de Processamento. Há dias difíceis, mas os momentos de construção e aprendizado foram muito mais importantes.

À turma e professores do Mestrado, por ajudarem a balançar certezas mofadas e despertar antigos sonhos.

A todos que em algum ponto da estrada, deixaram um pouco de si e levaram um pouco de mim. Obrigada por terem participado da minha história e ajudarem na minha evolução.

RESUMO

A forma como um sistema de saúde remunera seus prestadores de serviços interfere diretamente em seus custos e resultados assistenciais. Através da manipulação nos formatos de pagamento, os gestores podem induzir o comportamento de estabelecimentos e profissionais de maneira a alterar sua produtividade, qualidade e oferta de serviços. Atualmente, coexistem nos sistemas de saúde diversos modelos de remuneração sem que exista consenso sobre o mais adequado ou vantajoso. Nos primeiros anos de sua vigência, o Sistema Único de Saúde (SUS) reembolsou seus prestadores essencialmente pela contraprestação de serviços. Entre outras desvantagens, essa modalidade é criticada por estimular a realização de atendimentos desnecessários, induzir registros fraudulentos de produção e aumentar os gastos do sistema. A partir de meados dos anos 2000, o SUS incorporou paulatinamente novas modalidades de custeio para seus prestadores, procurando alternativas que proporcionassem maior qualificação e efetividade na assistência prestada. Como as novas formas de repasse foram sobrepostas às existentes, há estabelecimentos financiados em diversos sistemas de pagamento. Essa particularidade é mais comum entre hospitais, responsáveis pela maior parte dos atendimentos realizados na média e alta complexidade, e que concentram parte expressiva dos recursos federal, estaduais e municipais que financiam o SUS. Compreender e aperfeiçoar o financiamento hospitalar é essencial para o equilíbrio do sistema. Nos dias atuais, cerca de 40% dos recursos federais transferidos ao estado de Minas Gerais têm como finalidade custear as Redes de Atenção à Saúde (RAS), instituídas em 2010 pelo Ministério da Saúde (MS) como principal estratégia para reorganização da assistência e superação da lógica de pagamento por produção. Visando contribuir para essa discussão, esse estudo tem como objetivo avaliar a composição dos recursos públicos repassados entre 2008 e 2018 aos hospitais participantes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do SUS/MG. Espera-se também verificar a evolução do volume de produção SUS desses estabelecimentos considerando a inclusão dos incentivos de rede em sua remuneração. Será realizado um estudo observacional analítico-descritivo de abordagem quantitativa com hospitais da RUE, com ênfase nos 20 estabelecimentos sob gestão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Palavras-chave: Assistência hospitalar. Sistema Único de Saúde. Financiamento da assistência à saúde. Remuneração.

ABSTRACT

The way a health care system pays its service providers directly interferes with its care costs and results. Through manipulation of payment formats, managers can induce the behavior of establishments and professionals in order to change their productivity, quality and service offer. Currently, different remuneration models coexist in health systems without a consensus on the most appropriate or advantageous. In the first years of its effectiveness, the Unified Health System (SUS) reimbursed its providers essentially for the consideration of services. Among other disadvantages, this modality is criticized for encouraging unnecessary assistance, inducing fraudulent production records and increasing system expenses. From the mid-2000s, SUS gradually incorporated new costing modalities for its providers, looking for alternatives that would provide greater qualification and effectiveness in the assistance provided. As the new forms of transfer were superimposed on the existing ones, there are establishments financed in different payment systems. This particularity is more common among hospitals, which are responsible for most of the care provided in medium and high complexity, and which concentrate a significant part of the federal, state and municipal resources that finance SUS. Understanding and improving hospital financing is essential for the balance of the system. Nowadays, about 40% of federal resources transferred to the state of Minas Gerais are intended to fund Health Care Networks (Redes de Atenção à Saúde – RAS), established in 2010 by the Ministry of Health (Ministério da Saúde – MS) as the main strategy for reorganizing assistance and overcoming the logic of payment by production. Aiming to contribute to this discussion, this study aims to evaluate the composition of public resources transferred between 2008 and 2018 to hospitals participating in the Urgency and Emergency Network (Rede de Urgência e Emergência – RUE) of SUS/MG. It is also expected to verify the evolution of the SUS production volume of these establishments considering the inclusion of network incentives in their remuneration. An observational analytical-descriptive study with a quantitative approach will be carried out with hospitals in the RUE, with emphasis on the 20 establishments under management by the Minas Gerais State Department of Health.

Keywords: Hospital Care. Unified Health System. Healthcare Financing. Remuneration.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	–	Principais legislações relacionadas à remuneração dos prestadores de serviços de saúde do SUS	30
Figura 2	–	Componentes da Rede de Urgência e Emergência no SUS	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	– Evolução das transferências federais de média e alta complexidade entre 2008 e 2018 para o estado de Minas Gerais	29
Gráfico 2	– Distribuição dos incentivos por hospital, considerando habilitação em UTI (%).....	53
Gráfico 3	– Distribuição dos incentivos por hospital, considerando número de leitos SUS	54
Gráfico 4	– Taxas de ocupação geral e de leitos de UTI apuradas para o conjunto dos hospitais da RUE entre 2008 e 2018.....	55
Gráfico 5	– Evolução do quantitativo de internações de alta complexidade de caráter de urgência e emergência entre 2008 e 2018.....	56
Gráfico 6	– Taxas de ocupação geral e de leitos de UTI apuradas para os hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018.....	57
Gráfico 7	– Evolução do quantitativo de internações de alta complexidade de caráter de urgência e emergência entre 2008 e 2018 entre os hospitais sob gestão estadual	58
Gráfico 8	– Média mensal de incentivos empenhados por hospital sob gestão estadual entre 2008 e 2018.....	60
Gráfico 9	– Número de acolhimentos na urgência, com classificação de risco, registrado pelos hospitais sob gestão estadual entre 2016 e 2018	61
Gráfico 10	– Evolução das despesas empenhadas por ente federativo para os hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018.....	65
Gráfico 11	– Composição dos valores repassados aos hospitais sob gestão da SES/MG entre 2008 e 2018, por ente financiador.....	68
Gráfico 12	– Objeto das despesas empenhadas pelos entes federal e estadual para os hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018.....	68
Gráfico 13	– Financiador dos incentivos repassados aos hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018.....	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Classificação do hospital e valor de incentivo federal para as unidades participantes da RUE	41
Quadro 2	– Classificação do hospital e valor de incentivo estadual para as unidades participantes da Rede Resposta.....	42
Quadro 3	– Variáveis e indicadores utilizados para análise da produção hospitalar do conjunto de hospitais da RUE.....	45
Quadro 4	– Indicadores de monitoramento da RUE apurados para os hospitais sob gestão estadual	46
Quadro 5	– Detalhamento dos indicadores analisados por hospital da RUE sob gestão estadual	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	–	Tipos de incentivo por fonte de recurso e gestão dos hospitais da RUE de Minas Gerais em 2018	52
Tabela 2	–	Comparação da produção hospitalar do conjunto dos hospitais da RUE aprovada em 2008 e 2018.....	55
Tabela 3	–	Comparação da produção dos hospitais sob gestão estadual aprovada em 2008 e 2018.....	57
Tabela 4	–	Atendimento de pacientes de outros municípios registrado nos hospitais sob gestão do estado entre 2008 e 2018	62
Tabela 5	–	Taxa de ocupação de leitos de UTI em hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018.....	63
Tabela 6	–	Taxa de ocupação de leitos clínicos em hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018.....	64
Tabela 7	–	Taxa de ocupação de leitos de cuidados prolongados em hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018.....	64
Tabela 8	–	Valores das despesas empenhadas para os hospitais da RUE sob gestão estadual entre 2008 e 2018.....	65
Tabela 9	–	Crescimento nominal e média de crescimento anual para o PIB e para as despesas empenhadas para os hospitais da RUE sob gestão estadual considerando o período de 2007 a 2017	66
Tabela 10	–	Crescimento nominal das despesas e do PIB para os municípios sede de hospitais da RUE sob gestão estadual entre 2008 e 2018	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IntegraSUS	Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde
LOA	Lei Orçamentária Anual
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso da Assistência Atenção Básica
PAR	Plano de Ação Regional
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRO-HOSP	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG
PRO-URGE	Procedimento de Fortalecimento das Portas de Urgência e Emergência
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Assistência Atendimento Móvel às Urgências
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira de Minas Gerais
SIHD	Sistemas de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos
SISMAC	Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade
SLEGIS	Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Objetivo geral.....	18
2.1.1	<i>Objetivos específicos</i>	18
3	A IMPORTÂNCIA DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	19
3.1	Modelos de remuneração prospectivos	20
3.2	Modelos de remuneração retrospectivos	22
3.3	Pagamentos baseados em valor	24
4	O FORMATO ADOTADO NO SISTEMA BRASILEIRO PARA O FINANCIAMENTO E A REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	27
4.1	O financiamento do Sistema Único de Saúde.....	27
4.2	O reembolso dos prestadores de serviços no Sistema Único de Saúde	29
5	REDES ASSISTENCIAIS E A PRIORIZAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	33
5.1	A organização em redes.....	33
5.2	A Rede de Urgência e Emergência	34
5.3	A Rede de Urgência e Emergência em Minas Gerais.....	39
6	METODOLOGIA DA PESQUISA	43
6.1	Tipo de abordagem	43
6.2	Caracterização do universo de análise.....	43
6.3	Método e coleta de dados.....	44
6.3.1	<i>Levantamento dos tipos e volume de incentivos relacionados à Rede de Urgência e Emergência em Minas Gerais</i>	44
6.3.2	<i>Apuração da produção Sistema Único de Saúde dos hospitais da Rede de Urgência e Emergência entre 2008 e 2018</i>	45
6.3.3	<i>Verificação da composição da remuneração dos hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018</i>	47
7	RESULTADOS	50
7.1	Incentivos da Rede de Urgência e Emergência: tipos e valores vigentes.....	50
7.2	Evolução da produção e indicadores de desempenho hospitalar entre 2008 e 2018.....	54
7.2.1	<i>Comportamento da produção hospitalar de todos os hospitais da Rede de Urgência e Emergência entre 2008 e 2018</i>	54
7.2.2	<i>Comportamento da produção hospitalar dos prestadores sob gestão estadual entre 2008 e 2018</i>	56
7.2.3	<i>Resultado dos indicadores de monitoramento da Rede de Urgência e Emergência apurados para os hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018</i>	58
7.3	A composição das despesas empenhadas para os hospitais da Rede de Urgência e Emergência sob gestão da SES/MG entre 2008 e 2018.....	64

8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS.....	76
	APÊNDICE A – Principais atributos dos incentivos da Rede de Urgência e Emergência.....	86
	APÊNDICE B – Incentivos estaduais da Rede de Urgência e Emergência detalhados por hospital	89
	APÊNDICE C – Incentivos federais da Rede de Urgência e Emergência detalhados por hospital.....	101

1 INTRODUÇÃO

Mudanças no perfil de adoecimento da população mundial bem como a incorporação constante de novas tecnologias têm pressionado os gastos com os sistemas de saúde em todo o globo. A partir da década de 60, a inflação médica passou a ser sistematicamente maior que a inflação geral e dados comprovam que em alguns países a fatia do Produto Interno Bruto (PIB) destinada à saúde duplicou desde então. Além disso, pesam nessa conta falhas de mercado típicas desse setor, como a assimetria de informações, o risco moral e a seleção adversa (RIBEIRO, 2004; UGÁ, 2012; ANDREAZZI, 2003; MARQUES, 2016).

Em busca de conter as despesas, nos últimos anos diversas alternativas foram construídas pelos sistemas de saúde para qualificar a gestão dos seus custos e os modelos de remuneração dos prestadores são considerados ferramentas poderosas nesse sentido. Atualmente, diversos formatos de pagamento coexistem sem que haja consenso sobre qual o mais adequado, porém é certo que através de sua manipulação é possível induzir condutas positivas ou mitigar comportamentos indesejados, ampliar a composição e a oferta dos serviços, impulsionar a produtividade e a qualidade da assistência além de auxiliar no controle dos custos globais da atenção médica (TOBAR; ROSENFELD; REALE, 1998; ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012).

Além do controle financeiro, o formato de pagamento interfere diretamente no modelo da atenção e em seus resultados (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019). Por essa razão, essa discussão tem profunda implicação nos sistemas de saúde, principalmente quando se trata da remuneração de hospitais, maiores produtores de serviços, pesquisas e inovações, não só no que tange a internações, mas também para procedimentos de diagnóstico e terapia (ANDREAZZI, 2003; VECINA NETO; MALIK, 2007).

Considerando os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com estabelecimentos de média e alta complexidade (MAC), as despesas com os hospitais chegam a 70% (BRASIL, 2018). Durante muitos anos, o reembolso desses prestadores foi efetuado essencialmente por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Esse instrumento de remuneração também se constituiu ao longo do tempo como base para definição dos valores de financiamento do sistema, calculados por meio de séries históricas da produção. A AIH é utilizada ainda hoje para registro e pagamento de parte da produção hospitalar, baseada em tabela de procedimentos valorada pelo ente federal. No entanto, frente a críticas crescentes ao modelo de pagamento tradicionalmente adotado, e considerando experiências internacionais, o SUS tem experimentado novos modelos de remuneração e, pelo menos no discurso, decretou a falência

do pagamento por procedimento (VERAS; MARTINS, 1994; MENDES, 2014; ANDRADE *et al.*, 2018).

As Portarias de contratualização de hospitais de ensino e filantrópicos, publicadas em 2004 e 2005 respectivamente, constituíram as primeiras iniciativas de maior amplitude na tentativa superar o modelo de pagamento por produção para os hospitais do SUS. A partir dessas normativas, foi instituída a orçamentação global para os atendimentos em saúde de média complexidade vinculada ao cumprimento de indicadores quantitativos e qualitativos para os hospitais selecionados (BRASIL, 2004, 2005).

Em 2010, foi publicada a Portaria MS/GM nº 4.279, estabelecendo as diretrizes para as redes prioritárias de assistência à saúde. A organização em redes é reconhecida internacionalmente como uma das mais eficazes para a gestão da assistência em saúde e sua qualificação dado o contexto atual de adoecimento da população em que coexistem com igual gravidade condições agudas e doenças crônicas (BRASIL, 2010). À medida que foram implantadas, as redes introduziram o custeio de seus serviços por incentivos acrescentando mais um mecanismo de remuneração para os prestadores hospitalares. Os incentivos são valores pré-fixados, destinados a unidades com algum papel na rede e vinculados a indicadores específicos (MENDES, 2014).

Entre as redes prioritárias do SUS, a Urgência e Emergência assume lugar de destaque pela relevância de sua assistência no sistema de saúde, bem como pelos valores dispendidos para seu custeio. Além dos mais de R\$ 700 milhões federais destinados às suas unidades, o governo de Minas Gerais previu na Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2020 R\$ 497 milhões provenientes do Tesouro Estadual como contrapartida para manutenção da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Esse valor corresponde a cerca de 27% dos recursos estaduais destinados ao custeio direto da MAC e chega a 60% quando filtradas apenas as ações programáticas da LOA relacionadas às redes prioritárias (MINAS GERAIS, 2019d, 2020a).

Atualmente, é comum que o mesmo estabelecimento seja pago em mais de uma metodologia, sendo observado crescimento expressivo dos recursos destinados ao pagamento por orçamentação global e incentivos de rede. Contudo, essa informação não está organizada e não é possível consultar de forma rápida e confiável o valor total que compõe a remuneração desse prestador. Esse desconhecimento tornou-se entrave para mensuração da efetividade da rede assistencial, para diagnóstico sobre a necessidade de novos aportes, sendo um dos fatores que dificultou a revisão da política hospitalar no estado nos últimos anos.

Considerando esse contexto, esse estudo teve como objetivo verificar as modalidades de remuneração dos hospitais mineiros participantes da RUE bem como a composição dos

repasse públicos, por ente financiador, entre 2008 e 2018. Paralelamente, a partir dos dados de produção levantados e cálculo de indicadores hospitalares, foi avaliada em que medida a inclusão de incentivos na remuneração dos hospitais gerou reflexos no volume de sua produção para o SUS.

Os resultados encontrados nesse estudo foram dispostos ao longo de oito capítulos. No segundo capítulo, serão detalhados os objetivos geral e específicos. Os capítulos 3, 4 e 5 contemplam a revisão da literatura sobre a remuneração de prestadores de serviços em saúde, pontos importantes sobre o financiamento e pagamento de hospitais no SUS e aspectos gerais sobre as redes prioritárias, com destaque para a urgência e emergência. No sexto capítulo consta o método adotado em cada etapa do estudo e as fontes de informação utilizadas. O capítulo 7 apresentará os resultados alcançados, enfatizando a evolução da assistência de urgência e emergência prestada pelos hospitais em comparação com os recursos públicos a eles transferidos.

Por fim, o oitavo capítulo abará as conclusões do estudo. Foi possível observar que a inclusão de incentivos na remuneração dos hospitais da RUE significou aumento expressivo nos gastos do sistema a eles relacionadas ao longo dos anos pesquisados. Da mesma forma, houve evolução positiva no volume da produção SUS desses hospitais, tanto em números absolutos quanto nos resultados de alguns dos indicadores apurados. Ainda que esse estudo não permita estabelecer uma relação direta entre o formato de pagamento e os resultados de produção observados, infere-se que a adoção de incentivos atrelada ao monitoramento de indicadores pode ser uma boa alternativa à modalidade de pagamento por produção no SUS. Alguns resultados, no entanto, indicam que há necessidade de aprimoramento dos mecanismos de acompanhamento e avaliação, em especial, se considerado o volume de recursos envolvido e a importância desse tipo de assistência para a população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a remuneração dos hospitais da Rede de Urgência e Emergência (RUE), a composição dos repasses públicos entre 2008 e 2018 bem como os reflexos que as mudanças no modelo de pagamento ocasionaram no volume da produção SUS por eles realizada.

2.1.1 Objetivos específicos

- Levantar os diversos tipos de incentivos recebidos pelos hospitais participantes da RUE compreendendo suas peculiaridades;
- Analisar a evolução do volume de produção SUS considerando a inclusão de incentivos na remuneração desses hospitais;
- Apurar a composição federal, estadual e municipal da remuneração desses estabelecimentos.

3 A IMPORTÂNCIA DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O modelo de remuneração consiste no procedimento adotado pelo pagador para reembolso do trabalho prestado por indivíduos ou estabelecimentos, sendo diversos os formatos adotados nos sistemas de saúde na atualidade. As formas de pagamento influenciam de maneira expressiva o comportamento de profissionais, instituições e usuários, impactam o volume da produção e a qualidade dos atendimentos realizados além de interferir diretamente nos custos dos sistemas de saúde. Importante considerar que não há um formato ideal quando se trata da remuneração de serviços de saúde, cada modelo tem virtudes e defeitos, com consequências a serem consideradas conforme o contexto de sua utilização (CHERCHIGLIA, 1994; TOBAR; ROSENFELD; REALE, 1998; ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012; SANTOS; SERVO, 2016; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

A preocupação com os formatos de pagamento em saúde está presente desde a década de 50, quando a incorporação de tecnologias causou um salto nos custos dos serviços médicos. A partir dos anos de 60, a inflação no setor saúde passou a ser sistematicamente maior que a inflação geral e suas despesas assumiram tendência crescente em todo o globo. Em alguns países, entre a década de 60 e o início dos anos 2000, o acréscimo de gastos do PIB nesse setor foi maior que 100% (ANDREAZZI, 2003; ZWEIFEL; BREYER; KIFMANN, 2009).

Além do desenvolvimento constante de novas formas de tratamento e medicamentos, o perfil de morbidade e mortalidade da população mundial, em processo de transição, contribui de maneira decisiva para o crescimento dos valores dispendidos. De forma paralela ao aumento da prevalência das condições crônicas não transmissíveis, verifica-se ainda a ocorrência sistemática de afecções contagiosas em certas regiões, em especial, nas de menores índices de desenvolvimento econômico e social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Cabe também destacar entre as causas de encarecimento dos sistemas peculiaridades próprias do setor como a assimetria de informações e falhas de mercado, tradicionalmente observadas no negócio saúde. A constante incorporação tecnológica e a concentração do poder de decisão na mão dos profissionais limitam a escolha por parte do paciente ou do gestor sobre o tratamento a ser realizado. Além disso, questões como risco moral e seleção adversa afetam o comportamento tanto dos seguradores, pela dificuldade em definir o grau de risco do segurado, quanto dos usuários, gerando muitas vezes sobre utilização dos serviços cobertos pelo sistema. Essas particularidades dificultam a implantação de mecanismos reguladores efetivos por parte dos financiadores, tornando os contratos de difícil formulação e as relações por eles

intermediadas pouco previsíveis (ANDRADE; PORTO JÚNIOR, 2004; RIBEIRO, 2004; MARQUES, 2016).

Frente à escalada de gastos, a partir de reformas realizadas nos sistemas de saúde de diversos países nos anos 90, o modelo de remuneração dos prestadores de serviços transformou-se em instrumento de controle das despesas tanto nos sistemas privados como nos públicos (UGÁ, 2012). Além da gestão financeira, o formato de pagamento está diretamente relacionado ao “modelo de atenção e aos resultados de saúde esperados” e impacta de forma decisiva nos efeitos alcançados pelos sistemas de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019, p. 10).

Em busca de conciliar os interesses dos diversos atores envolvidos e de extrair o maior benefício a partir dos recursos dispendidos, os sistemas de saúde configuraram formatos de remuneração variados. De forma geral, esses modelos podem ser caracterizados pelo momento em que o pagamento é efetivado ao prestador (antes ou depois dos atendimentos), e também quanto à metodologia de definição do valor a ser pago (conforme produção realizada, por estimativa de gastos, por número de indivíduos a ser atendido, etc.) (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012; SANTOS; SERVO, 2016).

Cada modalidade de remuneração tem suas peculiaridades e demanda do gestor mecanismos diferenciados para controle da execução e monitoramento dos efeitos assistenciais obtidos. A busca por formatos mais adequados e que propiciem maior valor para os pacientes em relação aos recursos dispendidos é destaque mundial. Aprofundar o entendimento sobre as vantagens e desvantagens de cada um dos modelos de remuneração é item indispensável para aumentar a eficiência do gasto em saúde (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012; ZWEIFEL, BREYER; KIFMANN, 2009; SANTOS; SERVO, 2016). Com este objetivo, a seguir serão abordados os principais formatos de pagamento em uso na atualidade, classificados conforme o momento de ressarcimento ao prestador.

3.1 Modelos de remuneração prospectivos

Nos modelos de remuneração prospectivos a remuneração é feita antes da prestação do serviço, como por exemplo na orçamentação global e no pagamento per capita. O pagamento por orçamento global equivale a repasses periódicos de um montante financeiro acertado previamente entre gestor e prestador, calculado com base na produção prevista para o período em questão. Esse formato pode abarcar todos os serviços prestados por uma unidade ou se restringir a parte deles, como atendimentos ambulatoriais ou internações, e tem sido utilizado

principalmente no ressarcimento a hospitais localizados em países de renda mais baixa. Normalmente, os repasses não estão vinculados à efetiva realização dos serviços (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012; BOACHIE, 2014).

No pagamento per capita, ou por capitação, o repasse à unidade de saúde está vinculado a uma população adscrita. É possível implementá-lo por região geográfica ou por lista de pacientes. A remuneração é efetuada conforme o número de indivíduos pelo qual a unidade está responsável e pode ser ajustada por risco considerando variáveis como sexo ou idade. Esse modelo é utilizado há muitos anos para reembolso dos médicos generalistas do Reino Unido, que são as portas de entrada para o sistema de saúde britânico, e tem sido adotado em muitos países para remuneração de serviços da atenção primária (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

A capitação pode ser parcial ou total. Em seu formato parcial, realiza o pagamento de forma prospectiva para alguns serviços, em geral, relacionados aos cuidados primários, enquanto procedimentos de MAC são custeados em outra lógica. No modelo de capitação total, todo o pacote de serviços de determinado prestador é custeado per capita a partir da negociação entre prestador e contratante. Os valores pagos podem ser definidos de forma simples, com uma quantia igual por cidadão vinculado ao serviço, ou ajustados por características individuais, além de indicadores socioeconômicos e de morbidade com vistas a promover a equidade do tratamento e incentivar a eficiência (BOACHIE, 2014).

Entre os principais problemas decorrentes do pré-pagamento, Andreazzi (2003, p. 27) aponta a “seleção de risco de casos graves, negligência a formas mais complexas de atenção médica e redução da utilização de exames complementares abaixo do tecnicamente esperado.” Para Boachie (2014), sua única vantagem é permitir tanto para financiador como para unidade de saúde uma previsibilidade de receitas, contudo, não traz nenhum incentivo ao bom desempenho, em especial quando não há monitoramento sistemático dos resultados alcançados. Os autores indicados anteriormente concordam que, para garantir produtividade e qualidade, é necessário vincular o pagamento ao cumprimento de objetivos e metas, formato adotado em propostas mais modernas de remuneração por orçamentação global.

Ugá (2012) compartilha a mesma preocupação e afirma que, sem um sistema de controle robusto, essa lógica de pagamento pode levar à produção insuficiente de serviços e falta de qualidade nos atendimentos realizados. A autora defende que sejam estabelecidos valores suficientes para o funcionamento da unidade evitando assim que a necessidade de controle dos gastos influencie de maneira negativa os serviços por ela prestados.

Zweifel, Breyer e Kifmann (2009) também mencionam esses riscos e sugerem a adoção das modalidades prospectivas de pagamento somente quando o pagador tem as informações necessárias para prever o custo de tratamento e estabelecer valores de ressarcimento condizentes com os serviços esperados. Se o pagador for incapaz de coletar dados confiáveis sobre esses custos, esse tipo de remuneração não deve ser adotado para não incorrer na seleção indesejada de pacientes.

3.2 Modelos de remuneração retrospectivos

A remuneração posterior à execução dos serviços é denominada retrospectiva. São classificados dessa forma os pagamentos por procedimento (*fee-for-service*), por diária e por grupo de diagnósticos (*diagnosis related groups* – DRG). O modelo *fee-for-service* requer a definição de uma tabela de valores para cada procedimento ou item utilizado e o reembolso é efetuado conforme quantitativo realizado. A remuneração mensal ao prestador consiste no somatório dos serviços prestados a cada paciente multiplicado pelos seus respectivos valores (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

Em formato parecido ao *fee-for-service*, o pagamento por diária é utilizado apenas na remuneração de hospitais e corresponde à soma do tempo de permanência de cada paciente multiplicado pelo valor unitário de cada diária. Na maioria dos países que adota esse sistema, o valor da diária é diferenciado conforme a complexidade do hospital e a clínica do procedimento realizado. O pagamento pode ser global ou semiglobal. Quando adotado para a totalidade do serviço prestado, há um preço único de diárias para o conjunto de serviços clínicos, ressarcidos conforme permanência e acomodação do paciente. Os demais itens, como procedimentos cirúrgicos, são cobrados em conta aberta. No formato semiglobal, é custeada a estadia do paciente e alguns itens como serviços de enfermagem, material de consumo e dieta. Normalmente é adotado como preparativo para o pagamento por diárias globais (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

No sistema de pagamento DRG, os serviços de saúde são remunerados por episódio de tratamento cujo preço é estabelecido considerando grupos homogêneos de diagnósticos com padrão similar de consumo de recursos. Os custos dos pacientes são calculados com base em seu diagnóstico principal, doenças e complicações, idade e tipo de tratamento. Inicialmente, esse modelo de pagamento foi adotado nos Estados Unidos. Os bons resultados no controle de gastos levaram à sua adoção em outros países, em seu formato puro ou combinado com outros

modelos de remuneração (UGÁ, 2012; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

São muitos os autores que criticam adoção do pagamento retrospectivo de forma exclusiva, dado que essa lógica de remuneração tende a estimular a realização de atendimentos além do necessário, aumentando o custo do sistema e expondo pacientes a procedimentos por vezes desnecessários. Segundo Miller (2017), o modelo de pagamento *fee-for-service* consiste em uma das principais razões para o incremento das despesas em saúde sem equivalente acréscimo na qualidade dos atendimentos. O autor aponta quatro desvantagens principais na sua utilização: pouca garantia de qualidade dos serviços, à medida em que o pagamento é realizado sem avaliação do resultado; valores de remuneração, em geral, inferiores aos custos dos cuidados; ausência de pagamento para serviços importantes e de alto valor, como o realizado por enfermeiros ou outros profissionais de saúde; desconhecimento prévio do custo total do tratamento (MILLER, 2017).

Apesar das críticas, esse modelo é amplamente utilizado na atenção ambulatorial em diversos países, em sua metodologia tradicional ou combinado a outras formas de pagamento, em especial na atenção especializada. E os autores reconhecem que esse sistema de remuneração não teria permanecido por tanto tempo se não tivesse algumas qualidades. Os preços são transparentes e, por considerar o quantitativo executado, geralmente o valor final a ser pago é proporcional ao volume e à complexidade dos serviços prestados. O modelo *fee-for-service* pode ser vantajoso para o contratador, dado que o ressarcimento somente é realizado mediante o efetivo atendimento, e também para o prestador uma vez que não há penalização dos mesmos por questões que ele não pode controlar (MILLER, 2017).

A principal crítica ao pagamento por diárias é a remuneração equivalente a quadros de diferentes níveis de complexidade. É possível que essa característica induza à opção por casos de menor custo, à realização de internações desnecessárias, além de aumentar sem necessidade o tempo de permanência do paciente no hospital. Além disso, os gastos finais são imprevisíveis e demanda dos financiadores “sistemas minuciosos de informação e auditoria” (ANDREAZZI, 2003, p. 25). Em razão das grandes distorções que podem ser geradas por esse formato de pagamento, muitos dos países que o adotam têm buscado combinações com outros modelos, constituindo sistemas mistos (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

Apesar dos relatos de diminuição de custos em alguns países implantados, o DRG também é visto com desconfiança por alguns autores. Ainda que favoreça o controle dos gastos, ao fixar valores de custeio, esse modelo gera desvantagens semelhantes àsquelas do pagamento

por diária, sendo observadas taxas elevadas de alta precoce e reinternações, além de classificação fraudulenta dos pacientes de modo a encaixá-los nos grupos de maior custo (ZWEIFEL; BREYER; KIFMANN, 2009; UGÁ, 2012; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

3.3 Pagamentos baseados em valor

Os modelos mais recentes de remuneração trazem seu foco para o pagamento baseado em valor. O conceito de valor em saúde tem sido utilizado com sentidos diversos, mas de forma geral relaciona-se com a diferença entre os “resultados médicos ou de saúde” para o paciente e o “gasto incorrido para alcançá-los” (VELOSO; BANDEIRA-DE-MELLO; MALIK, 2013, p. 502).

Nessa proposta, o valor para o paciente transforma-se em medida de desempenho e todos os participantes da prestação dos serviços devem ter como objetivo aumentá-lo. A cadeia de valor interna corresponde ao conjunto de atividades realizadas pelo prestador na produção e entrega de um produto ou serviço. A cadeia externa é mais ampla, incluindo todos os fluxos e recursos envolvidos até o consumidor final. Para maximizar o valor a ser entregue ao paciente, é importante que todas as etapas sejam revisadas e qualificadas (PEDROSO; MALIK, 2012; VELOSO; BANDEIRA-DE-MELLO; MALIK, 2013).

Quatro formatos de pagamento estão sendo adotados tendo o valor para o paciente como premissa: a capitação e a orçamentação global, tratados anteriormente no item sobre pagamentos prospectivos, o *fee-for-service* com bônus por performance (FFS+P4P) e o pagamento por pacotes (*bundles*), que serão abordados a seguir (CAMPOLINA, 2017; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

O *fee-for-service* com bônus por performance tem sido utilizado como mecanismo de transição entre um modelo vinculado ao volume de produção para um formato em que se remunere por valor. Nesse formato, os prestadores de serviço são pagos a partir da assistência realizada, mas são acrescidos em seu ressarcimento bônus ou penalidades relacionadas a custos e desfechos. A proposta geral desse modelo é recompensar a prestação de serviços específicos de maneira a fomentar maior cobertura, qualidade e resultados de saúde. Em alguns países, além dos indicadores clássicos de qualidade da atenção, também estão sendo incluídas avaliações sobre a tecnologia adotada no tratamento bem como a utilização custo-efetiva dos recursos disponíveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010; CAMPOLINA, 2017; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

No sistema de remuneração por pacotes (*bundles*), o pagamento é realizado a partir da expectativa de custo por episódio clínico sendo considerada nesse montante toda a linha de cuidado e serviços que podem ser necessários em intervalo de tempo pré-estabelecido. Pode funcionar na lógica prospectiva, quando há definição de um preço fixo por episódio, ou retrospectiva, quando o pagamento é realizado no modelo *fee-for-service* e ao final do tratamento há compartilhamento entre as partes de economias ou custos a maior observados. Esse formato tem sido utilizado em episódios cujo tratamento e custos são bem estabelecidos como alguns tipos de cirurgia e cuidados da linha materno-infantil (CAMPOLINA, 2017; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

Miller (2017) afirma que os modelos de pagamento baseados em valor apresentam avanços em relação aos formatos de remuneração tradicionais, porém não superam em sua totalidade os problemas clássicos dessas metodologias. Para o autor, a maior falha dos modelos de remuneração, clássicos ou em sua roupagem mais atual, é o direcionamento das ações de controle para redução dos gastos dos financiadores quando o foco deveria ser a garantia de bons resultados de saúde para os pacientes. Para superar essa lógica, é importante implementar mecanismos que mantenham os pontos fortes dos pagamentos por procedimento ao mesmo tempo que vinculem o ressarcimento ao atendimento com qualidade das necessidades dos pacientes.

O pagamento por desempenho foi adotado em diversos países e, apesar de algumas experiências demonstrarem melhora na atuação de profissionais em indicadores específicos, não há evidência de aprimoramento na performance dos prestadores, em especial, no que tange à relação custo-efetividade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que os bons resultados iniciais devem ser avaliados com cautela e destaca a necessidade de aperfeiçoamento dos sistemas de informação e de monitoramento para correta averiguação dos efeitos alcançados. Entre as desvantagens associadas ao pagamento por desempenho estão a seleção de pacientes mais saudáveis ou fáceis de tratar, foco no cuidado relacionado às metas incentivadas, desmotivação para oferecer serviços de alta qualidade quando este não representa maior ganho financeiro, e, por fim, manipulação dos dados para aparentar um desempenho melhor que o realmente praticado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010; SANTOS; SERVO, 2016).

Para Miller (2017), o pagamento por desempenho não garante que os serviços prestados sejam os apropriados ao paciente de forma individual dado que os indicadores são medidos em relação à atuação total. Outro ponto importante destacado pelo autor é que os valores a serem ressarcidos somente são conhecidos no final do período de avaliação e o bônus, ou penalidade,

ocorre muito tempo depois do atendimento realizado. Segundo o autor, essa distância é uma das principais justificativas para o pequeno impacto assistencial normalmente observado nos pagamentos por desempenho.

Santana (2002) e Campbell *et al.* (2009) afirmam que os maus resultados dos ressarcimentos por desempenho estão relacionados a incentivos inadequados, e que estes precisam ser melhor estudados. Campbell *et al.* (2009, p. 5) destacam a complexidade em estabelecer incentivos “que levem em conta as diferentes dimensões ou atributos do negócio e onde seja possível incorporar variáveis objetivas e subjetivas, evitando, desse modo, distorções de performance.” Ademais, a dificuldade na mensuração das ações do prestador e a assimetria de informações existente entre este e seu financiador agregam mais dificuldade na definição de bons indicadores e metodologia de acompanhamento.

O pagamento por *bundles* também recebe críticas. Entre as falhas mais graves associadas a essa metodologia estão a diminuição da qualidade para economia de gastos, pouco incentivo para qualificação dos serviços, dado que o pagamento não está vinculado a resultados, e oferta de atendimentos aquém do necessário. Além disso, os pagamentos por pacote estão formatados para um rol limitado de tratamentos e não prevê ajustes por desempenho ou complexidade dos casos (MILLER, 2017; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

Apesar das limitações nos formatos existentes, Zweifel, Breyer e Kifmann (2009) destacam a importância de mudanças tendo como foco aumentar o valor para o paciente. Isso não implica no descuido com o controle dos gastos. Para garantir o correto balanceamento entre custos e qualidade, é importante que a negociação entre financiador e prestador considere o retorno esperado por este ao mesmo tempo em que estabeleça incentivos para o bom atendimento, sendo suas metas e indicadores personalizados às particularidades do serviço. Paralelamente, o contratante deve qualificar a coleta de dados e monitoramento dos estabelecimentos para acompanhar seu desempenho e, eventualmente, aprimorar o modelo de remuneração adotado para cada uma das unidades contratadas.

4 O FORMATO ADOTADO NO SISTEMA BRASILEIRO PARA O FINANCIAMENTO E A REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1 O financiamento do Sistema Único de Saúde

É comum haver confusão entre o modelo de financiamento do sistema de saúde e os formatos de remuneração dos seus prestadores. O financiamento “diz respeito às fontes de recursos por meio das quais se dá o gasto em saúde de uma dada sociedade.” (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012, p. 396). Os financiadores podem ser os Estados, em suas diversas esferas, por meio de tributos, empréstimos ou doações internacionais; as empresas, através de planos coletivos para seus funcionários; e os indivíduos e suas famílias, por desembolso direto ou através da compra de planos de saúde privados (ANDRADE *et al.*, 2018).

O arranjo entre esses financiadores permite identificar quatro modalidades básicas de financiamento: serviços nacionais de cobertura universal com custeio por meio de tributos; seguros sociais em que a população, ou parte dela, é obrigada a contribuir com um fundo de saúde que pode também contar com recursos estatais ou de empresas; seguros privados, comprados por indivíduos ou empresas; e pagamentos diretos pelos indivíduos. É comum que os sistemas sejam constituídos a partir de uma combinação entre essas modalidades e, assim, cada financiador arca com parte da assistência. No Brasil, coexistem diferentes tipos de financiamento e ainda há sobreposição da cartela de serviços custeadas pelo público e pelo privado, o que torna sua configuração e gestão ainda mais complexa (ANDRADE *et al.*, 2018).

O SUS é gerido e financiado pelos três entes federativos, cada qual com responsabilidades e atribuições específicas estabelecidas nas normativas relacionadas. Em volume de recursos o maior financiador é a União, cuja execução financeira é realizada essencialmente mediante à transferência de recursos a estados e municípios. Atualmente, o repasse dos recursos federais é realizado em dois blocos: investimento e custeio. No bloco de investimento, estão os recursos destinados à ampliação e estruturação das ações em saúde. O pagamento das ações realizadas na atenção básica e na assistência de MAC é coberto pelos recursos transferidos no bloco de custeio (SOUZA; COSTA, 2010; BRASIL, 2017c).

No sistema público brasileiro, a atenção primária foi a primeira a ser essencialmente financiada em formato alternativo ao *fee-for-service*. Em 1996, foi estabelecido um piso básico nacional, vinculado à população de cada município. Esse valor pré-fixado ainda poderia ser acrescido de incentivos relacionados aos programas de saúde da família e agentes comunitários de saúde. Tal medida foi crucial para a expansão da atenção básica. A partir da regulamentação

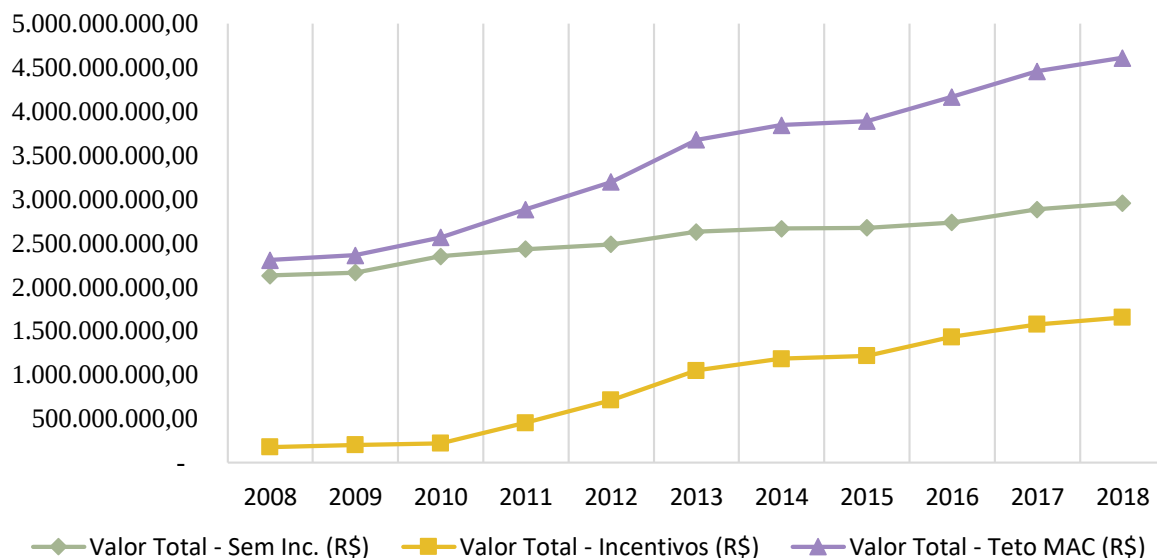
das transferências federais por meio de blocos em 2007, o financiamento da atenção básica passou a ser composto por um piso fixo (PAB fixo), calculado com base populacional, e um variável, constituído pelos recursos destinados ao custeio de estratégias específicas como saúde da família, saúde bucal e saúde prisional. Em 2019, foi promulgada a Portaria MS/GM nº 2.979 que estabeleceu o financiamento da atenção primária por meio da capitação ponderada por fatores como vulnerabilidade socioeconômica e perfil demográfico, desempenho apurado por meio de indicadores específicos e incentivos para ações estratégicas (BRASIL, 1996; ROA; CANTÓN; FERREIRA, 2016; BRASIL, 2019).

As quantias destinadas ao financiamento da MAC correspondem a 70% dos recursos transferidos pela União e mantém como base a série histórica de produção precificada por valores tabelados pelo ente federal. Como a atualização dos preços ocorre com mais frequência para alta complexidade ou para serviços com maior poder político de persuasão, observa-se defasagem nessa tabela em relação aos custos reais dos procedimentos no mercado (NORONHA; PORTELA; LEBRÃO, 2004; MENDES, 2014; SANTOS; SERVO, 2016; ANDRADE *et al.*, 2018; SALDIVA; VERAS, 2018).

Como forma alternativa, o governo federal tem incluído no seu modelo de financiamento programas de incentivos com o objetivo de corrigir as distorções provocadas pelos valores dos procedimentos no SUS. Também têm sido adotados esquemas de financiamento considerando o pagamento por desempenho em nichos de prestadores específicos, como hospitais de ensino e filantrópicos. Esses estabelecimentos foram os primeiros beneficiários dos novos formatos, a partir da contratualização de metas e indicadores de qualidade, cujo resultado é monitorado de forma a impactar os valores de sua remuneração (SANTOS; SERVO, 2016; ANDRADE *et al.*, 2018).

É possível observar que essas iniciativas contribuem para um novo perfil nas transferências realizadas pela União para o custeio da MAC do SUS. Em Minas Gerais, por exemplo, entre 2008 e 2018 houve um incremento de 100% no valor total transferido pelo governo federal na modalidade tradicional de financiamento da MAC. No mesmo período, o aumento dos recursos destinados especificamente a incentivos foi de 837%, saltando de R\$ 176, milhões transferidos em 2008, 7% do total transferido, para R\$ 1,6 bilhão dez anos depois, o que corresponde a 36% do teto MAC do estado. No Gráfico 1, é possível observar que a linha que demonstra a evolução dos incentivos possui tendência de crescimento enquanto a que representa o teto sem incentivos está praticamente estável nos últimos anos.

Gráfico 1 – Evolução das transferências federais de média e alta complexidade entre 2008 e 2018 para o estado de Minas Gerais

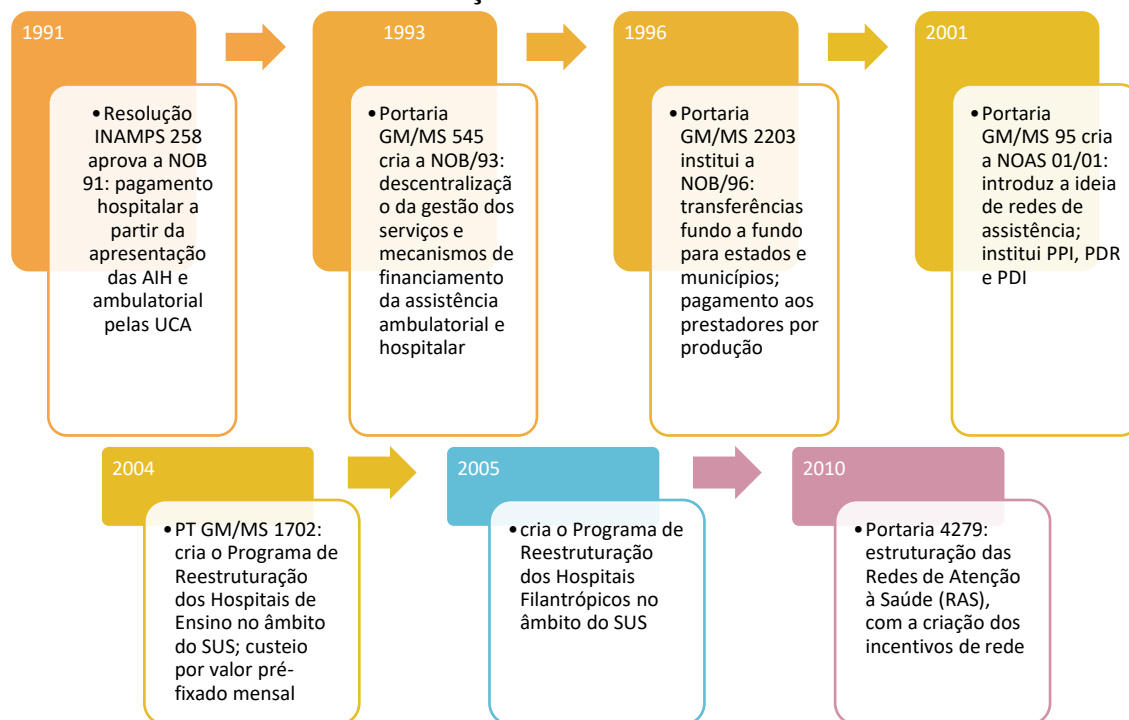


Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do SISMAC/SUS (2019).

4.2 O reembolso dos prestadores de serviços no Sistema Único de Saúde

Se o financiamento é em grande parte realizado pelo governo federal, cabe aos estados e municípios a organização da assistência, a contratação e o pagamento dos serviços de saúde, observando as normativas vigentes. A remuneração dos prestadores passou a ser objeto das normativas do SUS a partir dos anos 90 (Figura 1). Nos primeiros anos de sua vigência, o pagamento aos prestadores hospitalares era realizado pelo governo federal. A Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, publicada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), manteve o reembolso aos hospitais centralizado naquele órgão e realizado a partir da apresentação das AIH. A assistência ambulatorial também era valorada pelo INAMPS através das Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCA), cujo montante era definido para cada estado a partir de critérios como população, capacidade instalada e série histórica. O valor estipulado era repassado aos estados e municípios sendo deles a função de pagamento aos prestadores (BRASIL, 1991; SCATENA; TANAKA, 2001).

Figura 1 – Principais legislações relacionadas à remuneração dos prestadores de serviços de saúde do SUS



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Brasil (1991, 1993, 1996, 2004, 2005, 2010).

Entre os objetivos da norma operacional publicada em 1996, estava reduzir progressiva e continuamente “a remuneração por produção de serviços”, em busca da ampliação das “transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integrada”. Como avanço, essa norma estabeleceu os tipos de tetos financeiros a serem transferidos a estados e municípios conforme a habilitação que assumissem. No entanto, apesar da alteração no modelo de transferência dos recursos para financiamento, o pagamento aos prestadores permaneceu sendo realizado “contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados” e “segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério” (BRASIL, 1996).

No final da década de 1990, a descentralização e a municipalização, diretrizes de maior enfoque nas normas operacionais, começaram a apresentar limitações. Parte significativa da cartela de procedimentos do SUS não era passível de oferta em escala municipal e foi necessário repensar o modelo de regionalização e referências intermunicipais. Foi nesse contexto que o Ministério da Saúde (MS) promoveu a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002. A responsabilidade dos municípios passou a ter maior amplitude na atenção básica. Para a MAC passaram a vigorar os conceitos de hierarquização e regionalização, que mais tarde possibilitaram a reorganização da assistência nas redes de atenção (BARRETO JUNIOR; SILVA, 2004; BRASIL, 2010).

Apesar dos avanços nos formatos de transferência de recursos e organização da assistência, em seus primeiros quinze anos, o SUS remunerou os prestadores essencialmente pela contraprestação de serviços. Esse fato pode ser corroborado pelo Manual de Gestão Financeira do SUS, editado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) em 2003, que traz como principal modalidade de pagamento para serviços de MAC o reembolso mediante apresentação de fatura, baseada na tabela de serviços dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar. As únicas exceções existentes à época era o pagamento dos incentivos IntegraSUS e Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), realizado diretamente aos beneficiários sem vinculação à produção (BRASIL, 2003; SANTOS; SERVO, 2016).

Em agosto de 2004, foi publicada pelo MS a Portaria GM/MS nº 1.702, que criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Foi uma das primeiras ações efetivas do SUS em direção à revisão do modelo de pagamento por procedimentos na MAC. Esse programa estabeleceu o custeio por valor pré-fixado mensal, englobando recursos referentes à assistência ambulatorial e hospitalar e incentivos financeiros vinculados a metas de qualidade (BRASIL, 2004). Na mesma lógica, foi aprovada em 2005 a Portaria GM/MS nº 1.721, dessa vez instituindo o Programa de Reestruturação e Contratualização para os hospitais filantrópicos considerando a importância dessas unidades na rede e a grave crise financeira enfrentada à época pelas Santas Casas (BRASIL, 2005). No programa de reestruturação dos filantrópicos houve aporte significativo de recursos como incentivo à contratualização. Essa política foi ampliada em 2014 a partir da instituição do Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar que permitiu que hospitais públicos pudessem aderir ao programa de contratualização (SANTOS; SERVO, 2016).

Em 2010, foi publicada a Portaria GM/MS nº 4.279 que estabeleceu as diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Foram eleitas cinco áreas prioritárias para as políticas de saúde no país: saúde materno-infantil, saúde mental, pessoas com necessidades especiais, doenças crônicas e urgência e emergência. Com a criação dos incentivos de rede surgiu uma nova forma de financiamento e remuneração no SUS: valores pré-fixados, destinados a prestadores com algum papel na rede prioritária e vinculados a indicadores específicos (BRASIL, 2010).

Atualmente, todos esses formatos de remuneração coexistem na rede SUS que, na MAC, além da assistência realizada pela rede própria, tem participação significativa de instituições privadas contratadas pelos governos estaduais e municipais. Além da contratação direta desses prestadores, cresceu nos últimos anos vínculos indiretos entre o público e privado, intermediado

por cooperativas e Organizações Sociais de Saúde (OSS) remuneradas em sua maior parte no modelo de orçamentação global (ANDRADE *et al.*, 2018).

5 REDES ASSISTENCIAIS E A PRIORIZAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5.1 A organização em redes

Com o surgimento da tripla carga de doença, nos últimos anos diversos países promoveram reorganizações em seus sistemas de saúde na busca de modelos menos custosos e mais eficientes no cuidado das condições de adoecimento de suas populações. No Brasil, os efeitos do envelhecimento da população e da escalada de violência no trânsito e nas cidades podem ser observados de maneira mais intensa a partir da segunda metade do século XX (ARAÚJO *et al.*, 2016; PEITER *et al.*, 2019).

Marinho, Passos e França (2016) realizaram um estudo que analisou no período de 21 anos (1990 a 2010) como se deu a transição epidemiológica brasileira e obtiveram dados expressivos da mudança vivenciada pelo país. Doenças infecciosas tiveram significativa redução entre as causas de morte para a população geral. A diarreia caiu do 8º para o 30º lugar no período avaliado. Homicídio, infarto, acidentes no trânsito e acidente vascular cerebral (AVC) foram os principais motivos de óbito entre homens. O infarto e o AVC foram as duas primeiras causas de morte prematura entre mulheres em 2010, entre as quais também foi observado aumento importante no número de anos perdidos prematuramente por alguns tipos de câncer, doença renal e diabetes

A complexificação das formas de adoecimento das populações impôs novas demandas aos sistemas de saúde. Diversos estudos nacionais e internacionais confirmam que a organização em rede tem sido a mais efetiva nesse cenário, tanto para qualificação da assistência como no controle de seus custos. O foco dessa lógica de organização está no fortalecimento dos serviços de atenção básica e na integralidade cuidado, de maneira a qualificar a condução do paciente pelos equipamentos de saúde disponíveis e otimizar os resultados obtidos (MENDES, 2011; MAGALHÃES JUNIOR, 2014; ARAÚJO *et al.*, 2016; PEITER *et al.*, 2019).

No SUS, as redes foram normatizadas em âmbito nacional na primeira década do século XXI. Em busca de superar a fragmentação e ineficiência de sua assistência, em especial no tratamento às doenças crônicas, o sistema estabeleceu cinco redes prioritárias para promover qualificação da assistência, ampliação do acesso e atendimento integral de todas as necessidades do paciente. A partir das redes, houve reorganização dos pontos de atenção e revisão dos fluxos assistenciais de maneira a configurar uma malha de integração de todos os estabelecimentos de determinada região. Nesse sentido, são estabelecidos arranjos

organizativos por nível de complexidade e densidade tecnológica, com vistas a contemplar todas as necessidades assistenciais da população a ser coberta (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; MAGALHÃES JUNIOR, 2014; ARAÚJO *et al.*, 2016; PEITER *et al.*, 2019).

A organização inicial em redes temáticas tem como objetivo facilitar o planejamento e a operacionalização nas regiões e a indução, a posteriori, da integração do território em uma rede global. Importante destacar que à medida que se estabelecem as redes por tema na região o mesmo prestador, pode se transformar em ponto de atenção em mais de uma delas, o que também tende a favorecer a transversalidade no cuidado. Além de divisões mais amplas, como doenças crônicas, saúde mental, urgência e emergência, são possíveis subdivisões dentro da mesma rede. O que importa é organizar a capacidade instalada disponível de maneira a potencializar o cuidado contínuo e de maior qualidade para a população (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

5.2 A Rede de Urgência e Emergência

Mortes por causas externas, em especial aquelas causadas por violência e trauma, estão crescendo de forma rápida no Brasil sendo a segunda causa de mortalidade entre homens e a terceira para a população geral. Além disso, quadros súbitos relacionados a doenças crônicas, como AVC e infarto agudo do miocárdio (IAM) transformaram-se nos últimos anos em problemas de saúde relevantes, demandando novas soluções para seu pronto atendimento (JORGE *et al.*, 2014).

O mesmo fenômeno é observado em diversos países. Questões como o crescimento demográfico, o aumento desordenado das cidades e as mudanças epidemiológicas demandam dos sistemas de saúde revisões significativas em seus modelos de atenção às urgências e emergências. Nos últimos 50 anos, foram sendo desenvolvidos diversos formatos, mas a ausência de evidências científicas contribui para a existência concomitante de propostas muito diferentes entre si sem que se possa afirmar qual é a mais eficaz (SCARPELINI, 2007).

Por exemplo, no Canadá, há dificuldades logísticas para organização dos atendimentos de urgência e o modelo de assistência varia entre as províncias. Há regiões em que a cobertura pública é total e em outras é parcial. De forma geral, as emergências médicas têm atendimento na maioria dos hospitais de médio e grande porte. Nas grandes cidades, estão centros especializados em neurologia e cardiologia. Nas áreas rurais e mais distantes, muito comuns no país, o primeiro atendimento é realizado por médicos da família para posterior encaminhamento. No modelo francês, por sua vez, o sistema de emergências é baseado em

centrais gerenciadas por médicos que recebem os chamados e definem qual a assistência pré-hospitalar mais indicada. A vaga hospitalar também é regulada nessas centrais que determinam a vaga conforme quadro clínico do paciente. Nos Estados Unidos, não há um modelo unificado e o fluxo assistencial bem como os pontos de atenção podem variar entre municípios e estados. Há serviços públicos e privados, com equipes de paramédicos responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar e definição de referências para trauma e urgências pediátricas para alguns centros de especialidade (SCARPELINI, 2007).

No Brasil, a Política Nacional de Urgência e Emergência foi instituída em 2002, com a publicação da Portaria MS/GM nº 2.048. Nessa normativa foi aprovado o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência que deveriam abarcar a regulação médica, atendimento pré-hospitalar, hospitalar, pré-hospitalar móvel e transporte inter-hospitalar. A proposta surgiu da necessidade de unificar a condução assistencial para essa área, a partir da organização dos territórios e pactuações das responsabilidades sanitárias entre os entes. Também teve como função estabelecer os pontos de atenção às urgências e emergências, com maior clareza das funções assistenciais de cada um, com qualificação do acesso através das centrais de regulação médica (BRASIL, 2002).

A partir de 2010, o sistema brasileiro optou por organizar a assistência de urgência e emergência em seu território por meio de redes. Essa proposta surgiu como resposta do sistema à nova conformação epidemiológica no Brasil, tendo como finalidade prestar serviços de urgência e emergência de forma oportuna e qualificada em todo o país. Para sucesso de sua implantação, foram priorizados o investimento e custeio de hospitais de referência, Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), unidades de retaguarda e qualificação de pontos de atenção para assistência das três linhas prioritárias (IAM, AVC e trauma). A pactuação da RUE foi realizada em 2011 e prevê os seguintes componentes (Figura 2):

- pré-hospitalar fixo, composto pelas unidades da atenção básica, salas de estabilização, UPA e atenção domiciliar;
- pré-hospitalar móvel, formado pelas centrais e unidades móveis do SAMU;
- hospitalar, que engloba as unidades classificadas como portas de atendimento 24 horas, leitos clínicos e de cuidado intensivo qualificados e leitos de retaguarda (BRASIL, 2011a, 2011b, 2017a; JORGE *et al.*, 2014).

Figura 2 – Componentes da Rede de Urgência e Emergência no SUS

Fonte: Brasil (2013).

Os hospitais são considerados elementos-chave na RUE e entre seus principais papéis estão a organização da demanda espontânea e referenciada, o cuidado das linhas prioritárias e a retaguarda para os casos de cuidado prolongado. Para cumprir esse papel, os pontos de atenção hospitalar estão subdivididos em portas de entrada e unidades de retaguarda. As portas de entrada devem prestar atendimento de 24 horas às urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e traumatológicas, por demanda espontânea ou referenciada e estarem localizadas em unidades estratégicas. São classificadas segundo a seguinte tipologia como:

- a) Hospital Geral: hospital de referência para, no mínimo, uma região de saúde e cobertura populacional de até 200 mil habitantes. Executam procedimentos de média complexidade;
- b) Hospital Especializado Tipo I: hospital de referência para uma ou mais regiões de saúde, com cobertura entre 201 mil e 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria;
- c) Hospital Especializado Tipo II: hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria.

A qualificação dos leitos é realizada para unidades clínicas ou de cuidado intensivo, pré-existent ou habilitados a partir da implantação da rede em prestador chave da rede, e corresponde a um adicional ao valor das diárias. As unidades de retaguarda possuem leitos destinados a cuidados prolongados e devem dar vazão para os casos estáveis que necessitem de tratamento de longa permanência devido a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico atendido em porta estratégica da rede. É definido um valor de incentivo mensal conforme o número de leitos que podem estar localizados em hospitais gerais de pequeno porte ou em instituições dedicadas a internações de longa permanência (BRASIL, 2017a).

A norma estabelece os equipamentos e equipes mínimas exigidos em cada tipo de unidade, para cobertura de sua função. As unidades são custeadas com recursos do teto financeiro do gestor e incentivos mensais, estabelecidos conforme sua classificação na rede. Alguns dos hospitais também recebem um incremento no valor de sua produção conforme habilitação, gerado automaticamente durante o processamento mensal de seus atendimentos no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (BRASIL, 2017a).

Os valores de financiamento federal para os componentes da RUE estão relacionados na Portaria de Consolidação nº 06/2017, que organizou as normativas do SUS referentes ao financiamento e transferência de recursos para suas ações e serviços. Para as portas de entrada, além de recursos de investimento de até R\$ 3.000.000,00, foram estabelecidos os seguintes valores de custeio:

- R\$ 100.000,00: portas de entrada localizadas em hospitais gerais;
- R\$ 200.000,00: portas de entrada em hospitais especializados tipo I;
- R\$ 300.000,00: portas de entrada em hospitais especializados tipo II (BRASIL, 2017b).

Para os leitos de retaguarda clínica, a Portaria prevê um adicional de R\$ 300,00 no valor da diária estabelecido na tabela SUS. As diárias em leitos de cuidado intensivo receberam um incentivo de R\$ 321,28. Logo, o valor a ser repassado por hospital é variado conforme o número de leitos novos ou reclassificados para atuação na rede. O pagamento desses incentivos é relacionado ao cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos pela norma e metas pactuadas entre os gestores locais e serviços de saúde. A Portaria prevê monitoramentos semestrais realizados pelo grupo condutor e comitê gestor, mas não estabelece seu formato (BRASIL, 2017b).

Entre as etapas de implantação da RUE, merece destaque a elaboração do Plano de Ação Regional (PAR) no qual foram incluídos o detalhamento técnico de cada componente da rede, seus mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação bem como os resultados esperados por serviço de saúde, conforme definição de cada gestor. O contrato deve conter a “definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos” cabendo fixar “critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos.” (BRASIL, 2017a, p. 9). O acompanhamento do desempenho da rede pelo MS é realizado por meio dos relatórios emitidos pelos grupos condutores locais, elaborados conforme conteúdo previsto no PAR.

Magalhães Junior (2014) aponta que o componente hospitalar é um dos maiores desafios na rede de urgência. Há insuficiência de leitos qualificados tanto para atendimento quanto para retaguarda, com perfil tecnológico e de equipes incompatíveis com as necessidades atuais. Por essa razão, um dos processos propostos pela remuneração da rede é a qualificação de leitos, com custeio federal. São alocados recursos para complemento do valor da diária de leitos clínicos e de unidades de tratamento intensivo (UTI) (MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Para Jorge *et al.* (2014), além do aprimoramento da assistência hospitalar na RUE, promover sua articulação com outros pontos de maneira a oferecer assistência integral e qualificada deve ser um dos principais objetivos dos gestores no SUS.

Dado que os prestadores participantes das redes de atenção possuem um modelo de remuneração diferenciado, a avaliação de seu desempenho surge como fator de extrema importância para confirmar os resultados por elas alcançados bem como propiciar a mudança no paradigma do cuidado no sistema nacional. Araújo *et al.* (2016) defendem a criação de formatos de avaliação adaptados às particularidades de saúde no país e a utilização dos sistemas de informação do SUS para criação e acompanhamento de indicadores que permitam seu monitoramento aprofundado e particularizado. Mais do que uma rotina gerencial, o monitoramento e avaliação na gestão pública também são importantes uma vez que retroalimentam o processo de decisão, permitem a comparação entre as diversas regiões de saúde avaliadas e fornecem informações sobre a efetividade dos recursos dispendidos em determinada ação ou programa (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Jorge *et al.* (2014) defendem que o pagamento por meio dos incentivos de rede representa avanço expressivo na lógica de financiamento, mas ressaltam que muitas vezes o repasse não é acompanhado da melhoria da assistência. Como possíveis causas, apontam a dificuldade dos gestores em manejar recursos de incentivos nos contratos, no estabelecimento de compromissos e metas relacionados à RUE, além das limitações dos próprios

estabelecimentos em trabalhar o uso dos incentivos e sua redistribuição entre suas equipes. Os autores apontam também a inadequação dos sistemas de informação oficiais do SUS para acompanhamento e avaliação de indicadores sobre as portas e serviços pré-hospitalares. Esses sistemas não monitoram por exemplo o tempo de espera dos usuários nem contemplam a classificação de risco. Por esse motivo, o monitoramento e avaliação das redes estão aquém do desejável e se restringem em grande parte à estrutura dos serviços. Contudo, ponderam que ainda que parcial, os dados constantes nos sistemas do SUS seriam suficientes para uma avaliação incipiente da rede e que nem mesmo essa tem sido realizada pelos gestores estaduais e municipais, como uma das fragilidades no acompanhamento (JORGE *et al.*, 2014).

5.3 A Rede de Urgência e Emergência em Minas Gerais

Antes mesmo da publicação da Portaria nº 4.279 em 2010, que instituiu as redes de atenção prioritárias no SUS, Minas Gerais iniciou a organização de seu território em busca de aprimorar a assistência de urgência e emergência prestada para sua população. Em fevereiro de 2009, a Deliberação CIB-SUS/MG nº 507 identificou os hospitais da rede hospitalar de atenção às urgências na Macrorregião Norte, escolhida em razão do seu pior índice no indicador de anos potenciais de vida perdidos. A Deliberação aprovou também os incentivos financeiros para cumprimento dos requisitos de porta de entrada da rede conforme critérios de estrutura, equipe, porte e perfil assistencial (MINAS GERAIS, 2009a).

Em agosto do mesmo ano, foi publicada a Resolução SES/MG nº 2.000 que aprovou as normas gerais do Procedimento de Fortalecimento das Portas de Urgência e Emergência (PRO-URGE). Esse programa ampliou os incentivos financeiros a todos os municípios polo de microrregião e macrorregião condicionados ao cumprimento de requisitos mínimos de estrutura e equipe. A comprovação do funcionamento integral mensal deveria ser dada por meio de ateste da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a ser enviado para a Secretaria de Estado (MINAS GERAIS, 2009b).

A Deliberação nº 747, de dezembro de 2010, estabeleceu as normas de implantação das redes regionais de urgência e emergência para o restante do estado de Minas. A tipologia hospitalar mineira difere um pouco da federal e foram estabelecidos mais níveis a serem adotados no território, conforme população adscrita e tempo resposta máximo de 60 minutos. De forma espelhada à legislação federal, a norma estadual prevê uma lista de critérios a serem cumpridos pela unidade, tanto de estrutura quanto de equipe, e define incentivos de custeio

estaduais a serem repassados mensalmente após ateste da Comissão Intergestores da Macrorregião de Saúde respectiva (MINAS GERAIS, 2010).

Em 2013, a Macro Centro-Sul foi a primeira a ter sua RUE também habilitada pelo ente federal, o que ampliou os recursos de seu financiamento. Até o final de 2013, também foram habilitadas pelo MS, com respectivo incentivo financeiro federal, as redes das regiões Centro, Sudeste, Nordeste, Jequitinhonha e Sul (MINAS GERAIS, 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2013e). Novas redes somente foram aprovadas pelo governo federal em 2017 através da habilitação das macrorregiões Oeste, Triângulo do Norte, Leste do Sul e Noroeste (MINAS GERAIS, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d).

Também foi em 2013 a aprovação da primeira Deliberação que especifica indicadores de acompanhamento dos programas estaduais PRO-URGE, UPA, SAMU e Rede Resposta. Segundo a normativa, os indicadores medem aspectos referentes à efetividade da gestão e do desempenho da unidade e seus resultados incidirão descontos na parte variável do recurso financeiro. São estabelecidos de 2 a 3 indicadores por programa, cuja comprovação é auto declaratória (MINAS GERAIS, 2013f). Esses indicadores são revistos em 2016 e alguns passaram a ser quantificáveis a partir dos dados dos sistemas de informação do SUS. Também ficou mais explícita a maneira de apuração e de avaliação dos resultados (MINAS GERAIS, 2016).

Ao longo de 2018, foram editadas algumas normas que atualizaram as regras para implantação e implementação das redes de urgência no estado, cuja mudança mais significativa foi a retirada dos recursos federais do total de recursos sobre os quais incidiam os descontos realizados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) na transferência de seus recursos. Dado que o MS não estabelece indicadores ou monitoramento que preveja descontos nos repasses, houve entendimento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) mineira que o estado deveria observar a mesma lógica quando responsável pelo repasse de recurso oriundo do ente federal. As demais normativas não trouxeram mudanças importantes (MINAS GERAIS, 2018a, 2018b, 2018c).

Em 2019, as normas vigentes na RUE do Estado de Minas Gerais foram revisadas nas Deliberações 2.933, que atualiza as regras gerais para o recurso estadual, e 2.934 e 2.938, que trata dos recursos federais. Essas publicações explicitaram indicadores de acompanhamento, semelhantes aos que estavam vigentes até então, mas diferenciaram a tratativa a ser dada em cada avaliação. Para o recurso estadual, estão previstos descontos conforme o desempenho da unidade. Para o monitoramento da rede federal, a CIB prevê a emissão de relatórios

quadrimestrais a serem enviados ao Ministério, sem interferência nos valores repassados por parte dos entes estadual e municipais (MINAS GERAIS, 2019a, 2019b, 2019c).

Na regra vigente, os componentes hospitalares da rede mineira são classificados como Hospital de Urgência Níveis IV, Hospital Geral de Urgência Nível III e Nível II; Hospital Geral de Urgência do Trauma Nível I; Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares e de Referência ao Acidente Vascular Cerebral Nível I e Hospital Geral de Urgência Polivalente (MINAS GERAIS, 2019a).

Cada classificação está relacionada a um valor de incentivo mensal, custeados pelos governos federal e estadual, e atrelados ao papel que cada um dos entes estabelece para a unidade hospitalar no âmbito da RUE. Para os prestadores habilitados pelo MS, são repassados os seguintes montantes mensais, conforme indicado no Quadro 1:

Quadro 1 – Classificação do hospital e valor de incentivo federal para as unidades participantes da RUE

Tipologia do hospital	Incentivo mensal
Hospital Geral	R\$ 100.000,00
Hospital Especializado I	R\$ 200.000,00
Hospital Especializado II	R\$ 300.000,00

Fonte: Adaptado de Brasil (2017b).

Os incentivos de fonte estadual são definidos considerando a classificação do hospital na rede mineira estabelecida conforme atuação assistencial do prestador e sua abrangência territorial. Para diferenciar a fonte pagadora do incentivo, no âmbito estadual convencionou-se chamar o conjunto de prestadores recebedores desses recursos de Rede Resposta.

Em sua maior parte, as unidades hospitalares são credenciadas nas duas redes conforme papel estabelecido no PAR e acumulam o recebimento de incentivos federais e estaduais de acordo com suas classificações (Quadro 2).

Quadro 2 – Classificação do hospital e valor de incentivo estadual para as unidades participantes da Rede Resposta

Tipologia do hospital	Incentivo mensal (R\$)
Hospital e Urgência Nível IV	40.000,00
Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
Hospital Geral de Urgência do Trauma Nível I	300.000,00
Hospital Geral de Referência as Doenças Cardiovasculares Nível I	150.000,00
Hospital Geral de Referência ao Acidente Vascular Cerebral Nível I	150.000,00
Hospital Geral de Urgência Polivalente	400.000,00
Hospital Geral de Urgência Nível II e Hospital Geral de Urgência do Trauma Nível I	400.000,00
Hospital Geral de Urgência Nível II e Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I	300.000,00
Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I e Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) Nível I	200.000,00
Hospital Geral de Urgência do Trauma Nível I e Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I	400.000,00
Hospital Geral de Urgência do Trauma Nível I e Hospital de Referência ao Acidente Vascular	400.000,00

Fonte: Minas Gerais (2019a).

6 METODOLOGIA DA PESQUISA

6.1 Tipo de abordagem

Para aferir a composição e o montante dos recursos públicos transferidos aos hospitais do SUS/MG participantes da RUE, bem como os resultados obtidos na produção, será realizado um estudo observacional, longitudinal e retrospectivo.

6.2 Caracterização do universo de análise

Essa pesquisa analisou os hospitais de Minas Gerais que constituem pontos de atenção participantes na RUE, considerando habilitação federal e/ou estadual, com ênfase naqueles que estavam sob gestão estadual em dezembro de 2018. O foco nesse conjunto de hospitais se deve à maior disponibilidade de informações em todo o período da pesquisa uma vez que os hospitais que estão nesse tipo de gestão têm os contratos e pagamentos realizados pela SES/MG. Para prestadores da gestão municipal o pagamento é realizado pelas respectivas secretarias de saúde e as informações estão dispersas nos municípios. Cabe destacar que, para fins de comparação, sempre que possível foram utilizados dados referentes ao conjunto de todos os hospitais da rede, independentemente do ente federativo responsável por sua gestão.

Em dezembro de 2018, a RUE possuía 213 hospitais habilitados, localizados em 165 municípios sendo 20 sob gestão estadual e 193 geridos pelas próprias Secretarias Municipais. Considerando as habilitações realizadas até o final de 2018, quase 60% da população do estado, cerca de 12,2 milhões de habitantes, estavam cobertos por unidades hospitalares da rede de urgência emergência distribuídos em 66 microrregiões.

Até então, as 11 microrregiões que não possuíam hospitais na rede eram Manhuaçu e Viçosa (macro Leste do Sul), João Pinheiro e Patos de Minas (macro Noroeste), Francisco Sá (macro Norte de Minas), Ituiutaba, Patrocínio/Monte Carmelo, Uberlândia/Araguari (macro Triângulo do Norte), Araxá, Frutal/Iturama e Uberaba (macro Triângulo do Sul). Sem a implantação da rede, os atendimentos de urgência e emergência nessas localidades são realizados pelos estabelecimentos conveniados e remunerados na lógica tradicional do SUS, conforme fluxo local e mecanismos de regulação existentes em cada região.

Os hospitais da RUE sob gestão estadual estão localizados em 15 municípios e concentrados em quatro macrorregiões: Sudeste, com 11 hospitais, 4 na Sul, 3 localizados na macro Centro e 2 na Jequitinhonha. Considerando a estimativa de população do Tribunal de

Contas da União (TCU) para o ano 2018, os municípios sede de hospitais sob gestão estadual somavam 839.134 habitantes. O menor possuía 28.703 habitantes e o maior 114.265 habitantes. A média de habitantes por município foi de 55.942 habitantes. Além da população residente, esses hospitais são referência na assistência hospitalar para um total de 184 municípios totalizando 2,3MI de pessoas em sua área de abrangência.

Todos os hospitais sob gestão do estado são privados. Dessa maneira, a sua prestação de serviços para o SUS é mediada por contrato assistencial formalizado com a SES/MG. As 20 entidades realizam atendimento hospitalar e ambulatorial de média complexidade. A alta complexidade hospitalar é realizada em 5 dos hospitais e a ambulatorial em 10. O número médio de leitos SUS desses hospitais é 72, sendo o menor credenciado com 8 leitos SUS e o maior 212 leitos. Dos hospitais analisados, 15 possuem leito de UTI sendo 191 unidades de terapia intensiva no total.

6.3 Método e coleta de dados

O estudo utilizou informações coletadas nas bases de dados públicas do SUS e bancos de informações da SES/MG, compreendendo o intervalo de 2008, dois anos antes da criação das redes prioritárias no SUS, e 2018, último período com o conjunto de dados consolidados, e foi conduzido em três momentos, que serão descritos a seguir.

6.3.1 Levantamento dos tipos e volume de incentivos relacionados à Rede de Urgência e Emergência em Minas Gerais

Essa etapa foi realizada para o conjunto dos hospitais da RUE, independentemente de sua gestão. O levantamento dos incentivos vigentes foi efetuado através da revisão das normativas mais recentes e dados da programação pactuada dos recursos federais em Minas Gerais. Como as unidades da rede podem acumular incentivos federais e estaduais, foram consultadas legislações publicadas pelos dois níveis de governo.

As normativas federais foram consultadas no Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde (SLEGIS).¹ Os valores federais de cada prestador foram confirmados no sítio eletrônico da Programação Pactuada Integrada (PPI) do estado de Minas Gerais.² As

¹ Endereço eletrônico: <http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>

² Endereço eletrônico: <http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br/>

Deliberações e Resoluções estaduais foram obtidas no sítio eletrônico da SES/MG.³ A busca foi realizada através das palavras-chave rede, urgência e emergência, RUE, rede resposta.

A partir dos dados apurados, foi possível consolidar os incentivos da RUE válidos em Minas Gerais, as premissas necessárias para a habilitação, os indicadores relacionados bem como o detalhamento por hospital das habilitações e valores vigentes em dezembro de 2018.

6.3.2 Apuração da produção Sistema Único de Saúde dos hospitais da Rede de Urgência e Emergência entre 2008 e 2018

Os reflexos da inclusão de incentivos na remuneração dos hospitais da RUE no volume de sua produção foram verificados em seguida. Inicialmente, foram mensurados dados gerais de produção no sistema de informação hospitalar do SUS. A partir desse levantamento, foram calculados indicadores obtidos através da justaposição dos dados de produção e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme detalhado no Quadro 3. Essa etapa foi realizada para todos os estabelecimentos da RUE com o objetivo de verificar se a habilitação na rede propiciou o aumento de atendimento hospitalar para o SUS.

Quadro 3 – Variáveis e indicadores utilizados para análise da produção hospitalar do conjunto de hospitais da RUE

Variável/indicador	Descrição	Fonte de dados
Internações hospitalares	Número e valor de internações hospitalares realizados por caráter do atendimento (urgência ou eletivo) e complexidade (média ou alta)	SIHD
Diárias	Número de diárias cobradas por internação	SIHD
Taxa de ocupação	$[\text{N}^\circ \text{ total de diárias realizadas} / (\text{n}^\circ \text{ de leitos} \times \text{n}^\circ \text{ de dias do período})] \times 100$	SIHD e CNES
Leitos	Número e especialidade de leitos de internação existentes no hospital (SUS e NÃO SUS)	CNES

Legenda: SIHD (Sistema de Informação Ambulatorial de Informação Hospitalar Descentralizado); CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

Fonte: Elaborado pela autora.

³ Endereços: <http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/resolucoes>
<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/deliberacao-cib-susmg>

Para os hospitais sob gestão estadual, foram apurados indicadores diretamente relacionados ao monitoramento da RUE pela SES/MG (Quadro 4) e comparados seus resultados com a inclusão dos incentivos na remuneração, ano a ano. Os indicadores de acompanhamento e avaliação da rede têm por finalidade verificar se os hospitais estão cumprindo o papel a eles atribuído conforme sua tipologia. Os hospitais classificados como porta de entrada de urgência e emergência têm abrangência regional. Assim, além do acompanhamento da classificação de risco no acolhimento do paciente, também é monitorado o volume de atendimento de usuários de outros municípios. As taxas de ocupação são acompanhadas nos hospitais que recebem complementação de diária para os leitos clínicos e de UTI e também naqueles habilitados como unidades de cuidado prolongado.

Quadro 4 – Indicadores de monitoramento da RUE apurados para os hospitais sob gestão estadual

Indicadores	Descrição	Fonte de dados	Meta
Acolhimento com classificação de risco	Número de atendimentos registrados no SIA com o código 03.01.06.011-8 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	SIA	100%
Internações de referência	Número de internações realizadas para pacientes de município diferente do município sede do hospital	SIHD	10%
Taxa de ocupação de leitos clínicos	Número de diárias em internações clínicas/número de leitos clínicos no período avaliado	SIHD e CNES	85%
Taxa de ocupação de leitos UTI	Número de diárias de UTI/número de leitos UTI no período avaliado	SIHD e CNES	90%
Taxa de ocupação de leitos de cuidados prolongados	Número de diárias de cuidados prolongados/número de leitos de cuidado prolongado no período avaliado	SIHD e CNES	85%

Legenda: SAI (Sistema de Informação Ambulatorial); SIHD (Sistema de Informação Ambulatorial de Informação Hospitalar Descentralizado); CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

Fonte: Minas Gerais (2019a, 2019b).

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) registra os atendimentos e tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde do SUS no âmbito ambulatorial. Sua base de dados traz informações sobre os pacientes (identificação, sexo, idade, residência, diagnóstico) e atendimentos prestados (data, procedimento realizado, quantidade e valor, caráter do

atendimento, etc.). Segundo seu manual, o processamento ocorre de forma descentralizada nos estados e municípios. A partir do faturamento realizado pelos prestadores ambulatoriais nos sistemas de captação de produção, cabe ao gestor a consolidação, crítica e aprovação no SIA para envio ao DATASUS. O fluxo do processamento é mensal e a disponibilização das bases de dados por competência (BRASIL, 2016a).

No Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) são processados os registros referentes às internações. Constan informações sobre o paciente (identificação, sexo, idade, residência, diagnóstico) e sobre o atendimento (data de entrada e alta, permanência, desfecho, procedimento principal, procedimentos secundários e especiais, diagnóstico, valor, diárias de UTI, ato profissional, etc.). A sua alimentação é mensal e se inicia com o faturamento das internações pelos hospitais. Mensalmente, o gestor estadual ou municipal realiza o processamento no SIHD dos estabelecimentos sob sua gestão, realiza as críticas e glosas cabíveis, aprova a produção e transmite a base para o MS. A base de dados é disponibilizada mensalmente (BRASIL, 2017).

O CNES 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, 2009).

6.3.3 Verificação da composição da remuneração dos hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018

Nessa etapa, foram pesquisadas as fontes do recurso bem como os objetos dos pagamentos previstos para os hospitais sob gestão estadual no intervalo da pesquisa. A composição da remuneração foi apurada considerando valores empenhados no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos (SIOPS) e Sistema Integrado de Administração Financeira de Minas Gerais (SIAFI/MG). Optou-se pela utilização dos registros de valores empenhados em razão da grave crise financeira vivenciada no governo estadual e em diversos municípios há alguns anos. Muitas das despesas com saúde têm sido empenhadas, sem o efetivo repasse ao prestador. Foram consideradas para esse estudo os empenhos relacionados à produção de MAC ambulatorial e hospitalar bem como aos incentivos referentes à RUE. Os

empenhos relacionados a outras despesas, como programas estaduais, emendas parlamentares, convênios e incentivos referentes a outras redes não foram considerados nessa pesquisa.

O SIOPS foi instituído para coleta, processamento, armazenamento, organização e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde no âmbito dos três entes federativos. Sua alimentação é obrigatória, realizada pelos gestores bimestralmente, e seu registro é cumulativo (BRASIL, 2016b). Nesse sistema foram consultadas as despesas municipais empenhadas para a assistência ambulatorial e hospitalar. A base de dados foi fornecida pela Coordenação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do MS.

Os registros do SIOPS não permitem apurar o valor destinado especificamente aos hospitais, nem mesmo para os estabelecimentos sob gestão estadual, pois o repasse desse recurso é realizado a partir de instrumento formalizado diretamente entre SMS e prestador. Para estimar os valores destinados pelos municípios aos hospitais da RUE, o valor informado no SIOPS como despesa ambulatorial e hospitalar de MAC foi distribuído proporcionalmente entre os seus prestadores SUS conforme produção aprovada no SIA e SIHD a cada ano.

Os repasses realizados pela SES/MG, com recursos de origem federal e estadual, foram buscados no SIAFI/MG. Esse sistema tem como objetivo integrar os processos de elaboração e execução orçamentária, administração, registros contábeis e gestão do patrimônio público. Sua alimentação é diária, e através dele são realizadas as operações de empenho, liquidação e pagamento das despesas do governo do estado de Minas Gerais, incluindo aquelas relacionadas ao setor saúde. Por esse motivo, nessa base de dados é possível extrair os pagamentos efetuados pela Secretaria de Estado por fonte de recursos, ação programática, área técnica executora, etc. (MINAS GERAIS, 2020b).

Os dados considerados nesse estudo foram gerados pela Diretoria de Contabilidade e Finanças da SES. Como em alguns períodos os incentivos foram transferidos às Secretarias Municipais, além dos valores empenhados para o Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) dos hospitais, também foram utilizadas as informações referentes aos respectivos Fundos Municipais de Saúde (FMS). Os empenhos apurados foram agregados por hospital e ano, sendo utilizados apenas aqueles cuja ação/programa estava relacionada à remuneração da produção SUS de MAC ou aos incentivos da RUE. As despesas foram classificadas em incentivo de rede ou custeio de produção conforme descritores do empenho no SIAFI.

Os valores encontrados no SIOPS e SIAFI foram organizados por ano, origem do recurso (municipal, estadual ou federal) e objeto (custeio de produção ou incentivo de rede). Foram apurados os totais de cada item bem como a proporção verificada entre eles, para o

conjunto dos hospitais e individualmente por prestador. O levantamento procurou responder qual o ente com maior participação na remuneração bem como a representatividade dos incentivos no montante destinado aos hospitais a cada ano.

7 RESULTADOS

7.1 Incentivos da Rede de Urgência e Emergência: tipos e valores vigentes

Essa seção apresenta os resultados obtidos sobre os tipos e valores de incentivos federais e estaduais a partir da revisão da normativas relacionadas à RUE. Para consolidação dos valores vigentes, foram consideradas as publicações mais recentes bem como os valores programados na PPI de Minas Gerais na competência dezembro de 2018. Esse item abordará o conjunto dos hospitais da RUE.

Foi confirmado que a partir da habilitação na rede, a remuneração de todos os hospitais passou a ser composta por incentivos financeiros relacionados ao seu papel no território além dos valores tradicionalmente destinados ao pagamento da produção. Para cada tipo de incentivo, as normas estabeleceram abrangência populacional e prerrogativas de estrutura e equipe.

Na rede estadual, todos os prestadores devem funcionar de forma ininterrupta e manter porta aberta para a demanda espontânea ou referenciada, devendo ser capaz de manter a vida do paciente até a transferência, sempre que esta for necessária. Essa é a mesma expectativa para os prestadores habilitados como porta de entrada na rede federal. Além do atendimento de urgência e emergência, os incentivos federais também foram destinados à ampliação e qualificação de leitos clínicos, de terapia intensiva e cuidado prolongado.

No total, foram apurados 20 tipos de incentivos. A tipologia estadual é composta por 7 combinações possíveis. A classificação federal é mais variada e consiste em 13 tipos. Os principais quesitos considerados para a atribuição de cada incentivo bem como seu valor são detalhados no Apêndice A. Também foram incluídos nesse quadro os indicadores estabelecidos pela SES/MG para acompanhamento dos hospitais, tanto relacionados aos incentivos estaduais, nos quais estão previstos descontos conforme desempenho, quanto os referentes a recursos federais, mensurados para fins de monitoramento da rede.

Dos 213 estabelecimentos participantes da rede em 2018, 48 hospitais acumulam incentivos provenientes dos dois entes. Em dezembro/2018, os incentivos federais e estaduais somavam R\$ 41,3 MI/mês, sendo os recursos destinados aos hospitais sob gestão estadual 10% desse valor. Os maiores prestadores da RUE estão em grandes centros urbanos, em sua maioria, responsáveis pelo gerenciamento dos recursos da saúde em seu território, o que explica a concentração dos incentivos na gestão municipal. A Tabela 1 apresenta o total de incentivos conforme fonte de recursos, tipo de habilitação e gestão do hospital. Os dados discriminados por prestador constam nos Apêndices B e C.

Os incentivos estaduais são repassados para 169 hospitais e 90 recebem incentivos federais. Como na rede federal as habilitações podem ser acumuladas, o número final de incentivos concedidos chega a 154. O prestador que recebe o maior valor de incentivos está localizado na capital do estado e totaliza mais de R\$ 3,2MI/mês. O menor valor mensal corresponde a R\$ 26.385,12 e é pago pela qualificação de leitos de UTI a dois hospitais privados de pequeno porte. A média geral de incentivos por hospital foi de R\$ 128.167,80/mês.

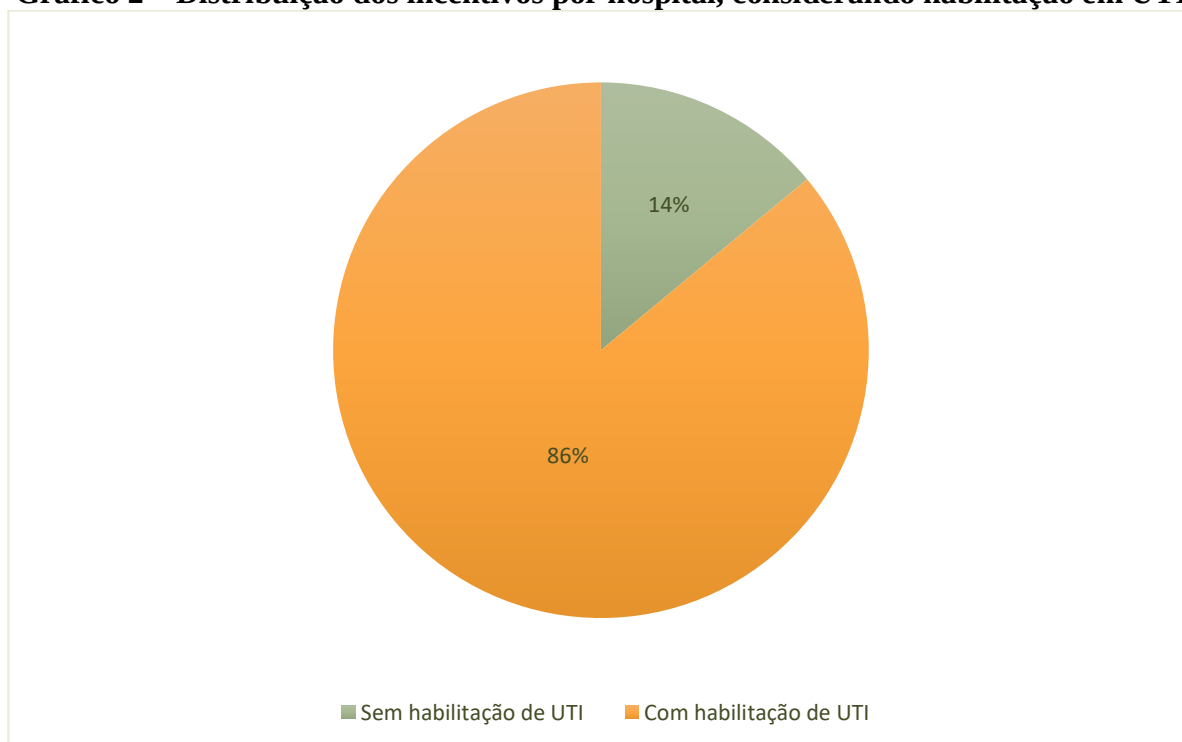
Tabela 1 – Tipos de incentivo por fonte de recurso e gestão dos hospitais da RUE de Minas Gerais em 2018

Fonte do recurso	Tipologia	Todos os hospitais da RUE		Hospitais sob gestão da SES/MG		Hospitais sob gestão dos municípios	
		Habilitações	Incentivo mensal (R\$)	Habilitações	Incentivo mensal (R\$)	Habilitações	Incentivo mensal (R\$)
Estadual	Hospital Geral de Urgência Nível IV	62	2.480.000,00	1	40.000,00	61	2.440.000,00
	Hospital Geral de Urgência Nível III	53	5.400.000,00	5	500.000,00	48	4.900.000,00
	Hospital Geral de Urgência Nível II	29	4.900.000,00	3	400.000,00	26	4.500.000,00
	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I	8	1.200.000,00	1	150.000,00	7	1.050.000,00
	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I e Hospital Geral de Urgência Nível II	5	1.300.000,00	0	0,00	5	1.300.000,00
	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I e Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) Nível I	3	600.000,00	0	0,00	3	600.000,00
	Hospital Geral de Urgência Polivalente	3	900.000,00	1	100.000,00	2	800.000,00
	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I e Hospital Geral de Urgência do Trauma Nível I	2	300.000,00	0	0,00	2	300.000,00
	Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) Nível I	1	100.000,00	0	0,00	1	100.000,00
	Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) Nível I e Hospital Geral de Urgência do Trauma Nível I	1	400.000,00	0	0,00	1	400.000,00
	Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) Nível I e Hospital Geral de Urgência Nível II	1	300.000,00	0	0,00	1	300.000,00
	Hospital Geral de Urgência do Trauma Nível I	1	100.000,00	0	0,00	1	100.000,00
	Total	169	17.980.000,00	11	1.190.000,00	158	16.790.000,00
Federal	Qualificação de UTI adulto II	77	8.003.486,40	15	826.733,76	62	7.176.752,64
	Qualificação de leito clínica médica	24	6.660.033,33	6	910.066,67	18	5.749.966,67
	Porta Hospital Especializado II	10	3.000.000,00	2	600.000,00	8	2.400.000,00
	Porta Hospital Geral	9	900.000,00	2	200.000,00	7	700.000,00
	Qualificação de leito cuidados prolongados	7	1.575.811,46	3	267.590,63	4	1.308.220,83
	Porta Hospital Especializado I	6	1.100.000,00	1	200.000,00	5	900.000,00
	Qualificação de UTI pediátrico II	6	439.752,00	0	0,00	6	439.752,00
	Unidade de cuidadoAVC agudo	5	1.113.021,88	0	0,00	5	1.113.021,88
	Unidade de cuidadoAVC clínico	4	7.146,11	0	0,00	4	7.146,11
	Qualificação de UTI coronariana	3	307.826,40	0	0,00	3	307.826,40
	Qualificação de UTI adulto III	1	159.525,08	0	0,00	1	159.525,08
	Qualificação de UTI pediátrico III	1	103.691,30	0	0,00	1	103.691,30
	Unidade de cuidadoAVC integral	1	47.906,25	0	0,00	1	47.906,25
	Total	154	23.418.200,22	29	3.004.391,05	125	20.413.809,16
Total geral		323	41.398.200,22	40	4.194.391,05	283	37.203.809,16

Fonte: Minas Gerais (2019a, 2019b).

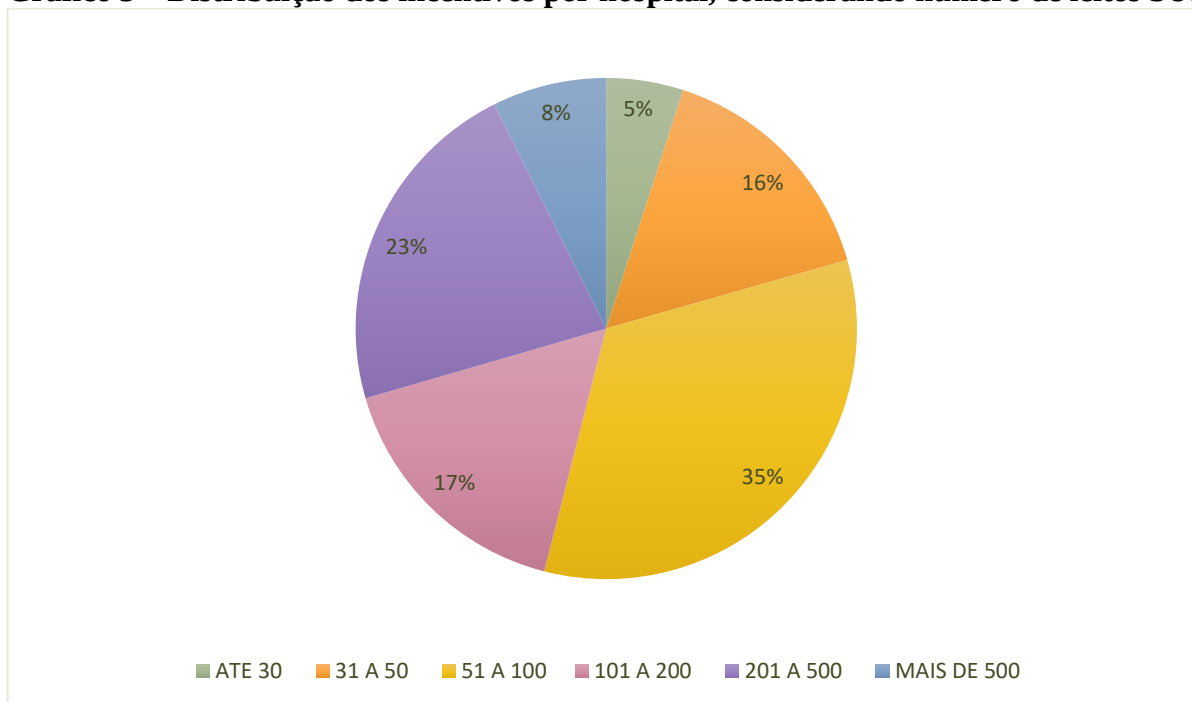
A maior parte dos hospitais habilitados na rede estadual recebe incentivo como Hospital Geral nível IV, destinado a hospitais de baixa complexidade, com pequeno e médio porte, e que são mais numerosos na rede SUS. A média mensal de incentivos ficou em R\$ 106.390,53, 30% menor que a média dos incentivos federais (R\$ 152.066,24). O maior volume dos incentivos é federal (24% maior que o repasse com fonte estadual) e está concentrado na qualificação dos leitos de UTI II e III, pela importância assistencial desse tipo de cuidado na urgência e emergência. Os Gráficos 2 e 3 apresentam a distribuição dos incentivos considerando o número de leitos SUS e a habilitação de UTI. O maior volume de recursos (86%) é destinado a hospitais que possuem habilitação em terapia intensiva.

Gráfico 2 – Distribuição dos incentivos por hospital, considerando habilitação em UTI



Fonte: Minas Gerais (2019a, 2019b).

Considerando o número de leitos SUS dos hospitais, observa-se que mais que 50% dos incentivos são destinados em hospitais com menos de 100 leitos. Apesar de receberem menores valores, hospitais desse porte são mais comuns na rede, o que explica essa distribuição.

Gráfico 3 – Distribuição dos incentivos por hospital, considerando número de leitos SUS

Fonte: Minas Gerais (2019a, 2019b).

7.2 Evolução da produção e indicadores de desempenho hospitalar entre 2008 e 2018

A evolução da produção SUS a partir da inclusão de incentivos na remuneração dos hospitais da RUE foi realizada em três momentos. Inicialmente, a produção do conjunto total de hospitais da RUE foi avaliada no intervalo de tempo da pesquisa para apurar se houve alteração no volume e na complexidade das internações. Em seguida, a mesma lógica foi aplicada aos hospitais sob gestão estadual. Por último, foram apurados alguns dos indicadores da RUE adotados para monitoramento em Minas Gerais e realizado o pareamento com os valores de incentivo repassados, ano a ano, para os hospitais sob gestão estadual

7.2.1 Comportamento da produção hospitalar de todos os hospitais da Rede de Urgência e Emergência entre 2008 e 2018

A introdução dos incentivos na remuneração dos hospitais da RUE parece ter favorecido o aumento da produção. A quantidade de internações cresceu 24% entre 2008 e 2018. A medida é bem superior ao aumento observado no mesmo período para o estado e o país, que ficou em 8%. O crescimento no valor da produção aprovada bem como das diárias de UTI, foi bem mais

expressivo, o que sugere que as internações realizadas foram de maior complexidade, priorizando casos mais graves (Tabela 2).

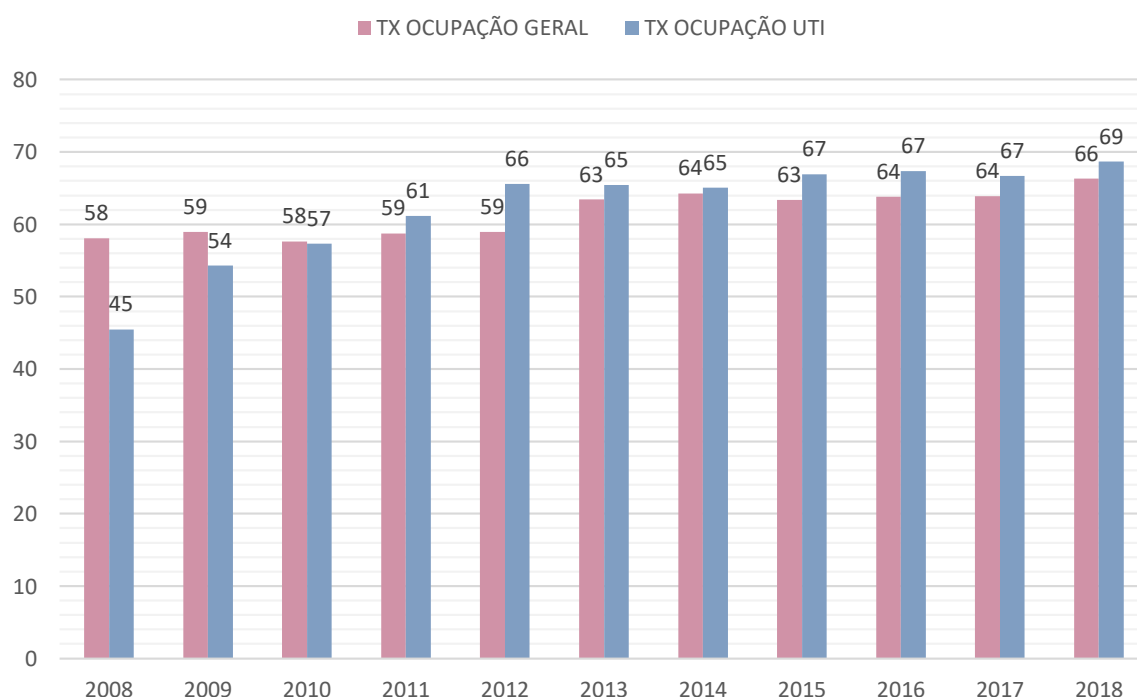
Tabela 2 – Comparação da produção hospitalar do conjunto dos hospitais da RUE aprovada em 2008 e 2018

Ano	Internações gerais		UTI	
	Quantidade	Valor total (R\$)	Diárias	Valor total (R\$)
2008	675.555	603.081.093,23	285.769	114.681.259,76
2018	837.014	1.332.082.155,75	626.510	349.676.481,95
Incremento	24%	121%	119%	205%

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

Impulsionadas pelo maior volume de internações, as taxas de ocupação também apresentaram melhores índices ao final do período. A ocupação geral dos hospitais da RUE aumentou de 58 para 69%, um incremento de 14%. Nos leitos de UTI, houve crescimento de 51%, como pode ser observado no Gráfico 4. O resultado, no entanto, é bem abaixo da meta estabelecidas nos indicadores da rede que é de 85%, para leitos de internação geral, e 90% para leitos de terapia intensiva.

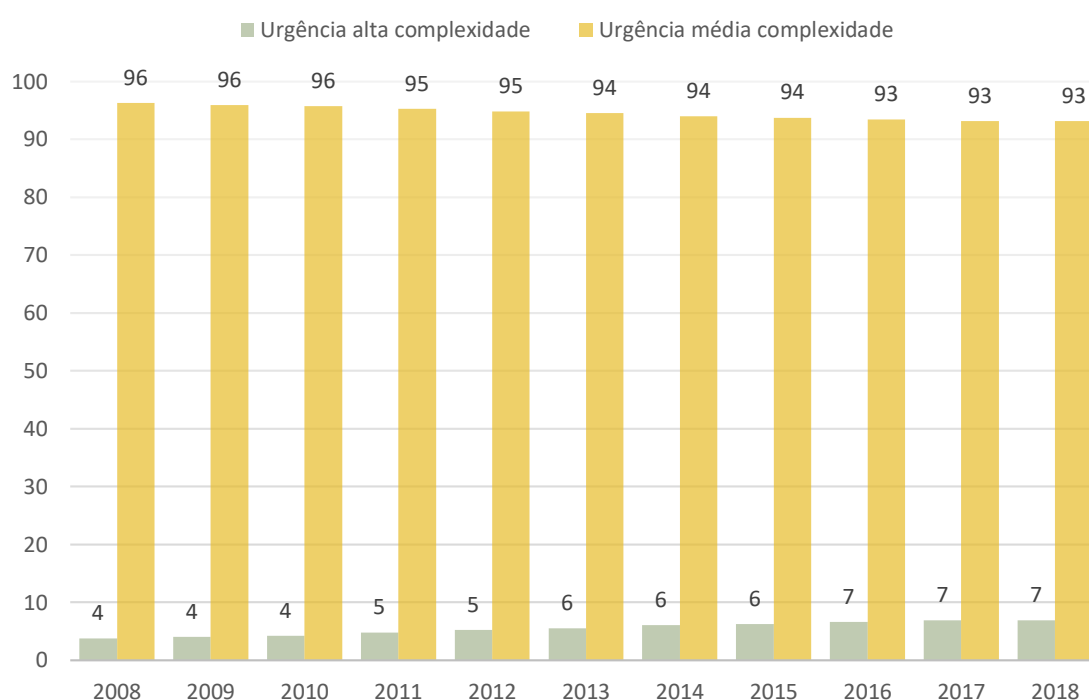
Gráfico 4 – Taxas de ocupação geral e de leitos de UTI apuradas para o conjunto dos hospitais da RUE entre 2008 e 2018



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

Considerando apenas internações de urgência, o crescimento foi de 22%. Cabe destacar o significativo aumento nas internações de urgência de alta complexidade que saltou de 21,7 mil em 2008 para 48,4 mil internações, significando uma ampliação de 123%. Essa informação é relevante dado que os procedimentos destinados às linhas prioritárias da urgência emergência, em especial os cirúrgicos, são classificados na tabela SUS como alta complexidade. Como pode ser observado no Gráfico 5, o peso da alta complexidade em relação ao total de internações de urgência e emergência cresceu de 4 para 7% ao final do período.

Gráfico 5 – Evolução do quantitativo de internações de alta complexidade de caráter de urgência e emergência entre 2008 e 2018



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

7.2.2 Comportamento da produção hospitalar dos prestadores sob gestão estadual entre 2008 e 2018

Da mesma maneira, ao se analisar o grupo de hospitais sob gestão estadual, os dados de produção coletados entre 2008 e 2018 apresentam melhora em termos de volume. O crescimento em quantidade de internações (7%) não foi tão significativo quanto no conjunto dos hospitais da RUE (24%). No entanto, novamente se observa incremento importante em quantidade e valor de diárias de UTI bem como do valor total da produção, o que também pode ter sido causado pelo atendimento de paciente mais complexos (Tabela 3).

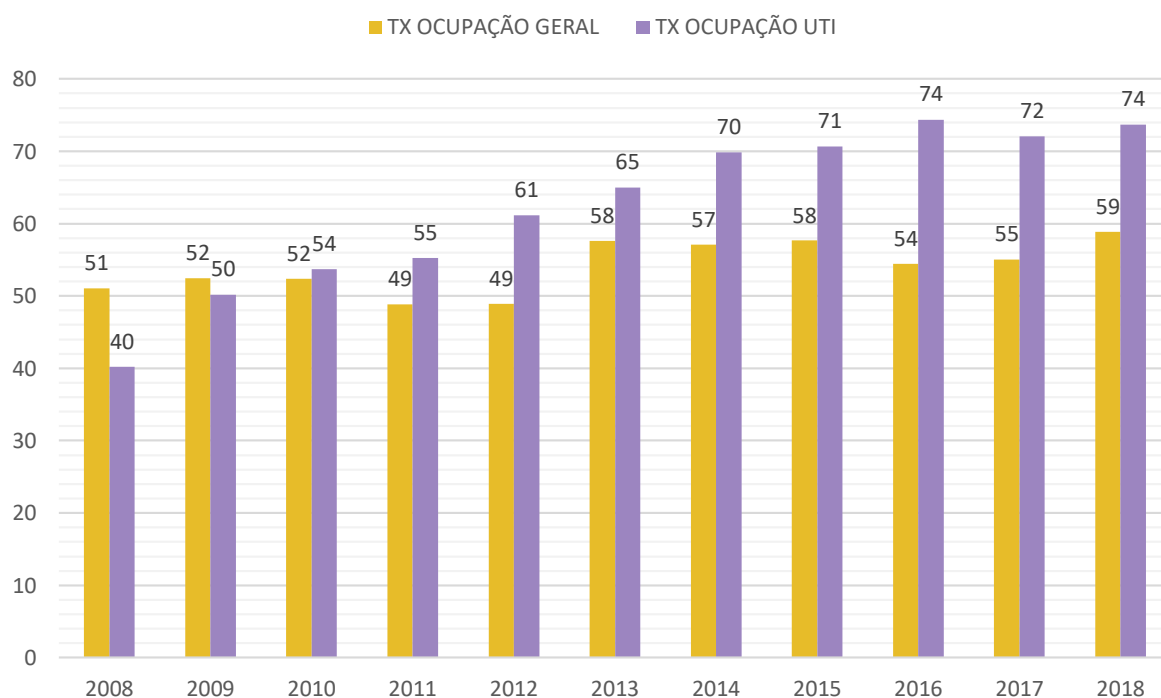
Tabela 3 – Comparação da produção dos hospitais sob gestão estadual aprovada em 2008 e 2018

	Internações gerais		UTI	
	Quantidade	Valor total (R\$)	Diárias	Valor total (R\$)
2008	65.758	50.326.952,55	26.432	9.617.082,15
2018	70.334	104.832.624,86	56.752	30.415.779,45
Incremento %	7%	108%	115%	216%

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

Para os hospitais sob gestão da SES, a tendência nas taxas de ocupação (geral e de UTI) também foi de crescimento no período. A ocupação geral obteve crescimento de 15%. A ocupação da UTI apresentou melhor desempenho e passou de 40 para 74% (aumento de 75%). Apesar do crescimento, ambos os valores permanecem distantes dos índices estabelecidos nos indicadores de rede (Gráfico 6).

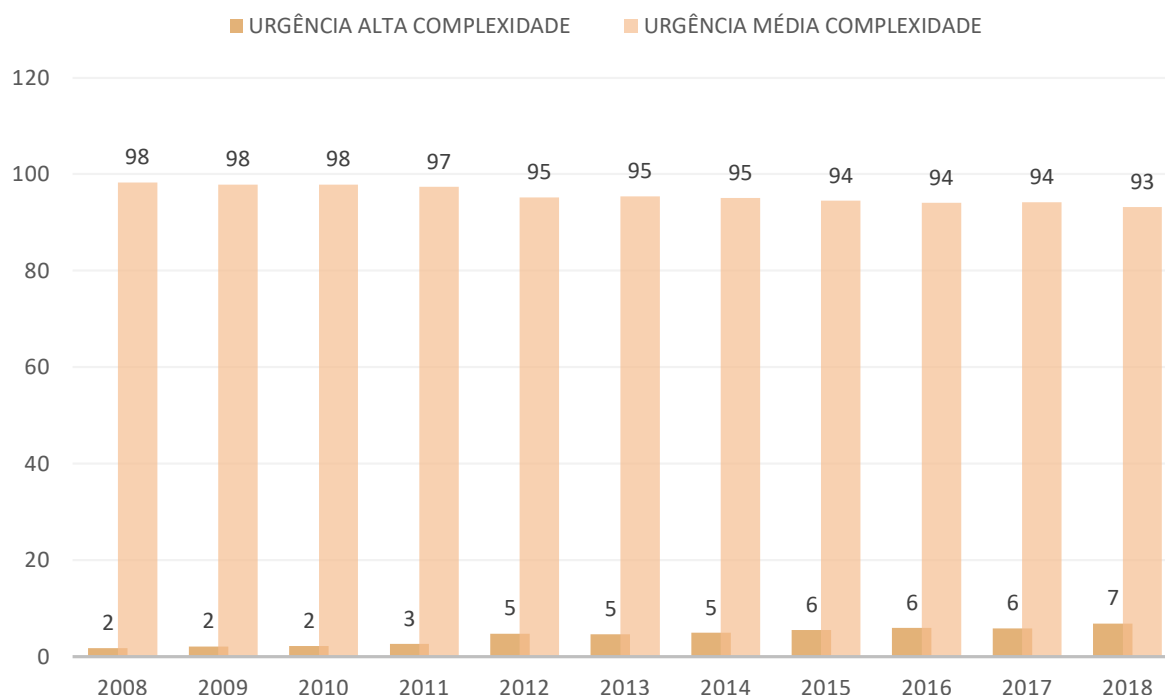
Gráfico 6 – Taxas de ocupação geral e de leitos de UTI apuradas para os hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018



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

Na urgência e emergência, o incremento nos estabelecimentos sob gestão estadual foi um pouco maior que no total de internações (12%) e também foi possível verificar que a alta complexidade teve maior acesso como demonstra o Gráfico 7.

Gráfico 7 – Evolução do quantitativo de internações de alta complexidade de caráter de urgência e emergência entre 2008 e 2018 entre os hospitais sob gestão estadual



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

7.2.3 Resultado dos indicadores de monitoramento da Rede de Urgência e Emergência apurados para os hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018

Por último, para verificar se o crescimento das despesas empenhadas como incentivos ocasionou alguma alteração no desempenho dos hospitais sob gestão estadual, foram apurados alguns dos indicadores utilizados pela SES/MG para monitoramento da RUE. No Quadro 5, foram listados os hospitais sob gestão estadual bem como os indicadores considerados nessa análise. Os indicadores foram definidos conforme classificação do hospital na RUE.

Para acompanhamento dos hospitais que recebem incentivos estaduais estão previstos como indicadores o turno de atendimento, que é auto declaratório e não foi considerado nessa análise, e o acolhimento com classificação de risco. Para os hospitais habilitados como porta de entrada na rede federal, são monitoradas a classificação de risco no acolhimento da urgência e a taxa de atendimento de população de referência. Quando há repasse relacionado a leito qualificado, é mensurada a sua taxa de ocupação (MINAS GERAIS, 2019a, 2019b).

Quadro 5 – Detalhamento dos indicadores analisados por hospital da RUE sob gestão estadual

Município	CNES	NOME FANTASIA	Incentivo fonte estadual
Além Paraíba	2122677	HOSPITAL SAO SALVADOR	Classificação de risco
			Taxa de ocupação de UTI
Caeté	2117312	CAETE SANTA CASA DE CAETE	Classificação de risco
			Taxa de ocupação de leitos clínicos
Campos Gerais	2796384	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULA	Taxa de ocupação dos leitos de longa permanência
Capelinha	2135124	FUNDACAO HOSPITALAR SAO VICENTE DE PAULO	Classificação de risco
			Taxa de ocupação dos leitos de longa permanência
Carangola	2114267	HOSPITAL EVANGELICO DE CARANGOLA	Taxa de ocupação dos leitos de longa permanência
			Taxa de ocupação de UTI
	2764776	CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA	Classificação de risco
			Taxa de atendimento da referência
			Taxa de ocupação de leitos clínicos
			Taxa de ocupação de UTI
Extrema	2127881	HOSPITAL E MATERN SAO LUCAS DE EXTREMA	Classificação de risco
			Taxa de ocupação de UTI
Itamarandiba	2135949	HOSPITAL DE ITAMARANDIBA	Taxa de ocupação dos leitos de longa permanência
Leopoldina	2122650	CASA DE CARIDADE LEOPOLDINENSE	Classificação de risco
			Taxa de ocupação de UTI
Mateus Leme	2117096	MATEUS LEME HOSPITAL SANTA TEREZINHA	Taxa de ocupação de leitos clínicos
Muriaé	4042107	HOSPITAL PRONTOCOR DE MURIAE	Classificação de risco
			Taxa de ocupação de UTI
	2162377	CASA DE SAUDE SANTA LUCIA LTDA	Taxa de ocupação de UTI
	4042085	CASA DE CARIDADE DE MURIAE HOSPITAL SAO PAULO	Taxa de atendimento da referência
			Taxa de ocupação de leitos clínicos
Nova Lima	2117037	NOVA LIMA HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	Taxa de ocupação de UTI
			Taxa de atendimento da referência
			Taxa de ocupação de leitos clínicos
Passos	2775999	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS	Taxa de ocupação de UTI
			Classificação de risco
			Taxa de atendimento da referência
Piumhi	2776006	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIUMHI	Classificação de risco
			Taxa de ocupação de UTI
Ubá	2195437	HOSPITAL SANTA ISABEL	Turno de atendimento e classificação de risco
			Classificação de risco
			Taxa de ocupação de leitos clínicos
			Taxa de ocupação de UTI

(Continua)

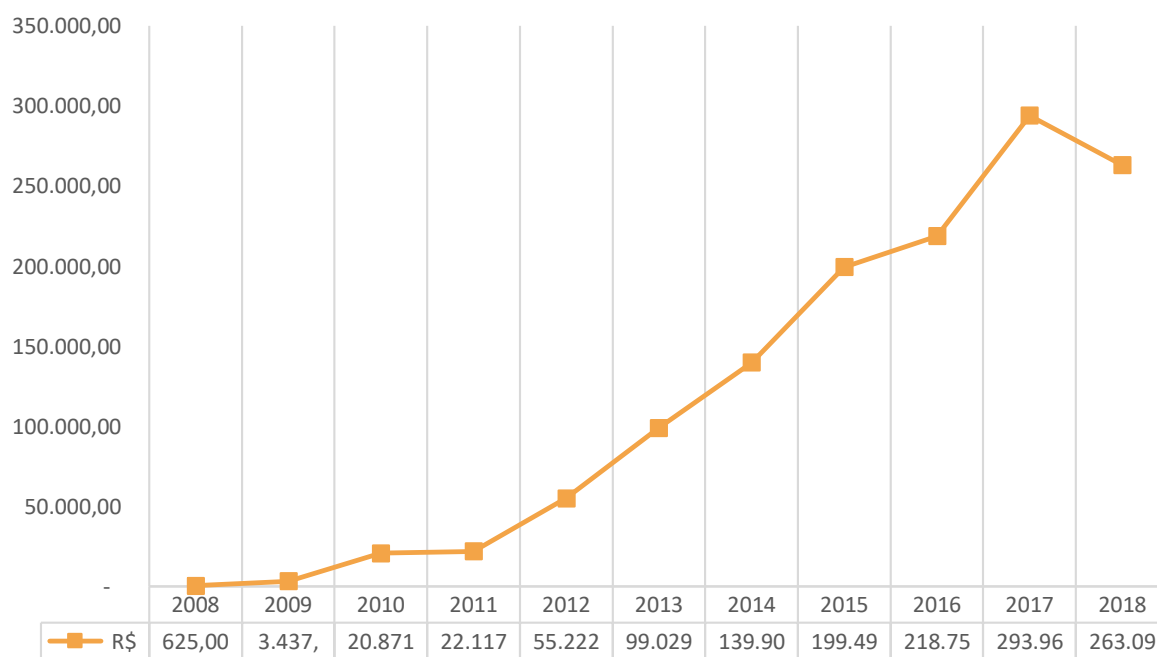
(Conclusão)

Município	CNES	NOME FANTASIA	Incentivo fonte estadual
	2760703	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO DE UBA	Taxa de ocupação de UTI
	2764865	HOSPITAL SAO JANUARIO	Taxa de ocupação de UTI
Município	CNES	NOME FANTASIA	Incentivo fonte estadual
Visconde do Rio Branco	2760843	HOSPITAL SAO JOAO BATISTA	Classificação de risco
			Taxa de ocupação de UTI

Fonte: Dados da pesquisa.

As habilitações na rede aconteceram em momentos diferentes para cada hospital, assim como o início do repasse referente a cada uma delas. Contudo, pelos dados do SIAFI não foi possível precisar a partir de que ano cada um dos incentivos teve seu pagamento iniciado. Dessa forma, os resultados aqui apresentados consideram o total do recurso empenhado como incentivo a cada ano e o desempenho no indicador apurado para o hospital, conforme sua habilitação. Todos os hospitais tiveram crescimento nas despesas empenhadas como incentivos no período avaliado. No Gráfico 8, constam as médias mensais.

Gráfico 8 – Média mensal de incentivos empenhados por hospital sob gestão estadual entre 2008 e 2018



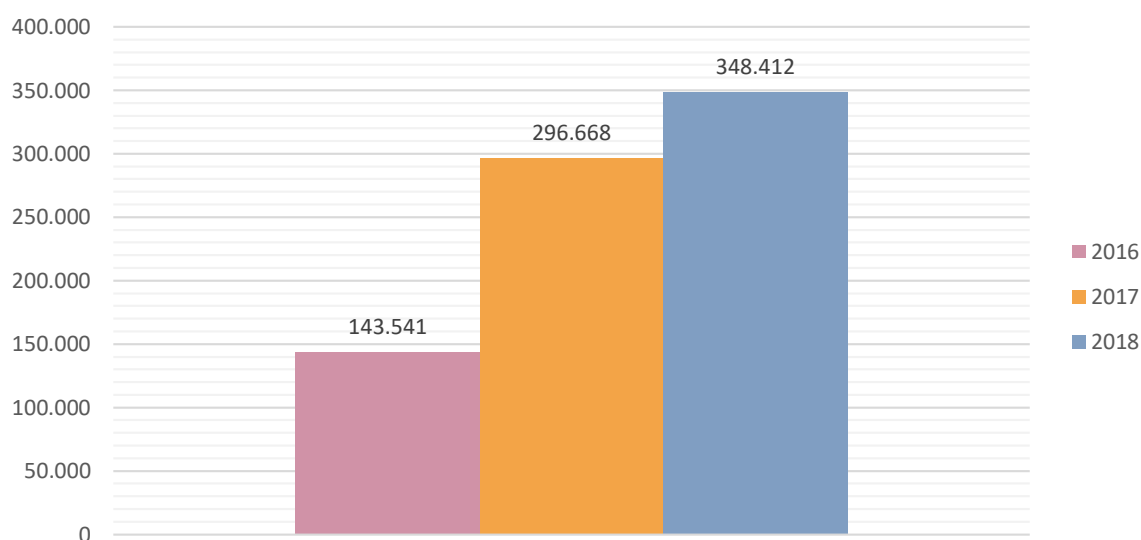
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do SIAFI/MG (2019).

Os hospitais sob gestão estadual iniciaram a habilitação na rede federal a partir de 2013 e isso fica explícito nos saltos que as médias mensais apresentam a partir de então. O mesmo é observado nos resultados individuais. As maiores médias foram observadas nos hospitais habilitados na rede federal como portas. Além de receberem valores altos por essa habilitação, os quatro prestadores nessa situação acumulam outros incentivos federais. O resultado também é coerente com a relevância assistencial dos mesmos.

Se as médias de incentivo tiveram comportamento nitidamente crescente, o mesmo não aconteceu nos escores obtidos nos indicadores de monitoramento da RUE. A análise foi iniciada com a apuração do número de acolhimentos na urgência realizado com classificação de risco. O código de procedimento da tabela SUS que permite o registro desse atendimento no SIA foi criado em janeiro de 2015. Por esse motivo, não é possível realizar sua avaliação nos anos anteriores.

Esse indicador é utilizado tanto para monitoramento dos hospitais que recebem incentivos estaduais quanto para aqueles habilitados como porta na rede federal e sua meta é 100%. É possível observar que o número de procedimentos registrados está em crescimento (Gráfico 9). Todos os hospitais monitorados por esse indicador apresentaram registro a partir de 2016. Em 2015 não consta produção aprovada em nenhum deles.

Gráfico 9 – Número de acolhimentos na urgência, com classificação de risco, registrado pelos hospitais sob gestão estadual entre 2016 e 2018



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do DATASUS/SAI (2019).

A taxa de atendimento da população referenciada foi avaliada para os 4 hospitais que são porta de entrada na rede federal. Como essas unidades têm como prerrogativa o atendimento regional, é esperado que parte dos pacientes por ela recebidos venha de outros municípios. A meta estabelecida no monitoramento da rede é de 10% e desde 2008 esse percentual é atingido com facilidade por todos os hospitais. Em 2008 o percentual já era de 36% e alcançou o resultado final de 49% em 2018. A média no período foi de 45% (Tabela 4).

Tabela 4 – Atendimento de pacientes de outros municípios registrado nos hospitais sob gestão do estado entre 2008 e 2018

Ano	Internações de população da referência	Total de internações	% internações da referência
2008	8.763	24.398	36
2009	10.755	27.023	40
2010	11.678	28.653	41
2011	12.378	29.383	42
2012	15.537	34.785	45
2013	17.836	40.091	44
2014	14.916	32.343	46
2015	15.314	32.377	47
2016	16.111	32.918	49
2017	15.591	32.453	48
2018	16.201	33.082	49
Total	155.080	347.506	45

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

O hospital com pior desempenho em 2008 partiu de um percentual de atendimento de 22% e foi o único que não apresentou crescimento no período. Trata-se de município próximo a Belo Horizonte e a concentração de internações da própria população pode ser explicada pelo grande fluxo de pacientes da região metropolitana para a capital a despeito da organização da rede. Os demais estabelecimentos avaliados apresentaram maior atendimento de referência ao longo dos anos, mas a variação foi pequena, exceção feita a um hospital pólo de microrregião que alcançou 72% de internações para pacientes da sua região em 2018.

Como verificado no item anterior, os hospitais sob gestão estadual apresentaram crescimento importante na ocupação de seus leitos de UTI (Tabela 5), no entanto, todos ficaram abaixo da meta de 90% estipulada pela SES/MG na normativa de monitoramento. Os 15 hospitais da RUE sob gestão estadual que possuem terapia intensiva recebem incentivos federais para qualificação dos leitos.

Tabela 5 – Taxa de ocupação de leitos de UTI em hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018

Ano	Total de leitos UTI	Diárias de UTI	% ocupação
2008	180	26.432	40
2009	171	31.331	50
2010	184	36.051	54
2011	198	39.943	55
2012	189	42.176	61
2013	195	46.256	65
2014	200	50.982	70
2015	208	53.659	71
2016	207	56.198	74
2017	208	54.709	72
2018	211	56.752	74
Total	2.151	494.489	63

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

Considerando os dados gerais, a observação das taxas ano a ano não permite estabelecer relação direta com o incremento dos incentivos dado que o crescimento da ocupação foi constante desde 2009. Essa relação somente foi verificada em 6 dos hospitais avaliados. Merece destaque o pior desempenho observado. Um dos estabelecimentos que tem os leitos de UTI qualificados apresentou taxa de ocupação abaixo de 40% em todo o período.

A ocupação dos leitos clínicos foi apurada para os 7 hospitais que recebem incentivo para qualificação dessa especialidade. Houve aumento no número desses leitos na ordem de 50%, mas o número de diárias não acompanhou o mesmo crescimento o que levou a um decréscimo na taxa de ocupação, que ficou bem abaixo dos 85% esperados para o indicador ao final do período. Esse fenômeno foi observado em todos os hospitais (Tabela 6).

Tabela 6 – Taxa de ocupação de leitos clínicos em hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018

Ano	Diárias	Leitos	Ocupação
2008	74.636	239	86%
2009	81.608	239	94%
2010	82.926	256	89%
2011	80.280	270	81%
2012	81.478	306	73%
2013	90.752	317	78%
2014	89.205	320	76%
2015	93.892	347	74%
2016	92.959	382	67%
2017	89.292	368	66%
2018	90.205	379	65%
Total	947.233	3.423	76%

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

A análise do indicador referente à ocupação dos leitos para pacientes crônicos ficou prejudicada porque dos 4 hospitais habilitados como unidades de cuidado prolongado, 3 tiveram sua habilitação vigente a partir dos últimos meses de 2018 e não constou produção no período avaliado. Para a unidade habilitada em outubro de 2016, há dados de produção a partir de janeiro de 2017. Nos dois anos avaliados, o resultado do hospital ficou aquém da meta estabelecida para o monitoramento da rede (85%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Taxa de ocupação de leitos de cuidados prolongados em hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018

Ano	Diárias	Leitos	Taxa de ocupação
2017	3.918	15	72%
2018	3.311	15	60%

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

7.3 A composição das despesas empenhadas para os hospitais da Rede de Urgência e Emergência sob gestão da SES/MG entre 2008 e 2018

Dado o nível de acesso às informações sobre despesas efetivamente empenhadas, essa análise foi realizada exclusivamente para hospitais sob gestão estadual. Conforme dados apurados no SIAFI e no SIOPS, as despesas empenhadas para custeio da produção bem como de incentivos relacionados à RUE entre 2008 e 2018 ultrapassaram R\$ 3,2 bilhões. A média anual de empenhos foi de R\$ 293,9 MI e o crescimento no período de 319% considerando valores totais (Tabela 8).

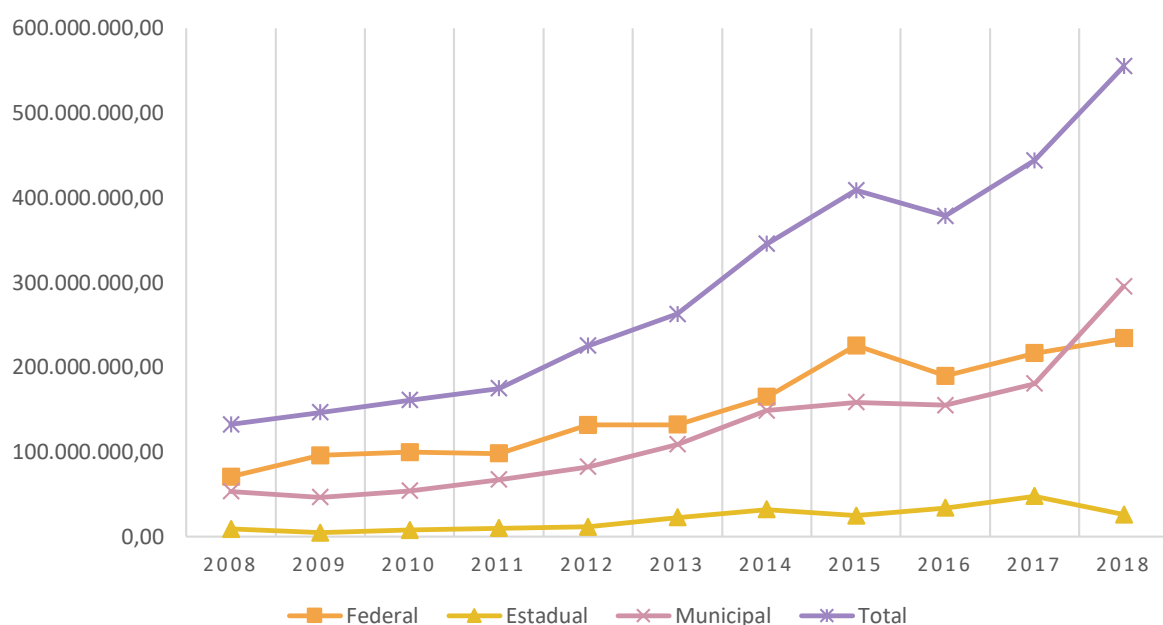
Tabela 8 – Valores das despesas empenhadas para os hospitais da RUE sob gestão estadual entre 2008 e 2018

Ano	Total	Federal	Estadual	Municipal
		Valor empenhado	Valor empenhado	Valor empenhado
2008	132.360.294,48	70.474.683,31	8.695.460,46	53.190.150,71
2009	146.479.643,61	95.679.694,39	4.455.285,67	46.344.663,55
2010	160.890.596,57	99.411.047,99	7.505.438,22	53.974.110,36
2011	174.660.047,02	97.778.614,62	9.773.876,27	67.107.556,13
2012	225.161.921,26	131.534.995,95	11.415.740,77	82.211.184,54
2013	262.588.947,17	131.793.798,10	22.251.080,67	108.544.068,40
2014	345.164.168,79	164.590.720,07	31.861.959,10	148.711.489,62
2015	408.643.136,97	225.535.429,07	24.630.567,46	158.477.140,44
2016	378.223.583,35	189.566.590,96	33.723.505,65	154.933.486,74
2017	443.907.679,42	216.158.937,52	47.415.261,46	180.333.480,44
2018	554.943.885,88	233.823.076,11	25.764.926,72	295.355.883,05
Média	293.911.264,05	150.577.053,46	20.681.191,13	122.653.019,45

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

No Gráfico 10, é possível observar que a tendência de crescimento nas despesas empenhadas por todos os entes se intensificou a partir de 2010, o que sugere que a habilitação das redes e inclusão de incentivos nos pagamentos de fato significaram maior volume de recursos repassados aos estabelecimentos.

Gráfico 10 – Evolução das despesas empenhadas por ente federativo para os hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do SIAFI/MG (2019).

Dada a complexidade para deflacionar despesas relacionadas à saúde, o crescimento dos valores empenhados foi comparado a informações referentes ao crescimento nominal do PIB a preços correntes para o país, o estado de Minas Gerais e municípios sede de hospitais da RUE sob gestão estadual. Para essa comparação, foi elegido o intervalo de 2010 a 2017, para o qual todos os dados necessários foram encontrados. Pela Tabela 9, é possível observar que em todos os entes, o crescimento nominal das despesas empenhadas foi superior ao crescimento do PIB. Se considerada a média de crescimento, o resultado se repete para o período em questão.

Tabela 9 – Crescimento nominal e média de crescimento anual para o PIB e para as despesas empenhadas para os hospitais da RUE sob gestão estadual considerando o período de 2007 a 2017

	PIB preços correntes			Despesas empenhadas			
	B R	M G	Municípios sede	Federais	Estaduais	Municipais	Total
Crescimento nominal (%)	69	64	96	117	532	234	176
Média crescimento anual (%)	5	5	9	7	18	12	10

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do SIAFI/MG, SIOP e IBGE (2019).

Nota-se que o crescimento do PIB a nível nacional e estadual foi similar, assim como a média de crescimento anual nos dois entes. Entre os municípios sede de hospitais da RUE sob gestão estadual, tanto o crescimento nominal quanto a média anual foram superiores. Entre esses municípios, o percentual de crescimento nominal do PIB variou entre 41% e 299% sendo que dois municípios tiveram resultado bem acima da média (Extrema e Capelinha, com crescimento nominal de 299 e 137%, respectivamente).

Se comparado ao PIB, o crescimento das despesas empenhadas apresentou melhores índices. O maior incremento foi realizado nas despesas estaduais seguido dos recursos municipais estimados. Entre os municípios sede de hospitais sob gestão estadual, o crescimento da estimativa de despesas empenhadas com recursos próprios variou de 26 a 563% e nem sempre o crescimento do PIB significou incremento de despesas com os hospitais da RUE como detalhado na Tabela 10.

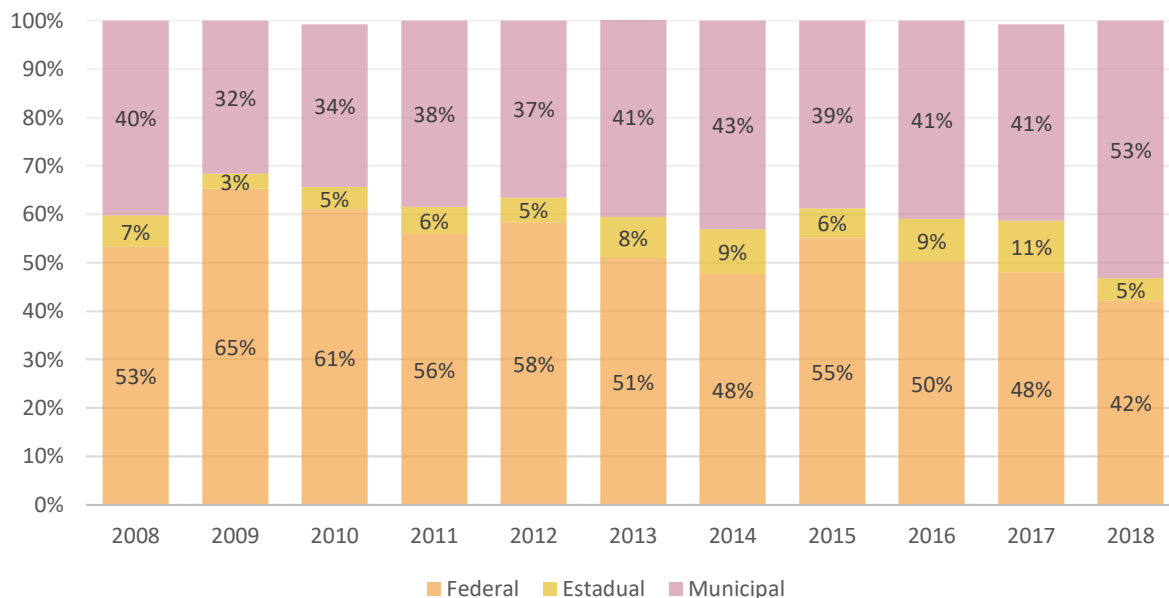
Tabela 10 – Crescimento nominal das despesas e do PIB para os municípios sede de hospitais da RUE sob gestão estadual entre 2008 e 2018

Município	Crescimento despesas	Crescimento PIB
Além Paraíba	64%	63%
Caeté	67%	82%
Campos Gerais	26%	69%
Capelinha	38%	137%
Carangola	555%	77%
Extrema	74%	299%
Itamarandiba	43%	79%
Leopoldina	83%	80%
Mateus Leme	100%	71%
Muriaé	563%	72%
Nova Lima	64%	69%
Passos	62%	70%
Piumhi	76%	81%
Ubá	219%	41%
Visconde do Rio Branco	88%	80%

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do SIAFI/MG, SIOP e IBGE (2019).

Ainda que o crescimento tenha sido mais significativo para recursos estaduais e municipais, observa-se que o maior volume dos recursos empenhados é proveniente do governo federal e engloba incentivos e custeio de produção. Os repasses estaduais são os que têm menor peso no total de valores destinados aos hospitais sob gestão da SES e compreendem em sua maior parte em incentivos de rede. As despesas municipais também representam fatia expressiva do repasse. Como o repasse dessa fonte é efetuado pela SMS, não é possível afirmar se seu objeto é o pagamento de produção ou algum incentivo específico (Gráfico 11).

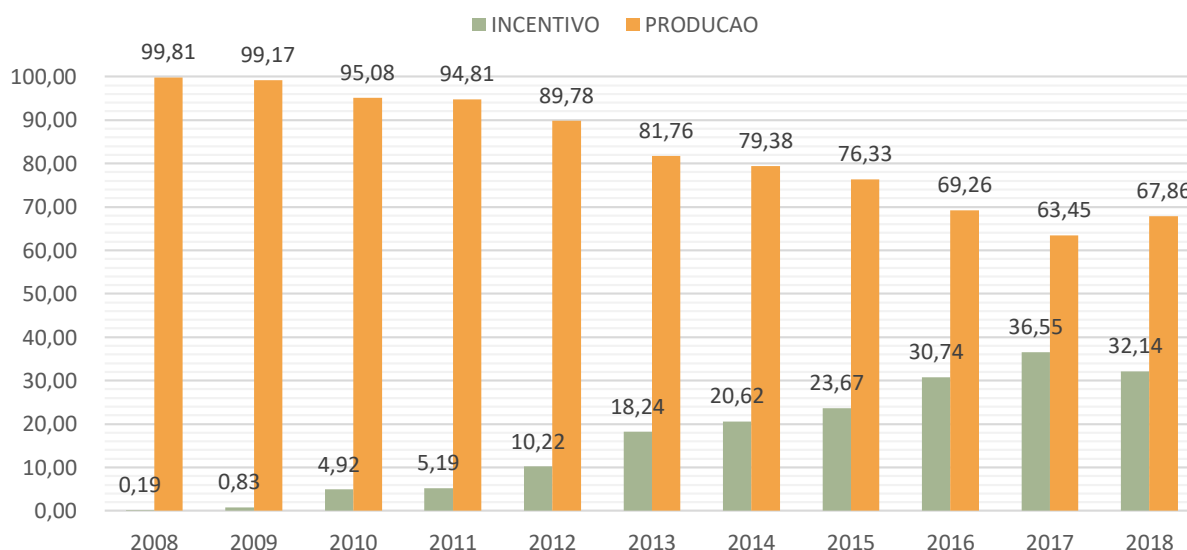
Gráfico 11 – Composição dos valores repassados aos hospitais sob gestão da SES/MG entre 2008 e 2018, por ente financiador



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do SIAFI/MG, SIOP e IBGE (2019).

A distribuição dos recursos entre despesas relacionadas ao custeio da produção e àqueles referentes a incentivos de rede também comprovam o crescimento desse último tipo de repasse a partir de 2010, como pode ser observado no Gráfico 12. O peso dos incentivos na composição das despesas empenhadas foi crescente ao longo do intervalo desse estudo, sendo essa tendência justificável pela implantação gradual das redes nas macrorregiões.

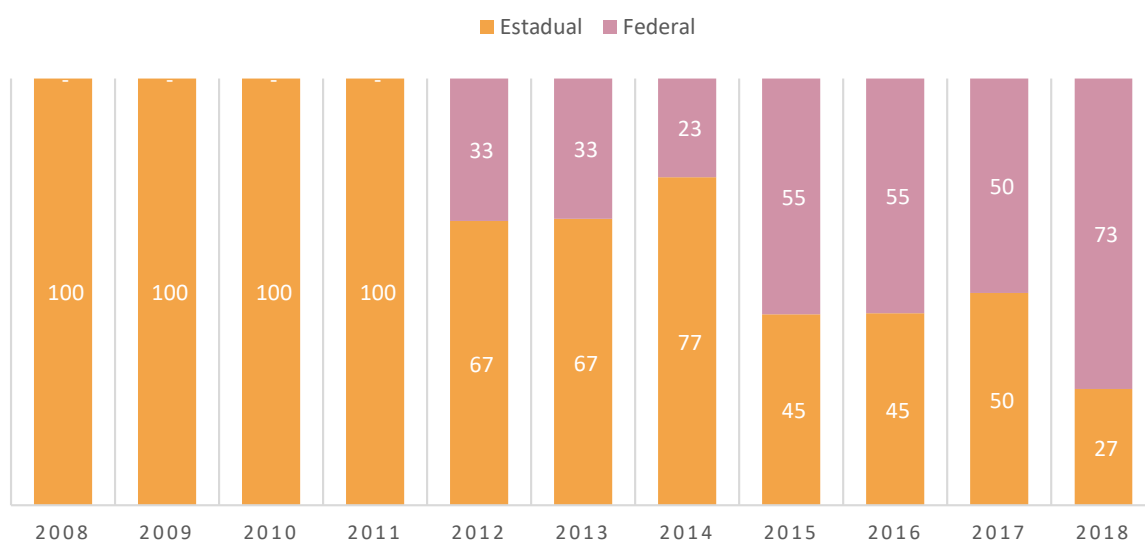
Gráfico 12 – Objeto das despesas empenhadas pelos entes federal e estadual para os hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do SIAFI/MG, SIOP e IBGE (2019).

Foi possível observar que o peso dos recursos estaduais na composição dos incentivos diminuiu ao longo do intervalo analisado. Como foi apurado nas legislações mineiras, os valores de incentivo pagos pelo estado diminuem quando a rede federal é implantada e o prestador é habilitado em alguma das tipologias federais. Em 2010, ano da publicação da Portaria Federal que institui as redes prioritárias, do total das despesas empenhadas como incentivos, 96% eram provenientes de recursos estaduais. Essa participação decresce para 23,7% em 2018. Como mencionado anteriormente, os empenhos municipais não podem ser diferenciados entre custeio de produção e incentivos e não foram considerados nessa análise.

Gráfico 13 – Financiador dos incentivos repassados aos hospitais sob gestão estadual entre 2008 e 2018



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do SIAFI/MG (2019).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É consenso que os formatos de remuneração dos serviços de saúde no SUS precisam ser atualizados. Conforme apontado por diversos autores, o modelo *fee-for-service* tende a ocasionar efeitos negativos, como a realização de procedimentos indevidos e fraudes no registro, além de gerar pouco incentivo para maior qualidade dos serviços prestados. No cenário internacional, a tendência é a adoção de formatos de pagamento mistos que possibilitem maior controle de gastos pelo financiador, mas ao mesmo tempo qualifiquem o resultado dos atendimentos realizados e agreguem valor para o paciente (ZWEIFEL; BREYER; KIFMANN, 2009; UGÁ, 2012; BOACHIE, 2014; MAGALHÃES JUNIOR, 2014; MILLER, 2017; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

No Brasil, novos formatos de reembolso para os hospitais do SUS estão sendo experimentados desde o início dos anos 2000, na tentativa de corrigir as distorções geradas pelo modelo de pagamento por produção. A partir de 2010, com a implantação das redes assistenciais em saúde, nota-se uma alteração significativa no padrão de repasses de recursos pelo MS sendo boa parte do teto MAC composta por incentivos (BRASIL, 2010; MAGALHÃES JUNIOR, 2014; ANDRADE *et al.*, 2018; MINAS GERAIS, 2019d).

Atualmente, os hospitais do SUS são remunerados em diferentes formatos, muitas vezes sobrepostos em um mesmo prestador. Nessa pesquisa, foi constatado que todos os hospitais da RUE passaram a receber incentivos após sua habilitação, somados aos recursos destinados ao custeio da produção de MAC. Muitos deles acumulam incentivos do governo federal e estadual, sendo possível o recebimento de mais de um tipo de incentivo federal. Também foi verificado que entre 2008 e 2018, a inclusão dos incentivos significou aumentos substanciais na remuneração dos prestadores da RUE e ao final do período, os incentivos representavam mais que 30% dos recursos federais e estaduais repassados aos hospitais sob gestão estadual avaliados.

Para a escolha do formato mais adequado de remuneração dos prestadores em cada sistema, é importante aprofundar o entendimento sobre os efeitos nos custos e na assistência que cada modelo provoca. E, dada a relevância do tema, a revisão da literatura aponta crescimento no número de estudos realizados na tentativa de compreender melhor esses impactos (BARRETO, 2015; PEITER *et al.*, 2019).

Lobo *et al.* (2009) empreenderam uma pesquisa com hospitais de ensino em busca de compreender como a alteração do modelo de sua remuneração a partir do programa de contratualização com o MS impactou em sua produtividade. A partir da comparação de

informações registradas em 2003 e 2006 nos sistemas do SUS, constataram que o aumento nos recursos transferidos aos hospitais foi acompanhado de maior eficiência técnica, mas ressaltam que o prazo de análise foi curto e que há necessidade de monitoramento sistemático para confirmar essa relação. Na avaliação do mesmo programa, Lima e Rivera (2012) observaram aumento da produção de média complexidade, redução de atendimentos referentes à atenção primária no âmbito hospitalar, e também defenderam a necessidade de mecanismos de avaliação mais consistentes.

Gomes (2010) realizou análise em um plano de saúde privado para compreender como o uso de incentivos financeiros explícitos na remuneração dos médicos poderiam induzir mudanças em suas práticas. Nesse plano, os médicos eram sócios e prestadores de serviço e recebiam seu pagamento baseado na produção realizada. Em seu estudo, a autora observou que lógica de remuneração por produção induzia aumento quantitativo dos atendimentos e das despesas, diminuindo a receita líquida da cooperativa. A adoção de incentivos financeiros desvinculados da produção contribuiu para a mudança de comportamentos indesejados. A autora acredita que os incentivos podem ser utilizados para minimizar conflitos de interesses entre contratante e contratado, em especial na indução de custos mais efetivos e cumprimento das metas assistenciais para melhora na qualidade dos serviços.

Noronha *et al.* (2014) avaliaram o impacto do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG (Pro-Hosp), instituído em 2003 como projeto estruturador do governo de Minas Gerais na busca de qualificação da gestão e assistência hospitalar. Esse programa foi uma das primeiras iniciativas por parte do estado de remuneração atrelada ao monitoramento de indicadores. Em seu estudo, empregando o método diferenças em diferenças, os autores constaram que o Pro-Hosp teve impacto positivo apenas em um de quatro indicadores apurados. Os autores afirmam que a avaliação de programas públicos é difícil, em especial, pela complexidade na obtenção de dados, mas ressaltam sua importância em todas as fases de implantação e desenvolvimento. Em outra pesquisa conduzida sobre o Pro-Hosp, dessa vez com o objetivo de avaliar sua implementação, Fortes *et al.* (2013) defenderam a necessidade de avaliação contínua dado que mesmo em intervenções muito bem planejadas não há garantias de que a implementação acontecerá como esperado.

Araújo *et al.* (2016) afirmam que pesquisas específicas sobre o desempenho das redes assistenciais prioritárias do SUS ainda são escassas. Em seu estudo, os autores realizaram oficinas com a participação de profissionais acadêmicos e da assistência, relacionados às redes assistenciais, para desenhar indicadores de desempenho conforme critérios de qualidade

estabelecidos pelo Ministério do Planejamento. Os autores defendem a criação de modelos de avaliação ajustados à realidade brasileira e suas especificidades epidemiológicas.

Torres, Belisário e Melo (2015) realizaram um estudo de caso sobre a implantação da RUE na macrorregião Norte de Minas através da análise de documentos, entrevistas e observações. Observaram avanços importantes na assistência e na ampliação do acesso naquela região a partir da organização da rede, porém verificaram a existência de entraves importantes para evolução do processo como o despreparo e a rotatividade dos profissionais, a insuficiência de recursos e o pagamento por procedimentos adotado naquela época do projeto.

É preciso reconhecer que com as novas modalidades de remuneração, nas quais muitas vezes o pagamento é realizado antes do tratamento e em valores globais, surge o desafio do monitoramento dos serviços prestados e da avaliação dos resultados alcançados. Jorge *et al.* (2014) defendem que o pagamento por meio dos incentivos de rede representa avanço expressivo na lógica de financiamento, mas ressaltam que muitas vezes o repasse não é acompanhado da melhoria da assistência. Como possíveis causas, apontam a dificuldade dos gestores em manejar recursos de incentivos nos contratos, no estabelecimento de compromissos e metas relacionados à RUE, além das limitações dos próprios estabelecimentos em trabalhar o uso dos incentivos e sua redistribuição entre suas equipes.

Como o processo de acompanhamento tende a ser moroso e de difícil execução, é comum que seja subestimado pelos gestores. Contribuem para essa realidade questões como a assimetria de informações entre contratante e prestadores, a dificuldade no estabelecimento de indicadores efetivos, a complexidade na coleta dos dados bem como o volume de informações necessárias para a avaliação. Importante ressaltar que mais do que uma rotina gerencial, o monitoramento e avaliação na gestão pública também são importantes uma vez que retroalimentam o processo de decisão, permitem a comparação entre as diversas regiões de saúde avaliadas e fornecem informações sobre a efetividade dos recursos dispendidos em determinada ação ou programa (SANTOS; MEHRY, 2006; CAMPBELL *et al.*, 2009; BOACHIE, 2014; JORGE *et al.*, 2014; MILLER, 2017).

Segundo a legislação federal, na RUE, os mecanismos de monitoramento e avaliação dos seus hospitais deveriam ser definidos no PAR, formalizados em instrumento jurídico definido pelo gestor, e acompanhados pelos grupos condutores locais. No entanto, pelas normativas mineiras revisadas, observou-se que durante muitos anos os indicadores monitorados no estado eram exclusivamente auto declaratórios, sem definição sobre como se daria sua confirmação e sem vinculação a algum tipo de penalidade no caso de descumprimento.

Dado que os prestadores participantes das redes de atenção possuem um modelo de remuneração diferenciado, a avaliação de seu desempenho surge como fator de extrema importância para confirmar os resultados por elas alcançados bem como para propiciar mudança no paradigma do cuidado no sistema nacional. Araújo *et al.* (2016) e Jorge *et al.* (2014) defendem a utilização dos sistemas de informação do SUS para acompanhamento e avaliação dos prestadores das redes, apesar das limitações dos dados neles alimentados. Esses sistemas não monitoram, por exemplo, o tempo de espera dos usuários nem as negativas dos estabelecimentos para os casos referenciados. Por esse motivo, o monitoramento e avaliação das redes estão aquém do desejável e se restringem em grande parte à estrutura dos serviços. Os autores ponderam que ainda que parcial, os dados constantes nos sistemas do SUS seriam suficientes para uma avaliação incipiente, mas nem mesmo essa tem sido realizada pelos gestores estaduais e municipais.

Considerando dados registrados nesses sistemas, a análise geral da produção empreendida nesse estudo sugere que a introdução de incentivos para os hospitais da RUE teve resultado positivo para o volume de internações. Tanto no conjunto de hospitais como para aqueles sob gestão estadual, o crescimento no número de internações do período foi superior à média estadual e nacional. Merece destaque os escores obtidos na urgência e emergência de alta complexidade e em diárias de leitos de UTI. A ocupação dos leitos gerais e intensivos também apresentou crescimento no período.

No entanto, é importante destacar que se os dados gerais apresentaram melhora significativa, os indicadores específicos da RUE, avaliados para os prestadores sob gestão estadual, não repetem o mesmo resultado. Entre os cinco indicadores avaliados, o único com resultado claramente favorável foi o acolhimento com classificação de risco na urgência e emergência. O crescimento acumulado entre 2016, primeiro ano com registro do procedimento, e 2018 chegou a 142,7%.

Para a taxa de atendimento de referências, importante indicador para avaliar o acesso da população aos hospitais classificados como porta de entrada, a meta estipulada pela SES/MG é de 10%. Na avaliação foi constatado que, embora haja discreto crescimento no período, todos os hospitais estão acima desse percentual desde 2008 e não foi possível vincular o desempenho ao repasse dos incentivos. Da mesma maneira, foi observada melhora na ocupação de UTI, mas a relação entre o crescimento do percentual alcançado e o maior volume de incentivos somente foi constatada para 6 dos 15 hospitais que recebem incentivo de qualificação de leitos.

As taxas de ocupação de leitos clínicos e de leitos de cuidado prolongado foram as de pior desempenho. Curiosamente, todos os hospitais avaliados tiveram aumento de leitos

clínicos, mas como o número de internações não acompanhou esse incremento, a taxa de ocupação teve decréscimo. Para o cuidado prolongado, a avaliação ficou prejudicada pela ausência de registro de 3 dos 4 hospitais habilitados. O único que apresentou produção está com a ocupação aquém da meta estabelecida pela SES.

É importante destacar que a avaliação das despesas empenhadas para os hospitais sob gestão estadual deixa claro como o volume dos recursos destinados a esses prestadores também cresceu no mesmo período, a taxas superiores ao crescimento do PIB, em todas as esferas de governo. A ausência de dados sobre os custos desses estabelecimentos não permite avaliar se o aumento dos valores empenhados foi suficiente para cobrir os gastos gerados pela entrada na rede. De qualquer maneira, é preocupante observar que os indicadores relacionados a esses recursos sejam muitas vezes subdimensionados e que o desempenho aquém do esperado não enseje em nenhum tipo de penalidade para o prestador.

O resultado positivo na maior parte dos dados avaliados sugere que a inclusão dos incentivos na remuneração dos prestadores da RUE foi favorável para o aumento do volume de produção do SUS. Trata-se de análise inicial, sendo necessário o aprofundamento nos dados para estabelecimento direto entre a alteração na remuneração e o comportamento dos hospitais na rede, inclusive para aqueles que estão sob gestão dos municípios.

Aos gestores, cabe o aprimoramento urgente dos mecanismos de monitoramento, de forma que seja possível acompanhar indicadores dos resultados em saúde para o paciente alcançados pelas redes prioritárias. Dado o volume de recursos envolvidos e a importância da assistência na urgência e emergência, é necessária avaliação constante e cada vez mais consistente de forma a entregar para a sociedade serviços resolutivos e de qualidade.

Nesse sentido, considerando os resultados encontrados nesse estudo, cabe apontar à SES/MG pontos de melhoria em seus processos em busca da qualificação. Em primeiro lugar, é necessário aprofundar o conhecimento de sua rede hospitalar. O número de hospitais credenciados para atendimento ao SUS/MG é significativo e muitos estão localizados em municípios com gestão de seus prestadores. Esses estabelecimentos também diferem bastante entre si no que tange à sua complexidade e serviços oferecidos. Na maioria das vezes, as análises do gestor estadual são realizadas apenas a partir das informações constantes no CNES, que apesar da variedade de dados cadastrados, não oferece retrato fiel dos serviços efetivamente realizados pelo hospital.

A partir desse diagnóstico, e tendo como pano de fundo as necessidades assistenciais da população, é importante a definição do papel esperado pelo hospital na rede, e, a partir dele, estabelecer programas, incentivos e demais remunerações a serem direcionadas a esse

prestador. Como demonstrado ao longo deste trabalho, o formato do pagamento pode contribuir de forma significativa no desempenho dos estabelecimentos nos sistemas de saúde. Atualmente, a Secretaria de Estado busca realizar o ajuste entre a demanda e a oferta apenas por meio de seus processos regulatórios. A indefinição sobre o que se espera de cada hospital prejudica o acesso dos pacientes aos serviços adequados no tempo oportuno e, dada a assimetria de informações, cria-se margem a subterfúgios por parte desses estabelecimentos para escapar dos regramentos estabelecidos pelo gestor.

Outro quesito que pode ser revisado pela Secretaria de Estado são os indicadores utilizados para o monitoramento da rede. Tendo em vista a diversidade dos estabelecimentos envolvidos, bem como a especificidade dos resultados esperados em cada um, não faz sentido utilizar a mesma métrica para avaliação de seu desempenho. Também cabe reconsiderar a metodologia de coleta dos dados e os resultados estabelecidos. Na apuração realizada nesse estudo, verificou-se que ainda existem indicadores com metas subdimensionadas e cuja apuração é realizada a partir de informações declaradas pelo estabelecimento. Quando os indicadores estiverem mais ajustados às peculiaridades de cada prestador será possível estabelecer bônus e penalidades mais adequados ao resultado obtido refinando dessa maneira as relações entre o pagamento do prestador e seu desempenho.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/Guia_-_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Valor.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.
- ANDRADE, Luciana Pinto de; PORTO JÚNIOR, Sabino da Silva. O problema de risco moral no mercado brasileiro de assistência médica suplementar. **Revista Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 22, n. 41, p. 241-266, mar. 2004.
- ANDRADE, Mônica Viegas *et al.* Desafios do sistema de Saúde Brasileiro. In: DE NEGRI, João Alberto; ARAÚJO, Bruno César Pino Oliveira de; BACELETTE, Ricardo Ginicolo. (org.). **Desafios da nação**: artigos de apoio. Brasília, DF: IPEA, 2018. p. 357-414.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. **Formas de remuneração de serviços de saúde**: Texto para Discussão nº 1006. IPEA. Brasília, DF: IPEA, 2003. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4222. Acesso em 10 jan. 2020.
- ARAÚJO, Daiane Ellwanger *et al.* Avaliação do desempenho das redes de atenção à saúde: uma proposta de indicadores. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1-16, jul./set. 2016.
- BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco ; SILVA, Zilda Pereira. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor estadual. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 47-56, jul./set. 2004.
- BARRETO, Jorge Otávio Maia. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, maio, 2015.
- BOACHIE, Micheal Kofi. Healthcare provider-payment mechanisms: a review of literature. **Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport**, Newark, v. 2, n. 2, p. 41-46, 2014.
- BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 258, 7 de janeiro de 1991**. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS 01/91, Constante do Anexo I, da presente resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/Manual_Gestao_Fin_SUS.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2048, de 05 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MG/GM nº 1600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_1600_de_07_07_11_Politica_Nac_Urg_Emerg.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.702, de 17 de agosto de 2004**. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1702_17_08_2004.html. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.721, de 21 de setembro de 2005**. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1721_15_09_2005.html. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203, 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0218.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual SIOPS aplicado a Municípios 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/29/MANUAL-SISTEMA-2016---MUNICIPAL.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**: manual de operação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pdoc/MNL-GPSL-PDOC-SCNES-ManualOperacao-Edicao3.0.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Ambulatorial do SUS**: manual de operação do sistema. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <http://www.fehosp.com.br/files/manuais/5a6995cb091895b75c83d0ed39a0bb45.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Hospitalar do SUS**: manual técnico operacional do sistema. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_si_h_janeiro_2017.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

CAMPBELL, Stephen M. *et al.* Effects of pay for performance on the quality of Primary Care in England. **New England Journal of Medicine, Boston**, v. 361, n. 4, p. 368-378, jul. 2009.

CAMPOLINA, Fabrício (org.). **Modelos de pagamento baseados em valor**. São Paulo: Instituto Coalisão Saúde, 2017. Disponível em: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

CHERCHIGLIA, Mariângela Leal. Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 67-79, jan./mar. 1994.

FORTES, Fátima Beatriz Carneiro Teixeira Pereira *et al.* Desafios à implementação de políticas sociais: discussões acerca da avaliação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG (PRO-HOSP). **Revista Gestão & Tecnologia**, Pedro Leopoldo, v. 13, n. 1, p. 127-150, jan./abr. 2013.

GOMES, Carmen Lucia Soares. **Remuneração médica**: uso de incentivos financeiros explícitos como indutor da mudança do cuidado na saúde suplementar. 2010. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

JORGE, Alzira de Oliveira *et al.* Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 125-145, out. 2014.

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, set. 2012.

LOBO, Maria Stella de Castro *et al.* Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 437-45, 2009.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Redes de atenção à saúde: rumo à Integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014.

MARINHO, Fátima; PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; FRANÇA, Elisabeth Barboza. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 713-724, out./dez. 2016.

MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde no mundo. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (org.). **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil, 2016. p. 11-36.

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

MENDES, Eugênio Vilaça. Comentários sobre as redes de atenção à saúde no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 38-49, out. 2014.

MILLER, Harold D. **Why value-based payment isn't working, and how to fix**. Pittsburgh: Center for Healthcare Quality and Payment Reform, 2017.

MINAS GERAIS. **Lei nº 23.579, de 15 de janeiro de 2020.** Estima as receitas e fixa as despesas do Orçamento Fiscal do Estado de Minas Gerais e do Orçamento de Investimento das Empresas Controladas pelo Estado para o exercício de 2020. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 2020a. Disponível em:

https://www.almg.gov.br/acompanhe/planejamento_orcamento_publico/loa/index.html.

Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 913, de 21 de setembro de 2011.** Aprova as normas gerais sobre o Procedimento de Fortalecimento das Portas de Urgência e emergência/PROURGE, com o objetivo de organizar a rede de resposta as urgências, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2011. Disponível em:

<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%20913%20PROURGE.pdf>.

Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.609, de 16 de outubro de 2013.** Aprova a Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada de Saúde Centro-Sul no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2013a. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201609%20-%20SRAS_UE_%20Rede%20UeE_Centro-Sul.pdf.

Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.620, de 16 de outubro de 2013.** Aprova a Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada de Saúde Centro no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2013b. Disponível em:

<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201620%20-%20Rede%20UE%20Macro%20Centro.pdf>.

Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.624, de 04 de novembro de 2013.** Aprova a Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada de Saúde Sudeste no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2013c. Disponível em:

<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201624%20-%20Projeto%20Olhar%20Brasil.pdf>.

Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.628, de 04 de novembro de 2013.** Aprova a Rede de Urgência e Emergência das Regiões Ampliadas de Saúde Nordeste e Jequitinhonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2013d. Disponível em:

<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201628%20-%20Rede%20UeE%20Nordeste%20Jequitinhonha.pdf>.

Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.671, de 06 de dezembro de 2013.** Aprova a Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada de Saúde Sul no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2013e. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201671%20-%20Rede%20UeE_Sul.pdf.

Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.688, de 10 de dezembro de 2013.** Aprova os indicadores do processo de acompanhamento Programas Estaduais PRO-URGE, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Rede de Resposta Hospitalar para competência 2014. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2013f. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201688%20-%20Indicadores%20dos%20Programas%20U_E.pdf. Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.328, de 13 de abril de 2016.** Aprova novos indicadores e metas do processo de acompanhamento/monitoramento dos Programas Pro-Urge, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Rede de Resposta Hospitalar, Leitos de Retaguarda e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), componentes da RUE. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/DEL2328SUBPASUEIndicadoresdosProgramasAprovadaGCE.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.515, de 19 de julho de 2017.** Aprova a Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada de Saúde Oeste no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2017a. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202515%20-%20SUBPAS_UE%20-%20PAR%20Oeste%20-%20final.pdf. Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.581, de 16 de novembro de 2017.** Aprova a Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2017b. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202581%20-%20SUBPAS_SRAS_UE%20-%20PAR%20Triangulo%20do%20Norte%20Correto%20\(3\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202581%20-%20SUBPAS_SRAS_UE%20-%20PAR%20Triangulo%20do%20Norte%20Correto%20(3).pdf). Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.615, de 06 de dezembro de 2017.** Aprova a Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada de Saúde Leste do Sul no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2017c. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202615%20-%20SUBPAS_SRAS_UE%20-%20Minuta%20PAR%20Leste%20do%20SUL-%20Revisada%20FINAL%20\(1\)%20\(1\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202615%20-%20SUBPAS_SRAS_UE%20-%20Minuta%20PAR%20Leste%20do%20SUL-%20Revisada%20FINAL%20(1)%20(1).pdf). Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.617, de 06 de dezembro de 2017.** Aprova a Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada de Saúde Noroeste no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2017d. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202617%20-%20SUBPAS_SRAS_UE%20-%20Minuta%20Delibera%C3%A7%C3%A3o%20PAR%20Noroeste%20-%2007-12-2017.pdf. Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.705, de 18 de abril de 2018.** Aprova as regras de exceção referentes ao pagamento integral dos Programas Federais, da Rede de Urgência e Emergência regidos pela Portaria GM/MS de Consolidação nº 1, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2018a. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202705%20-%20SUBPAS_UE%20-%20Del%20Recurso%20Federal%20-%20revisada%20-%20FINAL%203%20UeE.pdf. Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.808, de 13 de novembro de 2018.** Aprova as regras gerais para implantação e implementação das Redes Regionais de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2018b. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202808%20R%20-%20SUBPAS_SRAS_UE%20-%20Deliberacao%20747%20Resolucao_%202607%20-%20Rede%20Regional%20de%20Urg%C3%Aancia%20-%2008.11.18%20-%20final.pdf. Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.843, de 05 de dezembro de 2018.** Aprova a atualização das regras gerais para implantação e implementação das Redes Regionais de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2018c. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202843%20-%20SUBPAS_SRAS_UE%20-%20Rede%20Regional%20de%20Urg%C3%Aancia%20-%2003.12.18.pdf. Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.933, de 17 de abril de 2019.** Aprova a atualização das regras gerais e a das regras de concessão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro complementar do Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências das Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2019a. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202933%20-%20SUBPAS_SRAS_UE%20-%20Rede%20Resposta_C%C3%A1ssia.pdf. Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.934, de 17 de abril de 2019.** Aprova a atualização das regras gerais para implantação e implementação das Redes Regionais de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2019b. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202934%20-%20SUBPAS_SRAS_UE%20-%20Rede%20Regional_C%C3%A1ssia.pdf. Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.938, de 22 de maio de 2019.** Aprova os indicadores do Componente Hospitalar dos Programas Federais, da Rede de Urgência e Emergência, e dá outras providências. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2019c. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202938%20-%20SUBPAS_SRAS_UE%20-%20Componente%20Programa%20Federal_Indicadores%20Porta%20e%20Leitos.%20ap%C

3%B3s%20c%C3%A2mara%20t%C3%A9nicadoc%20-%20alterada%20AJ.pdf. Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 507, de 13 de fevereiro de 2009**. Estabelece às normas gerais de Implantação do incentivo aos hospitais da Rede de Resposta Hospitalar às Urgências no âmbito da Macrorregião Norte do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009a. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%20507%20PRO%20REDE.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 747, de 7 de dezembro de 2010**. Aprova as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%20747%20Expansao%20das%20Redes.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Fazenda. **Manual Operacional do Sistema Integrado de Administração Financeira de Minas Gerais – SIAFI/MG**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Fazenda, 2020b. Disponível em https://www.siafi.mg.gov.br/fcag/SIAFI/site_siafi_mg/siafi. Acesso em: 10 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Minas Gerais. **Resolução SES/MG nº 2000, de 19 de agosto de 2009**. Aprova as normas gerais sobre o Procedimento de Fortalecimento das Portas de Urgência e Emergência/PRO-URGE, com o objetivo de organizar a rede de resposta as urgências, no âmbito do Estado de Minas Gerais competência 2009–2010. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009b. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_2000.pdf. Acesso em: 11 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Consolidação PPI/MG 2016-2020**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2019d. Disponível em: http://ppiassistencial_antigo.saude.mg.gov.br/. Acesso em: 11 jan. 2020.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza *et al.* Avaliação de impacto do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/Minas Gerais (Pro-Hosp). **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 65, n. 1, p. 65-85, jan./mar. 2014.

NORONHA, Marina Ferreira de; PORTELA, Margareth Crisóstomo; LEBRÃO, Maria Lúcia. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S242-S255, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal** – Relatório Mundial da Saúde. Genebra: OMS, 2010.

PEDROSO, Marcelo Caldeira; MALIK, Ana Maria. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2757-2772, out. 2012.

PEITER, Caroline Cechinel *et al.* Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 1-10, jan. 2019.

RIBEIRO, José Mendes. Restrições de Informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 147-178.

ROA, Alejandra Carrillo; CANTÓN, Gerardo Alfaro; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reformas. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil, 2016. p. 37-74.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, jan./abr. 2018

SANTANA, Edvaldo Alves de. Contrato satisfatório multidimensional e a teoria do incentivo. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p.661-694, out./dez. 2002.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.19, p.25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos; SERVO, Luciana Mendes Santos. A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil, 2016. p. 205-246.

SCARPELINI, Sandro. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 315-320, jul./set. 2007.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

TOBAR, Federico; ROSENFELD, Nicolás; REALE, Armando. Modelos de pago de servicios de salud. **Cuadernos Médicos Sociales**, Rosario, n. 74, p. 39-52, 1998.

TORRES, Soraya Figueiredo de Sousa; BELISÁRIO, Soraya Almeida; MELO, Elza Machado. A Rede de Urgência e Emergência da macrorregião norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n. 1, p. 361-373, 2015.

UGÁ, Maria Alícia Dominguez. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde: a experiência internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3437-3445, 2012.

UGÁ, Maria Alícia Dominguez; PORTO, Silvia Marta; PIOLA, Sergio Francisco. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, jul./dez. 2007.

VELOSO, Germany Gonçalves; BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo; MALIK, Ana Maria. Análise dos fundamentos do modelo value-based health care delivery à luz das teorias de estratégia. **Revista Alcance - Eletrônica**, Santa Catarina, v. 20, n. 4. p. 495-512, out./dez. 2013.

VERAS, Claudia Maria T.; MARTINS, Mônica S. A Confiabilidade dos Dados nos Formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 339-355, jul./set. 1994.

ZWEIFEL, Peter; BREYER, Friedrich; KIFMANN, Mathias. **Health Economics**. 2. ed. Switzerland: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2009.

APÊNDICE A – Principais atributos dos incentivos da Rede de Urgência e Emergência

REDE	TIPOLOGIA	ABRANGÊNCIA	ESPECIALIDADE MÉDICA	EQUIPAMENTOS	INDICADOR	VALOR DO INCENTIVO
Estadual	Hospital de Urgência Nível IV	Situados em áreas de vazios assistenciais ou com tempo resposta acima de 60 minutos	Plantão médico presencial	Eletrocardiografia, Radiologia Convencional, Sala de Ressuscitação	Turno de atendimento e classificação de risco	40.000,00
	Hospital Geral de Urgência Nível III	Referência para microrregião acima de 100.000 habitantes	Plantão médico e pediátrico presencial; sobreaviso para cirurgião geral, ortopedista/traumatologista, anestesista e gineco-obstetra	Eletrocardiografia, Radiologia Convencional, Raio X móvel, Centro Cirúrgico, Sala de Ressuscitação		100.000,00
	Hospital Geral de Urgência Nível II	Referência para microrregião acima de 200.000 habitantes	Plantão médico, pediatra, ortopedista/traumatologista presencial; sobreaviso ginecologista e obstetra, cirurgião geral, anestesista, neurologista	Eletrocardiografia, Radiologia Convencional, Sala de ressuscitação, RX móvel, Tomografia Computadorizada, Bloco Cirúrgico, UTI Adulto e/ou Pediátrica		200.000,00
	Hospital Geral de Urgência do Trauma Nível I	Referência para macrorregião com população acima de 1.000.000 habitantes	Plantão médico, pediatra, cirurgião geral, ortopedista/traumatologista presencial, alcançável ginecologista e obstetra, neurocirurgião, anestesista; sobreaviso cirurgião plástico, cirurgião vascular, cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial	Eletrocardiografia, Radiologia Convencional, Sala de ressuscitação, RX móvel, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Bloco Cirúrgico, UTI Adulto e/ou Pediátrica		300.000,00
	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I	Referência para macrorregião com população acima de 600.000 habitantes	Plantão médico presencial; alcançável cardiologista; sobreaviso cardiologista intervencionista, anestesista e cirurgião cardiovascular	Eletrocardiografia, Radiologia Convencional, Sala de ressuscitação, RX móvel, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Bloco Cirúrgico, UTI (Adulto ou Pediátrica) e/ou Unidade Coronariana - UCO e Hemodinâmica		150.000,00

	Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) Nível I	Referência para macrorregião com população acima de 600.000 habitantes	Plantão médico presencial; alcançável anestesista; sobreaviso médico em radiologia e diagnóstico por imagem, neurologista e neurocirurgião	Eletrocardiografia, Radiologia Convencional, Sala de ressuscitação, RX móvel, Tomografia Computadorizada, Bloco Cirúrgico, Terapia Intensiva Adulto ou Pediátrica, telemedicina		150.000,00
	Hospital Geral de Urgência Nível I Polivalente	Referência para macrorregião acima de 1.000.000 habitantes; deve possuir habilitação em Alta Complexidade em pelo menos duas linhas de cuidado prioritárias (traumato-ortopedia, cardiovascular ou neurocirurgia)	Plantão médico, pediatra, ortopedista/traumatologista, cirurgião geral presencial, alcançável ginecologista e obstetra, cardiologista, anestesista; sobreaviso cardiologista intervencionista, radiologista intervencionista, cirurgião cardiovascular, cirurgião plástico, cirurgião vascular, cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial	Eletrocardiografia, Radiologia Convencional, Sala de ressuscitação, RX móvel, Tomografia Computadorizada, Bloco Cirúrgico, Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica e/ou Unidade Coronariana, telemedicina		400.000,00
Federal	Porta - Hospital geral	até 200 mil habitantes. Estrutura para realizações de internações de média complexidade	Equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anesthesiologista, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos	Radiologia convencional, ultrassonografia, análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia, terapia intensiva, tomografia computadorizada, endoscopia, agência transfusional, anesthesiologia	Classificação de risco, taxa de atendimento da referência	100.000,00
	Porta - Hospital Especializado tipo I	201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumato-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria	Equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Análises clínicas laboratoriais, radiologia convencional, ultrassonografia, eletrocardiografia, unidade de terapia intensiva, tomografia computadorizada, agência transfusional, endoscopia, broncoscopia, terapia renal substitutiva, anesthesiologia, neurocirurgia, ecocardiografia	Classificação de risco, taxa de atendimento da referência	200.000,00

Porta - Hospital Especializado tipo II	a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria	Equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Radiologia convencional; análises clínicas laboratoriais; eletrocardiografia; ultra-sonografia; ecocardiografia; hemodinâmica; angiografia; cirurgia cardiovascular; unidade de terapia intensiva; agência transfusional, e anestesiologia; cirurgia pediátrica, cirurgia vascular; cirurgia bucomaxilofacial; cirurgia geral; neurocirurgia, e agência transfusional	Classificação de risco, taxa de atendimento da referência	300.000,00
Hospitais retaguarda cuidado prolongado	5,62% (cinco inteiros e sessenta e dois décimos por cento) da necessidade total de leitos hospitalares gerais, que é de 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) leitos gerais para cada 1.000 (mil) habitantes	Médico; enfermeiro; técnico de enfermagem; assistente social; fisioterapeuta; psicólogo; terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo (todos com carga horária definida na norma conforme tipo de habitação)	Sala Multiuso de Reabilitação, espaço destinado ao atendimento do usuário em cuidados prolongados, com vistas à reabilitação precoce e à aceleração do processo de desospitalização pela Equipe Multiprofissional	Taxa de ocupação de leito de cuidados prolongados	Diária de R\$ 300,00, até o 60º dia de internação; diária de R\$ 200,00, a partir do 61º dia de internação; e valor da AIH, a partir do 91º dia de internação
Qualificação de leitos	Calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002	Médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem compatível com o porte da enfermagem clínica de retaguarda, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana	Não há especificação na normativa	Taxa de ocupação de UTI e/ou leitos clínicos	R\$ 300,00 por diária de leito clínico; R\$ 800,00 por diária de leito de UTI

APÊNDICE B – Incentivos estaduais da Rede de Urgência e Emergência detalhados por hospital

MACRO	MICRO	MUNICIPIO	CNES	NOME FANTASIA	GESTÃO	TIPOLOGIA	INCENTIVO FONTE ESTADUAL
NORDESTE	Águas Formosas	AGUAS FORMOSAS	2183803	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO DE AGUAS FORMOSAS	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
LESTE	Resplendor	AIMORES	2102587	HOSPITAL SAO JOSE SAO CAMILO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUDESTE	Além Paraíba	ALEM PARAIBA	2122677	HOSPITAL SAO SALVADOR	Estadual	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
NORDESTE	Almenara	ALMENARA	2108992	HOSPITAL DERALDO GUIMARAES	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
CENTRO SUL	Barbacena	ALTO RIO DOCE	2202638	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUL	Poços de Caldas	ANDRADAS	2775956	SANTA CASA DE ANDRADAS	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	100.000,00
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	ANDRELANDIA	5060761	HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSE GUSTAVO ALVES	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
NORDESTE	Araçuaí	ARACUAI	2134276	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO ARACUAI	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
NOROESTE	Unaí	ARINOS	2118319	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUL	São Lourenço	BAEPENDI	2761106	HOSPITAL CONEGO MONTE RASO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	200.000,00
OESTE	Formiga	BAMBUI	2143852	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO BRASIL DE BAMBUI	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
CENTRO	Itabira	BARAO DE COCAIS	2168243	HOSPITAL MUNICIPAL WALDEMAR DAS DORES	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
CENTRO SUL	Barbacena	BARBACENA	2098938	HOSPITAL IBIAPABA CEBAMS	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I	150.000,00

CENTRO SUL	Barbacena	BARBACENA	2138875	SANTA CASA MISERICORDIA BARBACENA	Municipal	Hospital Geral de Urgência do Trauma Nível I	100.000,00
LESTE	Ipatinga	BELO ORIENTE	5350697	HOSPITAL JAQUES GONCALVES PEREIRA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO VALE	2182610	BELO VALE HOSPITAL E MATERNIDADE HENRIQUE PENIDO SA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	BOCAIUVA	2119471	HOSPITAL MUNICIPAL DE BOCAIUVA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
OESTE	Bom Despacho	BOM DESPACHO	2168707	HOSP SANTA CASA DE BOM DESPACHO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	BOM JARDIM DE MINAS	2796589	HOSPITAL MUNICIPAL BOM JARDIM MINAS	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
NORTE DE MINAS	Brasília MG/S Francisco	BRASILIA DE MINAS	2119420	HOSPITAL MUNICIPAL SENHORA SANTANA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	100.000,00
CENTRO	B Horizonte/ N Lima/Caeté	CAETE	2117312	CAETE SANTA CASA DE CAETE	Estadual	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUL	Pouso Alegre	CAMANDUCAIA	2127725	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMANDUCAIA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
OESTE	S Antônio Amparo/ C Belo	CAMPO BELO	2192020	SANTA CASA DE CAMPO BELO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
JEQUITINHONHA	M Novas/ Turmalina/Capelinha	CAPELINHA	2135124	FUNDACAO HOSPITALAR SAO VICENTE DE PAULO	Estadual	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
CENTRO SUL	Barbacena	CARANDAI	2098407	HOSPITAL MUNICIPAL SANTANA DE CARANDAI	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUDESTE	Carangola	CARANGOLA	2764776	CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA	Estadual	Hospital Geral de Urgência Nível II	100.000,00
LESTE	Caratinga	CARATINGA	2118513	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
NORDESTE	Nanuque	CARLOS CHAGAS	2178982	HOSPITAL LOURENCO WESTIN	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUL	Três Corações	CARMO DA CACHOEIRA	2761017	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO CARMO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUL	Alfenas/Machado	CARMO DO RIO CLARO	2796376	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00

SUL	Lavras	CARRANCAS	2760673	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUL	Passos/Piumhi	CASSIA	2760436	INSTITUTO SAO VICENTE DE PAULO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUDESTE	Leopoldina/Cataguases	CATAGUASES	2098911	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CATAGUASES	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	100.000,00
CENTRO SUL	Cons Lafaiete/Congonhas	CONGONHAS	2172259	HOSPITAL BOM JESUS	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
CENTRO SUL	Cons Lafaiete/Congonhas	CONSELHEIRO LAFAIETE	2098326	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JOSE	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
LESTE	Resplendor	CONSELHEIRO PENA	2200481	HOSPITAL DR HELCIO VALENTIM	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
CENTRO	Contagem	CONTAGEM	2154757	HOSPITAL SANTA RITA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
NORTE DE MINAS	Coração de Jesus	CORACAO DE JESUS	2205904	HOSPITAL MUNICIPAL SAO VICENTE DE PAULO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
LESTE	Cel Fabriciano/Timóteo	CORONEL FABRICIANO	7082886	HOSPITAL DR JOSE MARIA MORAIS	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
CENTRO	Curvelo	CURVELO	2148293	HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
SUL	Passos/Piumhi	DELFINOPOLIS	6569803	HOSPITAL MUNICIPAL ELPIDIO RODRIGUES PINTO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
JEQUITINHONHA	Diamantina	DIAMANTINA	2135132	SANTA CASA DE CARIDADE	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I e Hospital Geral de Urgência Nível II	100.000,00
JEQUITINHONHA	Diamantina	DIAMANTINA	2761203	HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA SAUDE	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
LESTE	Cel Fabriciano/Timóteo	DIONISIO	2144514	HOSPITAL SAO SEBASTIAO DIONISIO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
LESTE	Mantena	DIVINO DAS LARANJEIRAS	2103222	HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPIRITO SANTO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
OESTE	Divinópolis/S Antôn Monte	DIVINOPOLIS	2159252	HOSPITAL SAO JOAO DE DEUS	Municipal	Hospital Geral de Urgência Polivalente	400.000,00

OESTE	Bom Despacho	DORES DO INDAIA	2144042	SANTA CASA DR ZACARIAS	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUDESTE	Ubá	ERVALIA	2161729	HOSPITAL JORGE CAETANO DE MATTOS	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
CENTRO	Betim	ESMERALDAS	3048675	ESMERALDAS HOSPITAL MUNICIPAL 25 DE MAIO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUL	Pouso Alegre	EXTREMA	2127881	HOSPITAL E MATERN SAO LUCAS DE EXTREMA	Estadual	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
NORDESTE	Almenara	FELISBURGO	2139146	HOSPITAL DE FELISBURGO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
CENTRO	Itabira	FERROS	2144522	HOSPITAL SAO JUDAS TADEU	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
OESTE	Formiga	FORMIGA	2142376	HOSPITAL SAO LUIZ DE FORMIGA	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I e Hospital Geral de Urgência Nível II	300.000,00
LESTE	Governador Valadares	FREI INOCENCIO	5625882	HOSPITAL MUN S. GERALDO	Municipal	Hosp Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
LESTE	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	2118661	HOSPITAL BOM SAMARITANO	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I	150.000,00
LESTE	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	2222043	HOSPITAL MUNICIPAL	Municipal	Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) Nível I e Hospital Geral de Urgência do Trauma Nível I	400.000,00
CENTRO	Guanhães	GUANHAES	2144530	HOSPITAL REGIONAL IMACULADA CONCEICAO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUL	Passos/Piumhi	GUAPE	2146479	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAPE	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUL	Guaxupé	GUAXUPE	2796449	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAXUPE	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00

OESTE	Formiga	IGUATAMA	2160498	HOSPITAL MUNICIPAL SAO FRANCISCO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
LESTE	Caratinga	INHAPIM	2103532	HOSPITAL SAO SEBASTIAO DE INHAPIM	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
LESTE	Ipatinga	IPATINGA	2193310	HOSPITAL MUNICIPAL DE IPATINGA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
LESTE	Ipatinga	IPATINGA	2205440	HOSPITAL MARCIO CUNHA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Polivalente	400.000,00
CENTRO	Itabira	ITABIRA	2215586	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I e Hospital Geral de Urgência Nível II	300.000,00
LESTE	Mantena	ITABIRINHA	2102579	HOSPITAL SAO LUCAS DE ITABIRINHA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
OESTE	Itaúna	ITAGUARA	2142627	SANTA CASA DE ITAGUARA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUL	Itajubá	ITAJUBA	2208857	HOSPITAL ESCOLA AISI ITAJUBA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
JEQUITINHONHA	Diamantina	ITAMARANDIBA	2135930	HOSPITAL MUNICIPAL GERALDO FERREIRA GANDRA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
NORDESTE	T Otoni/ Malacac/Itambacur	ITAMBACURI	2185563	HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS ANJOS	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
LESTE	Governador Valadares	ITANHOMI	2102773	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO DE ITANHOMI	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
NORDESTE	Itaobim	ITAOBIM	2139073	H VALE DO JEQUITINHONHA	Municipal	Hosp Geral de Urgência Nível III	100.000,00
OESTE	Divinópolis/ S Antôn Monte	ITAPECERICA	2143895	SANTA CASA DE ITAPECERICA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
OESTE	Itaúna	ITAUNA	2105780	HOSPITAL MANOEL GONCALVES	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	JABOTICATUBA S	2117398	JABOTICATUBAS FUNDACAO HOSPITALAR SANTO ANTONIO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
NORDESTE	Almenara	JACINTO	2120402	HOSPITAL BOM PASTOR	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
NORTE DE MINAS	Janaúba/Monte Azul	JANAUBA	6920977	HOSPITAL REGIONAL DE JANAUBA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	100.000,00

NORTE DE MINAS	Januária	JANUARIA	2204622	HOSPITAL MUNICIPAL DE JANUARIA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
NORDESTE	Almenara	JEQUITINHONHA	2120410	HOSPITAL SAO MIGUEL	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
NORDESTE	Almenara	JOAIMA	2139057	HOSPITAL MUNICIPAL DE JOAIMA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
CENTRO	João Monlevade	JOAO MONLEVADE	2709848	HOSPITAL MARGARIDA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
SUDESTE	J Fora/L Duarte/ B Jardim	JUIZ DE FORA	2153084	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	100.000,00
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	2153114	FUNDACAO INSTITUTO CLINICO JUIZ DE FORA	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I e Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) Nível I	200.000,00
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	2153882	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JF	Municipal	Hosp de Referência às Doenças Cardiovasc (IAM) Nível I	150.000,00
OESTE	Divinópolis/ S Antôn Monte	LAGOA DA PRATA	2132877	HOSPITAL SAO CARLOS	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUDESTE	Leopoldina/Cataguases	LEOPOLDINA	2122650	CASA DE CARIDADE LEOPOLDINENSE	Estadual	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	LIMA DUARTE	4041690	SANTA CASA DE MISER DE LIMA DUARTE	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
OESTE	Bom Despacho	LUZ	2144166	HOSPITAL SENHORA APARECIDA DE LUZ	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUL	Alfenas/Machado	MACHADO	2796392	IRMANDADE DA SANTA CASA DE CARIDADE DE MACHADO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
NORDESTE	T Otoni/ Malacac/Itambacur	MALACACHETA	2208075	HOSPITAL MUNICIPAL DR CARLOS MARX	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
NORTE DE MINAS	Manga	MANGA	2205998	HOSPITAL FUNRURAL	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
LESTE	Mantena	MANTENA	2099209	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO MANTENA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00

NORDESTE	Itaobim	MEDINA	2139030	HOSPITAL SANTA RITA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
JEQUITINHONHA	M Novas/ Turmalina/Capelinha	MINAS NOVAS	2134268	FUNDACAO MINAS NOVAS HOSPITAL DOUTOR BADARO JUNIOR	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUL	São Lourenço	MINDURI	2760819	HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
NORTE DE MINAS	Manga	MONTALVANIA	2119439	HOSPITAL CRISTO REI	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
NORTE DE MINAS	Janaúba/Monte Azul	MONTE AZUL	2119404	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DAS GRACAS	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2149990	HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I e Hospital Geral de Urgência do Trauma Nível I	100.000,00
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2219638	HOSPITAL AROLDO TOURINHO	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I	150.000,00
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2219646	HOSPITAL DILSON GODINHO	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I	150.000,00
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2219654	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
CENTRO	Sete Lagoas	MORADA NOVA DE MINAS	2178648	HOSPITAL CASA DE CARIDADE SAO SEBASTIAO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUDESTE	Muriae	MURIAE	4042107	HOSPITAL PRONTOCOR DE MURIAE	Estadual	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I	150.000,00
NORDESTE	Nanuque	NANUQUE	2211262	HOSPITAL E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL RENATO AZEREDO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
CENTRO SUL	São João del Rei	NAZARENO	2179571	HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTONIO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00

NORDESTE	T Otoni/Malacac/ Itambacur	NOVO CRUZEIRO	2183811	HOSPITAL SAO BENTO DE NOVO CRUZEIRO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
OESTE	S Antônio Amparo/C Belo	OLIVEIRA	2144298	HOSPITAL SAO JUDAS TADEU DE OLIVEIRA	Municipal	Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) Nível I e Hospital Geral de Urgência Nível II	300.000,00
SUL	Pouso Alegre	OURO FINO	2127911	CASA DE CARIDADE DE OURO FINO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
CENTRO	Ouro Preto	OURO PRETO	2163829	OURO PRETO SANTA CASA DE OURO PRETO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
NORDESTE	Padre Paraíso	PADRE PARAISO	2208083	HOSPITAL NOSSA SENHORA MAE DA IGREJA DE PADRE PARAISO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
OESTE	Pará de Minas	PARA DE MINAS	2206064	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
SUL	Itajubá	PARAISOPOLIS	2127695	HOSPITAL FREI CAETANO E MATSANTA TEREZA PARAISOPOLIS	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUL	São Lourenço	PASSA QUATRO	2764806	CASA DE CARIDADE DE PASSA QUATRO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
OESTE	S Antônio Amparo/C Belo	PASSA TEMPO	2144174	HOSPITAL SAO GABRIEL	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUL	Passos/Piumhi	PASSOS	2775999	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS	Estadual	Hospital Geral de Urgência Polivalente	100.000,00
LESTE	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	PECANHA	2103257	HOSPITAL SANTO ANTONIO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
NORDESTE	Pedra Azul	PEDRA AZUL	2139049	HEFA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
CENTRO	Vespasiano	PEDRO LEOPOLDO	6049265	HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO GONCALVES	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
CENTRO SUL	Cons Lafaiete/ Congonhas	PIRANGA	2109700	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
NORTE DE MINAS	Pirapora	PIRAPORA	2119528	HOSPITAL DR MOISES MAGALHÃES FREIRE	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	100.000,00

OESTE	Pará de Minas	PITANGUI	2142406	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PITANGUI	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUL	Passos/Piumhi	PIUMHI	2776006	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIUMHI	Estadual	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
SUL	Poços de Caldas	POCOS DE CALDAS	2129566	HOSPITAL SANTA LUCIA HOSPITAL DO CORACAO	Municipal	Hosp de Ref às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I e Hosp de Referência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) Nível I	200.000,00
CENTRO	Sete Lagoas	POMPEU	2178591	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE POMPEU	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
LESTE DO SUL	Ponte Nova	PONTE NOVA	2111640	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I e Hospital Geral de Urgência Nível II	300.000,00
SUL	Pouso Alegre	POUSO ALEGRE	2127989	HOSPITAL DAS CLIN SAMUEL LIBANIO POUSO ALEGRE	Municipal	Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) Nível I	100.000,00
SUDESTE	Ubá	PRESIDENTE BERNARDES	2148471	HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTONIO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
LESTE	Resplendor	RESPLENDOR	2168731	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO CARMO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
NORTE DE MINAS	Salinas/Taiobeiras	RIO PARDO DE MINAS	2119463	HOSPITAL TACITO DE FREITAS COSTA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUDESTE	Ubá	RIO POMBA	2149419	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO RIO POMBA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	RIO PRETO	2796791	SANTA CASA MISERICORDIA DE RIO PRETO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
CENTRO	Guanhães	RIO VERMELHO	2135140	HOSPITAL JOAO CESAR DE OLIVEIRA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
LESTE	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	SANTA MARIA DO SUACUI	2103990	HOSPITAL SANTA MARIA ETERNA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00

OESTE	S Antônio Amparo/C Belo	SANTO ANTONIO DO AMPARO	2192128	HOSPITAL REGIONAL SAO SEBASTIAO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
OESTE	Divinópolis/S Antôn Monte	SANTO ANTONIO DO MONTE	2144026	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTO ANTONIO DO MONTE	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUDESTE	Santos Dumont	SANTOS DUMONT	2796562	HOSPITAL DE SANTOS DUMONT	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
CENTRO	João Monlevade	SAO DOMINGOS DO PRATA	2144573	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I e Hospital Geral de Urgência Nível II	300.000,00
NORTE DE MINAS	Brasília MG/S Francisco	SAO FRANCISCO	2140098	UNIDADE MISTA MUNICIPAL DR BRICIO DE CASTRO DOURADO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
NORTE DE MINAS	Brasília MG/S Francisco	SAO JOAO DA PONTE	2119447	HOSPITAL SAO GERALDO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
CENTRO SUL	São João del Rei	SAO JOAO DEL REI	2161354	SANTA CASA DA MISERICORDIA DE SAO JOAO DEL REI	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
CENTRO SUL	São João del Rei	SAO JOAO DEL REI	2173565	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS MERCES	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
NORTE DE MINAS	Salinas/Taiobeiras	SAO JOAO DO PARAISO	2795299	HOSPITAL SAO JOAO DO PARAISO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
LESTE	S Maria Suaçuí/S Joao Eva	SAO JOAO EVANGELISTA	2102765	HOSPITAL SAO JOAO EVANGELISTA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUDESTE	São João Nepomuceno/Bicas	SAO JOAO NEPOMUCENO	2796619	HOSPITAL SAO JOAO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUL	São Lourenço	SAO LOURENCO	2764814	CASA DE CARIDADE DE SAO LOURENCO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
NORTE DE MINAS	Brasília MG/S Francisco	SAO ROMAO	2140179	HOSPITAL ASSISTENCIAL MANOEL SIMOES CAXITO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUL	Passos/Piumhi	SAO ROQUE DE MINAS	2147823	HOSPITAL MUNICIPAL SANTA MARTA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUL	São Sebastião do Paraíso	SAO SEBASTIAO DO PARAISO	2146525	SANTA CASA DE PARAISO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00

CENTRO SUL	São João del Rei	SAO TIAGO	2123711	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
CENTRO SUL	São João del Rei	SAO VICENTE DE MINAS	2123231	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
SUL	Alfenas/Machado	SERRANIA	2168448	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
JEQUITINHONHA	Diamantina	SERRO	2202891	CASA CARIDADE SANTA TEREZA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível IV	40.000,00
CENTRO	Sete Lagoas	SETE LAGOAS	2109867	HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLAVIO DAMATO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
CENTRO	Sete Lagoas	SETE LAGOAS	2206528	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I	150.000,00
NORTE DE MINAS	Salinas/Taiobeiras	TAIOBEIRAS	2098369	HOSPITAL SANTO ANTONIO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	100.000,00
LESTE	Governador Valadares	TARUMIRIM	2102595	HOSPITAL SAO SEBASTIAO DE TARUMIRIM	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
NORDESTE	T Otoni/Malacac/ Itambacur	TEOFILO OTONI	2184834	HOSPITAL BOM SAMARITANO	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I	150.000,00
NORDESTE	T Otoni/Malacac/ Itambacur	TEOFILO OTONI	2208172	HOSPITAL SANTA ROSALIA	Municipal	Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) Nível I e Hospital Geral de Urgência do Trauma Nível I	200.000,00
NORDESTE	T Otoni/Malacac/ Itambacur	TEOFILO OTONI	2211254	HOSPITAL MUNICIPAL DR RAIMUNDO GOBIRA	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
LESTE	Cel Fabriciano/Timóteo	TIMOTEO	2140217	HOSPITAL E MATERNIDADE VITAL BRAZIL	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
SUL	Três Corações	TRES CORACOES	2760657	HOSPITAL SAO SEBASTIAO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00
CENTRO	Curvelo	TRES MARIAS	2796112	HOSPITAL SAO FRANCISCO	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível III	100.000,00
SUL	Três Pontas	TRES PONTAS	2139200	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO HOSP	Municipal	Hospital Geral de Urgência Nível II	200.000,00

APÊNDICE C – Incentivos federais da Rede de Urgência e Emergência detalhados por hospital

MACRO	MICRO	MUNICIPIO	CNES	NOME FANTASIA	GESTÃO	TIPO INCENTIVO	VALOR
SUDESTE	Além Paraíba	ALEM PARAIBA	2122677	HOSPITAL SAO SALVADOR	Estadual	UTI Adulto II	35.180,16
SUL	Alfenas/Machado	ALFENAS	2171988	HOSPITAL UNIVERSITARIO ALZIRA VELANO	Municipal	PT Hosp Espec II	300.000,00
SUL	Alfenas/Machado	ALFENAS	2171988	HOSPITAL UNIVERSITARIO ALZIRA VELANO	Municipal	UTI Adulto II	70.360,32
SUL	Alfenas/Machado	ALFENAS	2171945	SANTA CASA DE ALFENAS	Municipal	UTI Adulto II	61.565,28
SUL	São Lourenço	BAEPENDI	2761106	HOSPITAL CONEGO MONTE RASO	Municipal	UTI Adulto II	61.565,28
CENTRO SUL	Barbacena	BARBACENA	2098938	HOSPITAL IBIAPABA CEBAMS	Municipal	UTI Adulto II	43.975,20
CENTRO SUL	Barbacena	BARBACENA	2098474	HOSPITAL POLICLINICA E MATERNIDADE DE BARBACENA	Municipal	Leito Retag LP	148.661,46
CENTRO SUL	Barbacena	BARBACENA	3698548	HOSPITAL REGIONAL DE BARBACENA DR JOSE AMERICO	Municipal	UTI Adulto II	61.565,28
CENTRO SUL	Barbacena	BARBACENA	2138875	SANTA CASA MISERICORDIA BARBACENA	Municipal	PT Hosp Espec I	200.000,00
CENTRO SUL	Barbacena	BARBACENA	2138875	SANTA CASA MISERICORDIA BARBACENA	Municipal	UTI Adulto II	70.360,32
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	26840	COMPLEXO HOSPITALAR SAO FRANCISCO	Municipal	Leito Retag CM	413.666,67
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	26840	COMPLEXO HOSPITALAR SAO FRANCISCO	Municipal	UTI Adulto II	219.876,00
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	27049	HOSP DAS CLINICAS DA UNIV FED DE MINAS GERAIS EBSE RH	Municipal	UTI Coronariana	87.950,40
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	26964	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI	Municipal	UTI Adulto II	61.565,28
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	2695324	HOSPITAL DA BALEIA	Municipal	UTI Adulto II	70.360,32
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	2695324	HOSPITAL DA BALEIA	Municipal	UTI INF II	61.565,28

CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	2181770	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES	Municipal	UTI Adulto II	70.360,32
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	26808	HOSPITAL EVANGELICO DE BELO HORIZONTE	Municipal	UTI Adulto II	52.770,24
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	26948	HOSPITAL INFANTIL JOAO PAULO II	Municipal	PT Hosp Espec I	200.000,00
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	26948	HOSPITAL INFANTIL JOAO PAULO II	Municipal	UTI INF II	114.335,52
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	26921	HOSPITAL JOAO XXIII	Municipal	PT Hosp Espec II	300.000,00
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	26921	HOSPITAL JOAO XXIII	Municipal	UTI Adulto II	659.628,00
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	26921	HOSPITAL JOAO XXIII	Municipal	UTI INF II	70.360,32
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	27022	HOSPITAL JULIA KUBITSCHK	Municipal	UTI Adulto II	149.515,68
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	2200422	HOSPITAL MADRE TERESA	Municipal	UTI Adulto II	114.335,52
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	7866801	HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CELIO DE CASTRO HMDCC	Municipal	Leito Retag CM	584.304,17
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	7866801	HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CELIO DE CASTRO HMDCC	Municipal	UTI Adulto II	615.652,80
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	7866801	HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CELIO DE CASTRO HMDCC	Municipal	UAVC Agudo	316.713,54
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	2192896	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BHERENS HOB	Municipal	PT Hosp Espec II	300.000,00
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	2192896	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BHERENS HOB	Municipal	UTI Adulto II	307.826,40
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	2192896	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BHERENS HOB	Municipal	UTI INF II	140.720,64
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	2192896	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BHERENS HOB	Municipal	UAVC Agudo	180.979,17

CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	2192896	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BHERENS HOB	Municipal	UAVC Med	2.795,86
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	2192896	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BHERENS HOB	Municipal	UAVC Integral	47.906,25
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	2695375	HOSPITAL PAULO DE TARSO GERIATRIA E REABILITACAO	Municipal	Leito Retag LP	475.716,67
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	27863	HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES	Municipal	UAVC Agudo	162.881,25
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	27863	HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES	Municipal	UAVC Med	1.888,91
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	4034236	HOSPITAL UNIVERSITARIO CIENCIAS MEDICAS	Municipal	Leito Retag CM	455.033,33
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	4034236	HOSPITAL UNIVERSITARIO CIENCIAS MEDICAS	Municipal	UTI Adulto II	123.130,56
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	27014	SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	Municipal	Leito Retag CM	1.789.108,33
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	27014	SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	Municipal	Leito Retag LP	386.519,79
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	27014	SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	Municipal	UTI Adulto II	633.242,88
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	27014	SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	Municipal	UTI Adulto III	159.525,08
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	27014	SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	Municipal	UTI Coronariana	175.900,80
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	27014	SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	Municipal	UTI INF II	8.795,04
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	BELO HORIZONTE	27014	SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	Municipal	UTI INF III	103.691,30
CENTRO	Betim	BETIM	2126494	HOSPITAL PUBLICO REGIONAL PREFEITO OSVALDO REZENDE FRANCO	Municipal	PT Hosp Espec II	300.000,00

CENTRO	Betim	BETIM	2126494	HOSPITAL PUBLICO REGIONAL PREFEITO OSVALDO REZENDE FRANCO	Municipal	Leito Retag CM	124.100,00
CENTRO	Betim	BETIM	2126494	HOSPITAL PUBLICO REGIONAL PREFEITO OSVALDO REZENDE FRANCO	Municipal	UTI Adulto II	140.720,64
CENTRO	Betim	BETIM	2126494	HOSPITAL PUBLICO REGIONAL PREFEITO OSVALDO REZENDE FRANCO	Municipal	UTI INF II	43.975,20
NORTE DE MINAS	Brasília MG/S Francisco	BRASILIA DE MINAS	2119420	HOSPITAL MUNICIPAL SENHORA SANTANA	Municipal	PT Hosp Geral	100.000,00
NORTE DE MINAS	Brasília MG/S Francisco	BRASILIA DE MINAS	2119420	HOSPITAL MUNICIPAL SENHORA SANTANA	Municipal	Leito Retag CM	232.687,50
NORTE DE MINAS	Brasília MG/S Francisco	BRASILIA DE MINAS	2119420	HOSPITAL MUNICIPAL SENHORA SANTANA	Municipal	UTI Adulto II	70.360,32
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	CAETE	2117312	CAETE SANTA CASA DE CAETE	Estadual	Leito Retag CM	103.416,67
JEQUITINHONHA	M Novas/Turmalina/Capelinha	CAPELINHA	2135124	FUNDACAO HOSPITALAR SAO VICENTE DE PAULO	Estadual	Leito Retag LP	89.196,88
SUDESTE	Carangola	CARANGOLA	2764776	CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA	Estadual	PT Hosp Geral	100.000,00
SUDESTE	Carangola	CARANGOLA	2764776	CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA	Estadual	Leito Retag CM	196.491,67
SUDESTE	Carangola	CARANGOLA	2764776	CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA	Estadual	UTI Adulto II	52.770,24
SUDESTE	Carangola	CARANGOLA	2114267	HOSPITAL EVANGELICO DE CARANGOLA	Estadual	Leito Retag LP	89.196,88
SUDESTE	Carangola	CARANGOLA	2114267	HOSPITAL EVANGELICO DE CARANGOLA	Estadual	UTI Adulto II	35.180,16
SUDESTE	Leopoldina/Cataguases	CATAGUASES	2098911	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CATAGUASES	Municipal	PT Hosp Geral	100.000,00

SUDESTE	Leopoldina/Cataguases	CATAGUASES	2098911	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CATAGUASES	Municipal	UTI Adulto II	61.565,28
CENTRO SUL	Cons Lafaiete/Congonhas	CONSELHEIRO LAFAIETE	2098326	HOSPITAL E MATERN SAO JOSE	Municipal	UTI Adulto II	52.770,24
CENTRO	Contagem	CONTAGEM	2200473	HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM	Municipal	PT Hosp Espec II	300.000,00
CENTRO	Contagem	CONTAGEM	2200473	HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM	Municipal	Leito Retag CM	408.495,83
CENTRO	Contagem	CONTAGEM	2200473	HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM	Municipal	UTI Adulto II	193.490,88
CENTRO	Curvelo	CURVELO	2148293	HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO	Municipal	UTI Adulto II	79.155,36
CENTRO	Curvelo	CURVELO	2178559	HOSPITAL SANTO ANTONIO	Municipal	UTI Adulto II	61.565,28
JEQUITINHONHA	Diamantina	DIAMANTINA	2135132	SANTA CASA DE CARIDADE	Municipal	PT Hosp Espec I	200.000,00
JEQUITINHONHA	Diamantina	DIAMANTINA	2135132	SANTA CASA DE CARIDADE	Municipal	UTI Adulto II	158.310,72
SUL	Pouso Alegre	EXTREMA	2127881	HOSPITAL E MATERN SAO LUCAS DE EXTREMA	Estadual	UTI Adulto II	52.770,24
SUL	Guaxupé	GUAXUPE	2796449	SANTA CASA DE GUAXUPE	Municipal	UTI Adulto II	43.975,20
CENTRO	Itabira	ITABIRA	2215586	HOSPITAL N SENHORA DAS DORES	Municipal	UTI Adulto II	87.950,40
SUL	Itajubá	ITAJUBA	2208857	HOSPITAL ESCOLA AISI ITAJUBA	Municipal	UTI Adulto II	52.770,24
JEQUITINHONHA	Diamantina	ITAMARANDIBA	2135949	HOSPITAL DE ITAMARANDIBA	Estadual	Leito Retag LP	89.196,88
NORTE DE MINAS	Janaúba/Monte Azul	JANAUBA	6920977	HOSPITAL REGIONAL DE JANAUBA	Municipal	PT Hosp Geral	100.000,00
NORTE DE MINAS	Janaúba/Monte Azul	JANAUBA	6920977	HOSPITAL REGIONAL DE JANAUBA	Municipal	Leito Retag CM	196.491,67
NORTE DE MINAS	Janaúba/Monte Azul	JANAUBA	6920977	HOSPITAL REGIONAL DE JANAUBA	Municipal	UTI Adulto II	70.360,32
CENTRO	João Monlevade	JOAO MONLEVADE	2709848	HOSPITAL MARGARIDA	Municipal	UTI Adulto II	43.975,20
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	2153114	FUNDACAO INSTITUTO CLINICO JUIZ DE FORA	Municipal	UTI Adulto II	131.925,60

SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	2153114	FUNDACAO INSTITUTO CLINICO JUIZ DE FORA	Municipal	UAVC Agudo	271.468,75
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	2153114	FUNDACAO INSTITUTO CLINICO JUIZ DE FORA	Municipal	UAVC Med	617,14
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	2221756	HOSPITAL ANA NERY DE JUIZ DE FORA	Municipal	Leito Retag LP	297.322,92
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	6702864	HOSPITAL DR JOAO FELICIO	Municipal	UTI Adulto II	35.180,16
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	2153084	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	Municipal	PT Hosp Geral	100.000,00
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	2153084	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	Municipal	Leito Retag CM	346.445,83
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	2153084	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	Municipal	UTI Adulto II	316.621,44
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	2111624	HOSPITAL REGIONAL JOAO PENIDO	Municipal	UTI Adulto II	52.770,24
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	2208156	HPS DR MOZART GERALDO TEIXEIRA	Municipal	UTI Adulto II	61.565,28
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	2221772	HSVP JUIZ DE FORA	Municipal	UTI Adulto II	52.770,24
SUDESTE	J Fora/L Duarte/B Jardim	JUIZ DE FORA	2153882	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUIZ DE FORA	Municipal	UTI Adulto II	105.540,48
SUL	Lavras	LAVRAS	2112175	HOSPITAL VAZ MONTEIRO	Municipal	UTI Adulto II	43.975,20
SUL	Lavras	LAVRAS	2111659	SANTA CASA DE LAVRAS	Municipal	UTI Adulto II	61.565,28
SUDESTE	Leopoldina/Cataguases	LEOPOLDINA	2122650	CASA DE CARIDADE LEOPOLDINENSE	Estadual	UTI Adulto II	35.180,16
CENTRO	Betim	MATEUS LEME	2117096	MATEUS LEME HOSPITAL SANTA TEREZINHA	Estadual	Leito Retag CM	93.075,00
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2219638	HOSPITAL AROLDO TOURINHO	Municipal	Leito Retag CM	124.100,00
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2219638	HOSPITAL AROLDO TOURINHO	Municipal	UTI Adulto II	140.720,64
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2219646	HOSPITAL DILSON GODINHO	Municipal	Leito Retag CM	25.854,17
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2219646	HOSPITAL DILSON GODINHO	Municipal	UTI Adulto II	52.770,24

NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2149990	HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS	Municipal	PT Hosp Espec II	300.000,00
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2149990	HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS	Municipal	Leito Retag CM	206.833,33
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2149990	HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS	Municipal	UTI Adulto II	131.925,60
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2149990	HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS	Municipal	UAVC Agudo	180.979,17
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2149990	HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS	Municipal	UAVC Med	1.844,21
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2219654	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA	Municipal	UTI Adulto II	52.770,24
NORTE DE MINAS	Montes Claros/Bocaiúva	MONTES CLAROS	2219662	PRONTOCOR	Municipal	UTI Adulto II	26.385,12
SUDESTE	Muriaé	MURIAE	4042085	CASA DE CARIDADE DE MURIAE HOSPITAL SAO PAULO	Estadual	PT Hosp Espec II	300.000,00
SUDESTE	Muriaé	MURIAE	4042085	CASA DE CARIDADE DE MURIAE HOSPITAL SAO PAULO	Estadual	Leito Retag CM	206.833,33
SUDESTE	Muriaé	MURIAE	4042085	CASA DE CARIDADE DE MURIAE HOSPITAL SAO PAULO	Estadual	UTI Adulto II	105.540,48
SUDESTE	Muriaé	MURIAE	2162377	CASA DE SAUDE SANTA LUCIA LTDA	Estadual	UTI Adulto II	26.385,12
SUDESTE	Muriaé	MURIAE	4042107	HOSPITAL PRONTOCOR DE MURIAE	Estadual	UTI Adulto II	61.565,28
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	NOVA LIMA	2117037	NOVA LIMA HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	Estadual	PT Hosp Espec I	200.000,00
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	NOVA LIMA	2117037	NOVA LIMA HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	Estadual	Leito Retag CM	206.833,33
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	NOVA LIMA	2117037	NOVA LIMA HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	Estadual	UTI Adulto II	43.975,20
CENTRO	Ouro Preto	OURO PRETO	2163829	OURO PRETO SANTA CASA DE OURO PRETO	Municipal	Leito Retag CM	93.075,00

SUL	Passos/Piumhi	PASSOS	2775999	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS	Estadual	PT Hosp Espec II	300.000,00
SUL	Passos/Piumhi	PASSOS	2775999	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS	Estadual	UTI Adulto II	123.130,56
NORTE DE MINAS	Pirapora	PIRAPORA	2119528	HOSPITAL DR MOISES MAGALHÃES FREIRE	Municipal	PT Hosp Geral	100.000,00
NORTE DE MINAS	Pirapora	PIRAPORA	2119528	HOSPITAL DR MOISES MAGALHÃES FREIRE	Municipal	Leito Retag CM	103.416,67
NORTE DE MINAS	Pirapora	PIRAPORA	2119528	HOSPITAL DR MOISES MAGALHÃES FREIRE	Municipal	UTI Adulto II	70.360,32
SUL	Passos/Piumhi	PIUMHI	2776006	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIUMHI	Estadual	UTI Adulto II	61.565,28
SUL	Poços de Caldas	POCOS DE CALDAS	2129566	HOSPITAL SANTA LUCIA HOSPITAL DO CORACAO	Municipal	UTI Adulto II	158.310,72
SUL	Poços de Caldas	POCOS DE CALDAS	2129469	SANTA CASA DE POCOS DE CALDAS	Municipal	PT Hosp Espec II	300.000,00
SUL	Poços de Caldas	POCOS DE CALDAS	2129469	SANTA CASA DE POCOS DE CALDAS	Municipal	UTI Adulto II	70.360,32
SUL	Pouso Alegre	POUSO ALEGRE	2127989	HOSPITAL DAS CLIN SAMUEL LIBANIO POUSO ALEGRE	Municipal	PT Hosp Espec II	300.000,00
SUL	Pouso Alegre	POUSO ALEGRE	2127989	HOSPITAL DAS CLIN SAMUEL LIBANIO POUSO ALEGRE	Municipal	UTI Adulto II	114.335,52
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	RIBEIRAO DAS NEVES	2756749	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JUDAS TADEU	Municipal	PT Hosp Espec I	100.000,00
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	RIBEIRAO DAS NEVES	2756749	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JUDAS TADEU	Municipal	Leito Retag CM	77.562,50
CENTRO	B Horizonte/N Lima/Caeté	SABARA	2117282	SABARA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SABARA	Municipal	Leito Retag CM	155.125,00
SUDESTE	Santos Dumont	SANTOS DUMONT	2796562	HOSPITAL DE SANTOS DUMONT	Municipal	UTI Adulto II	35.180,16
CENTRO SUL	São João del Rei	SAO JOAO DEL REI	2173565	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS MERCES	Municipal	UTI Adulto II	70.360,32
CENTRO SUL	São João del Rei	SAO JOAO DEL REI	2161354	SANTA CASA DA MISERICORDIA DE SAO JOAO DEL REI	Municipal	UTI Adulto II	61.565,28

SUL	São Lourenço	SAO LOURENCO	2764814	CASA DE CARIDADE DE SAO LOURENCO	Municipal	UTI Adulto II	61.565,28
SUL	São Sebastião do Paraíso	SAO SEBASTIAO DO PARAISO	2146525	SANTA CASA DE PARAISO	Municipal	Leito Retag CM	310.250,00
SUL	São Sebastião do Paraíso	SAO SEBASTIAO DO PARAISO	2146525	SANTA CASA DE PARAISO	Municipal	UTI Adulto II	158.310,72
CENTRO	Sete Lagoas	SETE LAGOAS	2206528	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS	Municipal	UTI Adulto II	35.180,16
NORTE DE MINAS	Salinas/Taiobeiras	TAIOBEIRAS	2098369	HOSPITAL SANTO ANTONIO	Municipal	PT Hosp Geral	100.000,00
NORTE DE MINAS	Salinas/Taiobeiras	TAIOBEIRAS	2098369	HOSPITAL SANTO ANTONIO	Municipal	Leito Retag CM	103.416,67
NORTE DE MINAS	Salinas/Taiobeiras	TAIOBEIRAS	2098369	HOSPITAL SANTO ANTONIO	Municipal	UTI Adulto II	70.360,32
NORDESTE	T Otoni/Malacac/Itambacur	TEOFILO OTONI	2184834	HOSPITAL BOM SAMARITANO	Municipal	UTI Adulto II	87.950,40
NORDESTE	T Otoni/Malacac/Itambacur	TEOFILO OTONI	2208172	HOSPITAL SANTA ROSALIA	Municipal	PT Hosp Espec I	200.000,00
NORDESTE	T Otoni/Malacac/Itambacur	TEOFILO OTONI	2208172	HOSPITAL SANTA ROSALIA	Municipal	UTI Adulto II	70.360,32
NORDESTE	T Otoni/Malacac/Itambacur	TEOFILO OTONI	2208172	HOSPITAL SANTA ROSALIA	Municipal	UTI Coronariana	43.975,20
SUL	Três Corações	TRES CORACOES	2760657	HOSPITAL SAO SEBASTIAO	Municipal	UTI Adulto II	61.565,28
SUL	Três Pontas	TRES PONTAS	2139200	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO HOSP SAO FRANCISCO DE ASSIS	Municipal	UTI Adulto II	61.565,28
SUDESTE	Ubá	UBA	2195437	HOSPITAL SANTA ISABEL	Estadual	PT Hosp Geral	100.000,00
SUDESTE	Ubá	UBA	2195437	HOSPITAL SANTA ISABEL	Estadual	Leito Retag CM	103.416,67
SUDESTE	Ubá	UBA	2195437	HOSPITAL SANTA ISABEL	Estadual	UTI Adulto II	70.360,32
SUDESTE	Ubá	UBA	2764865	HOSPITAL SAO JANUARIO	Estadual	UTI Adulto II	35.180,16
SUDESTE	Ubá	UBA	2760703	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO DE UBA	Estadual	UTI Adulto II	52.770,24
SUL	Varginha	VARGINHA	2761092	HOSPITAL BOM PASTOR	Municipal	PT Hosp Geral	100.000,00
SUL	Varginha	VARGINHA	2761092	HOSPITAL BOM PASTOR	Municipal	UTI Adulto II	70.360,32
SUL	Varginha	VARGINHA	2761041	HOSPITAL REGIONAL DO SUL DE MINAS	Municipal	UTI Adulto II	87.950,40

