FEMIPA
FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA E HOSPITAIS BENEFICENTES DO ESTADO DO PARANÁ

Voz Saúde

HOSPITAIS HUMANITÁRIOS DO PARANÁ

MAIO | JUNHO DE 2016 – Nº 91

ESPECIAL FINANCIAMENTO

Crise econômica, corte no orçamento e baixo investimento

Esta edição traz um raio-x do atual momento da Saúde no Brasil e os desafios que precisam ser superados para garantir universalidade, integralidade e equidade aos usuários do SUS.

Em entrevista para o Voz Saúde, especialista explica como a gestão de custos pode ajudar a driblar a crise

Página 4

Legislação

Entenda o que muda para renovação e concessão do CEBAS

Página 3

A crise financeira enfrentada pelo Brasil não é novidade para ninguém. Na Saúde, então, a crise vem aumentando ano após ano, transformando a situação que já é difícil em algo dramático. Infelizmente, a luz no fim do túnel está cada dia mais longe de ser encontrada, e os hospitais filantrópicos do Paraná e do Brasil lutam diariamente para manter as portas abertas e continuar prestando um serviço de qualidade à população que precisa.

As instituições filantrópicas sempre foram parceiros preferenciais do SUS. Do total de leitos SUS, 74% estão em santas casas ou filantrópicos. Nas internações de alta complexidade, somos responsáveis por 59% das internacionais no país. No Paraná, os hospitais afiliados à Femipa concentram mais de 50% dos atendimentos ao SUS e dos procedimentos de alta complexidade, chegando a atender 75% da demanda.

Essa rede filantrópica centenária conta com profissionais qualificados e muitos centros de referências em diversas especialidades de alta complexidade. Por isso, abrir mão desta *expertise* não é uma possibilidade viável para o sistema público, e a proposta de um SUS mais enxuto, como já foi cogitado, possivelmente causaria desassistência. Não é possível imaginar que reduzir o acesso ao sistema público seja a solução. A população brasileira está aumentando e, ao mesmo tempo, envelhecendo. Nesse caso, o foco deveria ser se o sistema está se preparando para absorver essa nova demanda que vai bater à porta.

A situação realmente é crítica e a perspectiva que vem do Ministério da Saúde não é boa. O orçamento não deve ser suficiente para chegar até o fim do ano. Ou seja, o cenário é pior do que o do ano passado. E mesmo nessa conjuntura preocupante, ainda existe a possibilidade de o Congresso Nacional aprovar um projeto de desvinculação de receitas. Não podemos aceitar que um projeto como esse passe, porque se já somos subfinanciados mesmo com a Constituição prevendo um mínimo a ser aplicado na Saúde, imaginem como seria se essa obrigação deixasse de existir. Defendemos que haja percentuais mínimos de investimentos por parte das três esferas públicas – município, Estado e União.

Gostaríamos de trazer boas notícias, mas a cada nova ação dos governistas, mais a preocupação aumenta. Por isso, esta edição do Voz Saúde traz uma série de informações e orientações de especialistas que podem ajudar os hospitais neste momento de restrição de recursos e subfinanciamento.

Boa leitura!

Flaviano Feu Ventorim,
presidente da Femipa

SEMINÁRIO

Vem aí: 9º Seminário Femipa

A organização do 9º Seminário já está com quase tudo pronto para receber os gestores e colaboradores de hospitais filantrópicos e santas casas do Paraná e do Brasil. Como em todos os anos, o encontro vai trazer como tema central um assunto bastante atual: "A sobrevivência dos hospitais passa pela sua organização". O evento será nos dias 10 e 11 de novembro, na Associação Médica do Paraná (AMP), em Curitiba (PR).

"O objetivo nesta nona edição é mostrar que as entidades precisam estar cada vez mais atentas para o gerenciamento de suas atividades, desde as mais simples até as estratégicas, para que não percam oportunidades para ampliação dos recursos recebidos, participação em programas e políticas de governo e qualificação dos serviços prestados à população", explica Paulo Becker, consultor da Femipa.

As salas temáticas continuarão na programação e vão acontecer na manhã do dia 10. Os temas serão: "Certificação da Filantropia e PNHOSP/Contratualização", que vai falar sobre a importância da atualização das entidades com relação à nova portaria que define o processo de certificação; "Gestão Hospitalar", abordando a importância do pensamento estratégico, operacional e da agenda de atividades para o equilíbrio das ações do hospital; e a sala "Qualificação dos Serviços Hospitalares", que vai tratar do gerenciamento de risco, segurança do pacientes, gerenciamento e padronização de processos, com o objetivo de capacitar as equipes para reduzir falhas e qualificar o atendimento prestado. Nas tardes dos dois dias de evento, o auditório principal trará debates acerca do tema principal "A sobrevivência dos hospitais passa pela sua organização". Os subtemas serão divulgados em breve.

No dia que antecede o evento, 09 de novembro, será realizado o "e-Saúde: Encontro de Tecnologia Aplicada à Saúde", que vai ser realizado pela Unimed-PR, em parceria com a Femipa; o 2º Fórum de Tecnologia da Informação em Saúde da Femipa; o 3º Encontro de Assessores de Comunicação da Femipa; o 2º Fórum Jurídico da Femipa; e o Parlóns Santé, que a Femipa organiza em parceria com a Câmara de Comércio França Brasil – Comitê de Saúde (CCFB).

Patrocínio

Mais uma vez a Itaipu Binacional confirmou o patrocínio ao Seminário, assim como a Unimed-PR, que nesta edição assinou também o termo de cooperação técnica, científica e financeira para a realização do evento "e-saúde Unimed – tecnologias aplicadas à saúde" e o "2º Fórum de Tecnologia da Informação em Saúde da Femipa".

Acompanhe as atualizações sobre o 9º Seminário Femipa
pelo site **www.femipa.org.br** e pelo facebook
www.facebook.com/FEMIPA.FederacaodasSantasCasasdoPR

EXPEDIENTE

O Jornal **Voz Saúde** é uma publicação bimestral da Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná - FEMIPA

Os artigos assinados não representam necessariamente a opinião da Femipa.

- Produção: **INTERACT Comunicação Empresarial** **www.interactcomunicacao.com.br**
- Jornalista responsável: **Juliane Ferreira** **MTb 04881 DRT/PR**
- Redação: **Maureen Bertol**
- Fotos: **Pedro Vieira e Flávia Wolfart**
- Diagramação: **Pedro Luís Vieira**

FEMIPA
FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA E HOSPITAIS BENEFICENTES DO ESTADO DO PARANÁ

- **Rua Padre Anchieta, 1691 - sala 505 – Champagnat** **80730-000 - Curitiba - Paraná**
- Fone: **41 3027-5036**
- **www.femipa.org.br** ▪ **femipa@terra.com.br**
- Presidente: **Flaviano Feu Ventorim**

O que os hospitais precisam saber sobre o CEBAS

No dia 27 de abril, foi publicado no Diário Oficial da União o novo instrumento que disciplina a concessão e a renovação do Certificado das Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS/SAÚDE): a Portaria GM/MS n° 834/2016.

Ele revoga o disposto na Portaria GM/MS n° 1.970/2011, mas o objetivo principal permanece o mesmo: dispor sobre a formalização documental dos requisitos necessários à concessão e à renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social e à imunidade em relação à quota patronal, nos termos do artigo 22 e 23 da Lei 8.212/91.

A advogada Thalita Daiane Candido, da Niwa & Advogados Associados, que integra a assessoria jurídica da Femipa, esclarece, por meio de perguntas e respostas, os principais pontos da legislação que rege a questão do certificado de filantropia. A Assessoria elaborou ainda um checklist, que pode ser solicitado à Femipa pelos hospitais afiliados, para facilitar a compreensão das entidades acerca dos documentos obrigatórios para a concessão ou renovação da CEBAS.

Nesta edição, fique sabendo sobre a validade do certificado, como comprovar a condição de entidade beneficente, o que são consideradas ações de gratuidade e como comprovar os serviços prestados ao SUS.

Quais sãos as mudanças quanto à validade do certificado?

A Portaria GM/MS n° 1970/2011 previa apenas que a validade do CEBAS era de três anos, permitida a renovação por iguais períodos. A novidade agora é que, observando o limite fixado na Lei n°12.101/2009, a Portaria GM/MS n° 834/2016 prevê que o CEBAS concedido originalmente tem validade de três anos, mas que o CEBAS renovado tem validade de três anos para entidades com renda bruta anual maior de R$ 1.000.000,00 e de cinco anos para entidades com receita bruta igual ou inferior a R$ 1.000.000,00, nos termos do art. 49.

Para apuração da renda bruta anual serão consideradas, as receitas provenientes de venda de serviços, de aplicação financeira, de locação e venda de bens, assim como as doações e as subvenções recebidas ao longo do exercício financeiro, em todas as atividades realizadas.

Como se dá a comprovação da condição de entidade beneficente?

Serão consideradas entidades beneficentes, as entidades que apresentarem documentação comprobatória das seguintes hipóteses:

I - Prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60%;

II - Prestação anual de serviços ao SUS em percentual menor que 60% e aplicação de percentual da receita em gratuidade;

III - Desinteresse do gestor do SUS na prestação de serviços de saúde, mas a entidade comprove aplicação do percentual de 20% em gratuidade;

IV - Realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS;

V – Prestação de serviços assistenciais de saúde não remunerados pelo SUS a trabalhadores ativos e inativos e respectivos dependentes econômicos, decorrentes do estabelecido em Norma Coletiva de Trabalho;

VI - Prestação de serviços ao SUS de atendimento e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa;

VII - Atuação exclusiva na promoção da saúde, sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados;

VIII - Execução de ações exclusivamente de promoção da saúde voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, desde que comprove a aplicação de 20% em ações de gratuidade;

IX – Prestação de serviços de atenção em regime residencial e transitório, incluídas as comunidades terapêuticas, que executem exclusivamente ações de promoção da saúde voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, desde que comprovem a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) de sua receita bruta em ações de gratuidade; e

X - Entidade de saúde de reconhecida excelência que realize projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação:

a) estudos de avaliação e incorporação de tecnologias;
b) capacitação de recursos humanos;
c) pesquisas de interesse público em saúde; ou
d) desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviço de saúde.

Quais são as ações de gratuidade consideradas pela portaria?

As ações de gratuidade, que estavam previstas do ANEXO II da Portaria GM/MS n° 1970/2011, agora estão previstas no art. 23 da nova Portaria e correspondem às seguintes atividades:

I - casa de apoio: manutenção de instalações físicas que visem apoio e suporte a pacientes em trânsito para tratamento, dentre as quais:
a) atenção à mulher;
b) atenção à criança;
c) atenção oncológica; e
d) atenção a dependentes químicos, entre outros;

II - apoiar a gestão local na formação de profissionais da área de saúde;

III - promover ações de educação em saúde coletiva junto à população local, no intuito de promover a melhoria de práticas de alimentação saudável com foco nas diretrizes do Ministério da Saúde, atividades corporal e física, prevenção e controle de tabagismo, redução da morbimortalidade e do uso abusivo de álcool e drogas, aprovadas pelo gestor do SUS;

IV - apoiar o gestor do SUS na realização de campanhas no intuito de promover a doação de órgãos, sangue, fortalecimento do aleitamento materno exclusivo e esclarecimento sobre obesidade;

V - promoção de atividades recreativas e lúdicas para pacientes com internações de longa permanência;

VI - criação de núcleos de avaliação, controle e monitoramento a paciente com déficit nutricional e obesidade; e

VII - outras pactuadas com o gestor do SUS.

Como deve ser feita a comprovação dos serviços prestados ao SUS?

A Portaria não traz muitas novidades em relação à comprovação dos serviços prestados ao SUS, limitando-se a reiterar as disposições da Portaria GM/MS n° 1970/2011, da Lei n° 12.101/2009, da Lei nº 12.868/2013, do Decreto nº 7.300/2010 e do Decreto nº 8.242/2014.

As internações e atendimentos ainda devem ficar registrados nos sistemas SIA, SIH e CIHA; as entidades devem apresentar a totalidade de atendimento ao SUS, a totalidade de atendimento não SUS e a última atualização do CNES para a quantificação dos serviços; e o componente ambulatorial ainda está limitado a 10% dos 60%.

As diferenças, entretanto, são que além das atividades elencadas na antiga Portaria, o percentual de 1,5% poderá ser aplicado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais ou deficiência, e que, nos termos do art. 4° da Lei 12.101/2009, o cômputo de todas as atividades relativas ao 1,5% depende da adesão a programas e estratégias prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde.

Também não há mais a previsão de que a redução da prestação dos serviços, posterior à concessão da certificação, pode resultar, a qualquer momento e mediante processo legal, no seu cancelamento, pelo contrário, o art. 17 permite que, para os requerimentos de renovação de certificação, caso a entidade de saúde não cumpra a exigência constante do inciso II do art. 7º no exercício fiscal anterior ao do requerimento, o Ministério da Saúde avalie o cumprimento da exigência com base na média do total de prestação de serviços ao SUS pela entidade durante todo o período de certificação em curso, que deverá ser de, no mínimo, 60%.

Crise financeira: os impactos para a Saúde no Brasil

PROJETO QUE PRETENDE DESVINCULAR RECEITAS DA SAÚDE E IMPACTO DO DESEMPREGO SOBRE O SUS SÃO NOVAS PREOCUPAÇÕES PARA OS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS E SANTAS CASAS

Mesmo enfrentando uma grave crise há anos, o setor de Saúde se vê diante de uma nova ameaça: a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 143/2015. O projeto, apresentado pelo Senador Romero Jucá (PMDB/RR), pretende alterar os artigos 76, 101 e 102 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que tratam da desvinculação das receitas de 25% da arrecadação da União de impostos, contribuições sociais e de intervenção no domínio econômico, já instituídos ou que vierem a ser criados nos próximos quatro anos. Se a PEC for aprovada, os Estados, o Distrito Federal e os municípios vão poder aplicar em outras despesas parte dos recursos hoje vinculados às áreas da Saúde, Educação, Tecnologia e Pesquisa. As entidades ligadas à Saúde se posicionaram contra a proposta e a Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB) enviou um ofício aos senadores pedindo o arquivamento do projeto. As Federações também fizeram o mesmo trabalho junto à bancada de cada Estado.

Para Heleno Torres, professor titular de Direito Financeiro da Universidade de São Paulo (USP), o Brasil vive um momento de sucessivas mudanças e uma crise econômica que tem repercussões muito severas nas contas públicas. Nesse cenário, o governo encontrou na PEC 143/2015 uma solução para recuperação das finanças da União e dos Estados. Mas, segundo Torres, é preciso, antes de mais nada, construir uma agenda de recuperação do setor de Saúde no Brasil. "Isso passa, necessariamente, por uma compreensão do papel do SUS na estrutura e, igualmente, o que pode ser feito para assegurar um financiamento do mínimo. O caminho deveria ser encontrar soluções que tenham a menor afetação possível a esses gastos", explica.

Com relação ao projeto, o professor aponta uma grande preocupação: na opinião dele, a desinflação de receitas está sendo votada somente com o sentido de liberação de recursos vinculados para atender às demandas de crise econômica. "O grande problema é que essa solução encontrada não vem acompanhada de um plano de ações para a recuperação da Saúde no Brasil, um plano de solução para as questões da saúde à medida que se propõe reduzir a capacidade de financiamento desses benefícios, já que o sistema é único", declara.

Esse plano, segundo Torres, deveria apontar de onde o governo federal pretende retirar os recursos para prover as necessidades da Saúde. Ele ressalta que "não se pode aceitar que a PEC tenha unicamente a função de desvinculação de receitas sem que isso traga automaticamente um dever de organizar o orçamento público, a forma como serão feitas essas reposições".

Para José Luiz Spigolon, diretor-geral da CMB, o Brasil vive uma conjunção de crise moral, econômica, fiscal e política de grandes proporções. Ele lembra que Michel Temer, que assumiu interinamente o país no início de maio, já fala num déficit nas contas públicas maior do que aquele anunciado pela equipe do governo anterior. Por isso, Spigolon acredita que muitas surpresas ruins virão, à medida que se conheça a real situação da Caixa Econômica Federal (CEF), Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e outras estatais sob investigação. O diretor cita que a Saúde pública já vem sendo muito afetada pelos contingenciamentos aplicados pela presidente afastada Dilma Rousseff e motivados pela queda na arrecadação fiscal. Por isso, na avaliação dele, a médio e curto prazos não se vislumbra qualquer possibilidade de mais recursos para o financiamento das ações e serviços de Saúde.

Sobre a PEC 143, Spigolon aponta que a principal consequência será a redução de recursos para o setor. "Os recursos, que já são insuficientes para atender às demandas da população, serão ainda menores. Caso essa desvinculação seja aprovada pelo Congresso Nacional, os prejuízos serão para a população usuária dos serviços ofertados pelo SUS e, certamente, a situação piora pela dificuldade em encontrar atendimento na quantidade e qualidade necessárias para atender toda a demanda. Menos dinheiro na saúde, mais dificuldade para manter os serviços", garante.

Com todas as dificuldades enfrentadas pelo segmento, Spigolon reforça que a CMB tem colocado toda a sua estrutura de diretores e equipes técnicas em permanente estado de alerta, observação e estudo sobre tudo o que realmente vem acontecendo no país, especialmente no setor. Além disso, essa equipe busca fazer análises de cenários para transmitir às Federações estaduais e aos hospitais associados orientações seguras e que possam servir como ferramentas de planejamento para enfrentar esse estado de crise. Nesse cenário, o diretor-geral da CMB sugere cautela na contratualização ou recontratualização de serviços e lembra que as instituições de Saúde não devem mais aceitar contratos que conduzem ao déficit e ao progressivo endividamento das instituições junto a bancos e fornecedores.

"Isso não pode mais prosseguir. É fundamental que busquem, em suas relações com os gestores municipais e estaduais de Saúde, o necessário equilíbrio econômico-financeiro dos contratos. Não sendo assim, é melhor reduzir os atendimentos e, se for o caso, parar de atender os beneficiários do SUS. Numa outra ponta, a CMB tem atuado fortemente na Câmara dos Deputados e no Senado Federal para impedir a votação de projetos de lei que onerem e dificultem ainda mais a vida das santas casas e hospitais sem fins lucrativos. As Federações também têm atuado junto às respectivas bancadas de parlamentares. No que se refere ao Ministério da Saúde e outros órgãos federais, a CMB tem estado alerta e atuante para, pelo menos, tentar reverter a situação que aí está", completa.

Desemprego e impacto no SUS

Outro ponto que preocupa a Saúde no Brasil é o crescente índice de desemprego, que tem impacto direto no sistema. De acordo com José Luiz Spigolon, dos mais de 11 milhões de brasileiros desempregados, uma grande parcela era beneficiária de planos de saúde ofertados pelos antigos empregadores. Com a perda do emprego, essas pessoas acabam tendo que utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS), juntamente com seus dependentes.

"Hoje, tudo isto está pressionando o SUS por mais consultas, mais leitos, mais remédios. Ou seja, a demanda por serviços médicos cresce enormemente, clamando por um financiamento maior e atualmente inexistente. Infelizmente os governos federal, estaduais e municipais não estão preparados para enfrentar essa pressão nos serviços públicos de Saúde", explica.

Segundo o diretor, os hospitais públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, que atendem ao SUS, vêm, há muito tempo, reduzindo atendimentos, leitos e até mesmo fechando alguns serviços, tudo em decorrência do subfinanciamento. A tendência, de acordo com Spigolon, é que essa situação se agrave ainda mais.

"Na minha visão, há pouco o que fazer para revertê-la e dar conta das novas demandas. A opção será os governos jogarem duro com os gestores e os servidores dos hospitais públicos e universitários e cobrarem uma eficiência maior do que a atual. Essas unidades públicas de saúde têm apresentado baixíssima produção, diante da capacidade instalada e dos recursos humanos que detêm. Precisam dar uma resposta positiva ao povo brasileiro que banca os seus investimentos e paga os seus salários", sugere.

Saúde subfinanciada

Financiamento e remuneração são temas que não saem das rodas de discussão dos gestores de Saúde quando o assunto é o Sistema Único de Saúde (SUS). Eleuses de Paiva Vieira, 1º vice-presidente da Associação Médica Brasileira (AMB) e ex-deputado federal, é um dos críticos à forma de financiamento atual do sistema por parte do governo federal e falou sobre isso durante a etapa Sul-Sudeste do 1º Fórum Nacional da Comissão Nacional Pró-SUS, formada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e a AMB, realizado em Curitiba em maio.

Na palestra, Vieira apresentou dados de um relatório do Tribunal de Contas da União (TCU), que foi produzido após uma auditoria nas contas da Saúde. A auditoria, segundo o ex-deputado federal, foi estimulada pela Câmara dos Deputados por uma proposta dele e do deputado Darcísio Perondi (PMDB-RS). Hoje, o Brasil é um dos poucos países do mundo que tem um modelo de Saúde com universalidade, integralidade e equidade. Com base nesta informação, o TCU fez uma comparação com países que têm modelos semelhantes, como Inglaterra e Noruega, mostrando os investimentos. E a resposta é alarmante: o Brasil investe um décimo do que esses países investem *per capita* no setor.

Além disso, outro dado que mostra uma grande incoerência é com relação ao financiamento. "Temos um modelo que prevê universalidade, um modelo público. Nos países que têm esse modelo, normalmente quando comparamos o público e o privado, o maior financiamento vem do setor público. O gasto geral público com Saúde fica entre 85% e 95%. No entanto, no Brasil, temos o contrário: dos 100% que são gastos com Saúde, 41,7% são públicos e 58,3%, privados. Mas os 41,7% que são públicos são aplicados para atender entre 80-85% da população. Isso quer dizer que com 41,7%, atendemos 80-85%, e com 58%, atendemos 15-20%. É uma desigualdade total. A comparação entre a per capita pública e a *per capita* privada é absurda", diz.

Com relação ao orçamento da Saúde, Vieira explica que há diferença entre o que é orçado e o que é executado. Segundo dados apresentados pelo vice-presidente da AMB, em 2012 o orçamento da Saúde ficou em torno de R$ 95 bilhões, mas o que foi executado girou em torno de torno de R$ 70 bilhões. Por isso, ele diz que a Saúde trabalha com um número superestimado. O restante é feito por empenho. "Mas o TCU mostrou que quando um valor é empenhado, pode ser gasto em outro ano. Se foi empenhado, teoricamente o valor foi gasto. Porém, o governo não coloca objeto no valor que foi empenhado e, por isso, a Saúde não consegue gastar depois. Segundo um levantamento que fizemos na Câmara de Deputados, se levarmos em conta os últimos 10 anos, quase R$ 170 bilhões de reais sumiram, ou seja, não foram investidos", afirma.

Na avaliação do ex-deputado federal, a Saúde enfrenta uma situação de subfinanciamento e ele diz, ainda, que a gestão do dinheiro por parte do governo é precária, justamente pelo dinheiro que é "perdido". "Fico em dúvida se esse dinheiro é perdido porque politicamente não se quer investir em Saúde, ou se são as duas coisas: perde-se dinheiro porque politicamente não se quer investir em Saúde e, ao mesmo tempo, as pessoas são incompetentes para gastar. Os recursos existem, mas as pessoas não têm competência para gastar e de que forma gastar", avalia Eleuses Vieira.

Mas os dados que chocam as instituições de Saúde não param por aí. Ainda durante a palestra, o vice-presidente da AMB mostrou que de acordo com dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na década de 2010, do total de gastos das pessoas em Saúde, seja na rede pública ou na privada, 40% são em medicamentos. Com base nisso, o governo decidiu estudar como era feita a política de medicamento, criando a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), para poder acompanhar a política e evitar desvios ou danos. O objetivo era baratear o custo para a população. O discurso, segundo Vieira, "era fantástico". Porém, em uma auditoria na CMED, o governo selecionou 50 princípios ativos que representavam os maiores gastos, algo entre 50-60%, para, daí, estudar o valor pago pelos brasileiros.

"Dos 50 princípios ativos, em 45 deles nós temos a maior média de preço do mundo. Em 23, não é média: é o maior preço praticado no mundo. Não podemos deixar de levar em consideração o poder aquisitivo das pessoas que moram na Inglaterra ou no Canadá, por exemplo, e no Brasil. Aqui, pagamos o medicamento mais caro do mundo. Tudo isso para mostrar a seriedade do governo: cria-se uma câmara para baratear o preço do medicamento, mas ela serviu para quê? Qual foi o interesse?", indaga.

Projetos de Lei

Outro ponto abordado por Eleuses Vieira durante a palestra foi com relação aos projetos de Lei que tramitam no Congresso Nacional e que podem ter impacto direto no setor de Saúde. O primeiro projeto que deve ser discutido é aquele que define o que são ações de Saúde. Segundo ele, a Lei, quando aponta um mínimo a ser investido, estabelece que esse mínimo seja investido em ações de Saúde. "A questão é que não podemos falar que esgoto, por exemplo, não é ação de Saúde. Qualidade do leite da vaca, outro exemplo, também é ação de Saúde. Dessa forma, daqui a pouco o governo destina dinheiro até para a agricultura e pecuária dizendo que está investindo em ações de Saúde ou de saneamento básico. Por isso, precisamos definir exatamente o que são essas ações previstas na Lei, justamente para evitar que o dinheiro da Saúde vá pelos ralos", reforça.

O segundo projeto que deve ser amplamente discutido é com relação à desvinculação de receitas (leia matéria completa sobre o tema nas páginas 4 e 5 do Voz Saúde). Segundo Vieira, o sistema já está subfinanciado mesmo com os valores mínimos que devem ser investidos estabelecidos em Lei. "Se acabar com as vinculações de receitas, sem dúvidas os recursos vão diminuir drasticamente. O argumento usado pelo ministro da Saúde, Ricardo Barros, é que o projeto não vai diminuir os recursos; pode até aumentar. Mas se os governantes querem aumentar os recursos, não é preciso acabar com a desvinculação. Esse projeto preocupa a Saúde como um todo, porque já temos um setor subfinanciado e o governo quer diminuir ainda mais os recursos para resolver a crise econômica do país", salienta.

Para desmentir a informação de que não se tem mais dinheiro para investir em Saúde, o ex-deputado federal apresentou informações do TCU que mostram que a receita líquida da União nos últimos cinco anos aumentou 261%. Na avaliação dele, com a vinculação de receitas prevista em Lei, esperava-se que a Saúde tivesse esse mesmo aumento de recursos. Porém, o setor recebeu menos - cerca de 205%. Além disso, ele lembra que os custos continuam tendo aumento de preço, o que torna a situação ainda mais dramática.

União omissa com relação aos investimentos dos Estados

A conta que todo o setor filantrópico conhece e divulga também foi abordada por Eleuses Vieira em sua palestra. Ele citou que em 2000, dos gastos gerais com a Saúde, entre 60 e 65% dos recursos vinham da União e os Estados e municípios arcavam com 30-35%. Essa seria a forma correta de aplicação de recursos, na avaliação de Vieira, já que do dinheiro que se arrecada, 65-70% ficam com a União. Ou seja, a União coloca mais dinheiro, porque a arrecadação é maior.

Mas, nos últimos 15 anos, infelizmente essa não é a realidade, pois gradativamente a União vem diminuindo a porcentagem. Hoje, o valor fica em torno de 45%, enquanto que Estados e municípios disponibilizam 55%. "Isso quer dizer que dos valores que são gastos hoje, quem mais tem assumido o papel são os Estados e municípios. E o que sentimos é que gradativamente a União vai diminuindo a sua responsabilidade e o seu compromisso de investir na Saúde", reforça.

Confira no site da Femipa outros trechos da matéria onde o especialista fala sobre a evolução do sistema de saúde no Brasil: **www.femipa.org.br**

Gestão de custos: uma forma eficiente para driblar a crise

O setor de Saúde filantrópico vive, há muito tempo, uma situação dramática por conta da defasagem da tabela de remuneração do Sistema Único de Saúde (SUS) e o atraso dos repasses. Com a crise que assola o país, a conjuntura é ainda mais preocupante. Para orientar os hospitais, o jornal Voz Saúde conversou com Eduardo Regonha, doutor em Ciências, pós-graduado em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde, formado em Ciências Contábeis e diretor executivo da XHL Consultoria. Regonha já foi palestrante do Seminário Femipa e também ministrou cursos sobre custos a convite da Federação. Acompanhe a entrevista.

Eduardo Regonha

O que os hospitais precisam saber sobre custos hospitalares?

O gerenciamento e controle dos custos são fundamentais no delicado momento econômico que o país atravessa. Assim como William Edwards Deming, estatístico americano considerado o "pai da qualidade", acredito que não se gerencia o que não se mede. Portanto, para uma adequada gestão dos recursos, faz-se necessário o conhecimento dos custos e a utilização desse conhecimento nos processos de gerenciamento e controle, envolvendo os gestores nas análises de desempenho e redução de custos com avaliação das variações de custos. Essas informações devem ser utilizadas nos processos decisórios, nas negociações junto às operadoras de planos de saúde, principalmente nas negociações de "pacotes", migração do mat/med para diárias globais e semiglobais, dentre outras.

Como você vê o cenário econômico do país? E da Saúde?

Os impactos são sentidos em quase todos os segmentos. Obviamente o segmento da Saúde não iria passar impune. Os primeiros a sentir foram as operadoras, que vinham há alguns anos em uma escalada de crescimento, mas, invariavelmente, amargando índices de lucro/resultado baixos em torno de 2,5%, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nas últimas informações da ANS, os resultados de 2015 caíram para uma média de 0,07%, com perspectivas de piora para 2016.

Muitos hospitais já percebem uma redução na demanda de pacientes e, consequentemente, redução no faturamento e resultado. Acredito que 2016 será ainda pior, pois até dezembro de 2015 havia aproximadamente 750 mil beneficiários a menos, mas os últimos dados indicam que já estamos chegando a uma redução de 1,5 milhão de vidas, conforme dados da ANS. É notória a necessidade de se preparar para momentos difíceis e as informações econômico-financeiras têm um papel relevante para decisões com menores níveis de risco. Nestes momentos é importante conhecermos quais os serviços e produtos que proporcionam maior e menor margem, quais as operadoras que proporcionam o melhor retorno, além do procedimento e do profissional médico que mais contribuem para o crescimento.

Que impacto essa crise econômica tem na Saúde?

Segundo os indicadores da própria ANS, pelo menos 14% dos beneficiários são internados a cada ano. Ou seja: com a redução de 1,5 milhão de vidas e considerando o parâmetro de 14%, temos aproximadamente 210 mil internações a menos. Se uma internação custa, em media, R$ 3.500,00, são R$ 735 milhões de redução no sistema, fora exames, consultas etc. O mercado de Saúde mostra que as instituições devem buscar produtividade, ou seja, fazer mais com menos. É notório, a partir dos dados do "Observatório Anahp", que as instituições estão recebendo um valor per capita menor a cada ano, com uma redução no "ticket médio". O mais grave nisso é que os custos regularmente não acompanham. Muito pelo contrário, sobem a cada ano muito mais que os índices inflacionários.

De que forma os hospitais podem se preparar internamente para diminuir o desperdício? Como ser mais eficiente com menos recursos disponíveis?

Acredito que, antes de tudo, devemos fazer a lição de casa: um bom planejamento coerente e passível de realização com um plano de ação delimitado com prazos e responsáveis, metas e cobranças, sempre passível de revisões quando necessário. Também é importante ter uma área financeira dinâmica, que desenvolva relatórios rápidos e precisos, previsões confiáveis, com bons negociadores e ótimo relacionamento. Além disso, é fundamental ter um setor de controladoria atuante, com orçamento integrado ao planejamento estratégico; um sistema de custos ágil, com possibilidade de informações dinâmicas; uma área comercial ativa e em sinergia com o planejamento estratégico e com a controladoria; e um bom envolvimento dos gestores e direção na análise e gerenciamento dos custos.

Confira no site www.femipa.org.br outras orientações do especialista.