

Sistema de controle gerencial de custos em hospital público: descortinando o paradoxo entre planejamento e execução para tomada de decisão

Cost management control system in a public hospital: uncovering the paradox between planning and execution for decision making

Recebido: 29/03/2023 – Aprovado: 19/04/2023

Processo de Avaliação: Double Blind Review

José Mário Bispo Sant'Anna¹, Danilo Monte-Mor²

¹ Fucape Ensino e Pesquisa, Brasil, bisposantanna1964@gmail.com

² Fucape Ensino e Pesquisa, Brasil, danilo@fucape.br

Resumo

Objetivo da pesquisa: comparar os modelos executados e planejados em relação ao conjunto de serviços e metas a serem estabelecidas no contexto de contratos de gestão de uma unidade hospitalar.

Diagnóstico da problematização e/ou oportunidade: o estado vem transferindo a gestão de Unidades Hospitalares que, em alguns casos, terá sua gestão transferida para Organizações Sociais em Saúde (OSS). Tal processo de transferência requer análises técnicas dos modelos de gestão visando tornar o processo de tomada de decisão ágil e flexível na contratação de RH e aquisição de bens e serviços para o alcance de melhores resultados.

Metodologia/ abordagem: para comparação entre gestões, dois modelos foram construídos e analisados para tomada de decisão do gestor: o modelo planejado e modelo realizado. A metodologia para o primeiro, baseou-se na atual capacidade instalada com recursos físicos disponíveis e serviços assistenciais executados. Para o segundo, foram utilizados indicadores baseados em normas previstas, como taxa média de ocupação prevista pela literatura em 90%, fora da realidade, pois as Unidades Hospitalares (UH) públicas trabalham com ocupação acima de 100%. Os indicadores financeiros foram fornecidos pelo Sistema de Controle Gerencial de custos da unidade hospitalar.

Resultados/aplicação: o modelo planejado apresentou custo total menor, produzindo mais saídas hospitalares. Inversamente é o resultado do segundo modelo. Entretanto, modelo planejado não reproduz a realidade da Unidade Hospitalar (UH) atual. A nova gestão, ao utilizar

o modelo planejado, fixando taxa média de permanência e taxa de ocupação diferentes das praticadas no curto prazo, poderá causar desassistência na Unidade Hospitalar (UH).

Contribuições: para consolidação do trabalho, sugere-se aos gestores das organizações um maior planejamento no sentido de evitar a falta de assistência hospitalar.

Palavras-chave: sistema de controle gerencial de custos, modelos de precificação de hospitais, custos em hospital público.

Abstract

Research objective: to compare the executed and planned models in relation to the set of services and goals to be established in the context of management contracts for a hospital unit.

Diagnosis of the problem and/or opportunity: the state has been transferring the management of Hospital Units which, in some cases, will have their management transferred to Social Health Organizations (OSS). This transfer process requires technical analyzes of management models in order to make the decision-making process agile and flexible in hiring HR and acquiring goods and services to achieve better results.

Methodology/approach: for comparison between administrations, two models were built and analyzed for the manager's decision making: the planned model and the realized model. The methodology for the first was based on the current installed capacity with available physical resources and assistance services performed. For the second, indicators based on expected standards were used, such as the average occupancy rate predicted by the literature at 90%, which is unrealistic, as public Hospital Units (HU) work with occupancy above 100%. The financial indicators were provided by the hospital unit's Cost Management Control System.

Results/application: the planned model presented a lower total cost, producing more hospital outputs. The opposite is the result of the second model. However, the planned model does not reproduce the reality of the current Hospital Unit (HU). The new management, when using the planned model, setting an average stay rate and occupancy rate different from those practiced in the short term, could cause lack of assistance in the Hospital Unit (HU).

Contributions: to consolidate the work, it is suggested that organization managers undertake greater planning in order to avoid a lack of hospital care.

Keywords: cost management control system, hospital pricing models, costs in public hospitals.

1. Introdução

A administração pública, com a necessidade de entregar mais serviços à população, optou por modelos de gestão com maior flexibilidade e agilidade para aquisição de bens, contratação de serviços e mão de obra. Esses novos modelos ampliaram-se para a gestão de Unidades Hospitalares (UHs), antes administradas diretamente pelo setor público (Ibañez, 2001; Morais et al., 2018).

Essas UHs, rotuladas de ineficientes pelo modelo ampliado de saúde brasileiro, produzem serviços de saúde acima de sua capacidade instalada de acordo com seus indicadores assistenciais de seu Sistema de Controle Gerencial Assistencial (SCGa). Em decorrência dessa peculiaridade, as referidas UHs sempre estão acima de capacidade operacional, o que as fazem, por vezes, visitarem o noticiário local (Contreiras & Matta, 2015; Ibañez, 2001; Morais et al., 2018).

A nova abordagem de gestão está amparada no movimento global New Public Management (NPM) sustentado por legislações nacionais e subnacionais. No estado do Espírito Santo, a Lei Complementar nº 489/2009, substituída pela atual 993/2021 oferece nova forma ao modelo estadual. A partir de então, diversos contratos de gestão foram sendo operacionalizados em UHs por meio da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) em que o modelo se encontra em constante aprimoramento.

Do total de 17 UHs próprias, apenas 4 UHs públicas seguem esse modelo. São unidades administradas por Organização Social de Saúde (OSS) organizações privadas sem fins lucrativos, afastadas da gestão e com metas para execução, conforme preconiza o modelo da Nova Gestão Pública.

Numa visão mais conservadora, a SESA constituiu a Fundação Estadual, por meio da Lei Complementar nº 924/2019, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial para, em parceria com as OSS, administrarem contratos de gestão das demais UHs. As unidades hospitalares que, atualmente, estão sendo administradas pela SESA possuem características diferentes das demais contratualizadas: sua força de trabalho é predominante de servidores efetivos, combinam lotação acima de sua capacidade instalada e estruturas de décadas de uso.

A primeira de nove unidades transferida para a INOVA foi o Hospital Estadual Antônio Bezerra de Faria (HEABF) e como todo contrato público, Órgãos de Controle, como Tribunal de Contas do Estado (TCEES), Ministério Público Estadual (MPEES), Secretaria de Controle

e Transparência (SECONT) e Procuradoria Geral do Estado (PGE), exigiram a medida de “o quanto” essa decisão custaria para os cofres públicos.

O processo para precificação de unidades hospitalares é desenvolvido em setor próprio, baseado em indicadores assistenciais, capacidade instalada, perfil hospitalar, oferta de serviços e indicadores financeiros, esses extraídos de Sistema de Controle Gerencial de Custos em um relato técnico da UH resultando em Nota Técnica Estimativa de Custos (NTEC) da Gerência de Economia em Saúde.

Dois modelos serão discutidos: o modelo planejado e o modelo executado. O primeiro se baseia no documento conhecido como Estudo de Viabilidade (ESTVI). Esse modelo representa a vontade da administração para aquela unidade, transformado em instrumento de planejamento para proposição de metas e resultados, que contém os indicadores assistenciais para produção de serviços hospitalares. Esse modelo tem como referência a produção baseada na capacidade instalada da Unidade Hospitalar. Essa produção é dividida em linhas de serviços como: Internação, Pronto Socorro, Ambulatório e Programa de Internação Domiciliar (PID). No ESTVI são apresentados indicadores assistenciais e a capacidade instalada como: leitos disponíveis, taxa média de permanência, taxa de ocupação e saídas hospitalares, atendimentos no Pronto-Socorro, Consultas Ambulatoriais, Exames de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) e paciente atendido.

O modelo executado ou real é baseado na produção atual da Unidade Hospitalar que, por se tratar de unidade pública do SUS, normalmente, opera sempre acima de sua capacidade instalada.

Por analogia, utilizando-se do referencial teórico de Mintzberg et al. (2010), em que conceitua o método planejado como a estratégia deliberada e o planejamento executado como a estratégia emergente. Para os autores, a estratégia deliberada tem a intenção de se *pretender* e a estratégia emergente é decorrente de ações expressamente *não pretendidas*. A primeira condiciona a gestão para a capacidade de prever e a segunda revela a capacidade de reação da gestão a eventos inesperados, a combinação entre as duas é visto como vantajosa para a gestão e aprendizado (Mintzberg et al., 2010).

A estratégia deliberada para o setor público é alvo de críticas por tornar o processo lento e burocrático. Aqui as amarras da administração pública engessam o gestor para o uso da estratégia emergente, haja vista que a tomada de decisão é baseada em grande maioria na formalidade de processos determinados pela legislação.

O objetivo do artigo é comparar os modelos planejado (ideal) e executado (real) que auxilia na decisão do gestor quanto ao conjunto de serviços e metas a serem estabelecidas no contrato de gestão da unidade a ser transferida.

Os efeitos dos modelos devem considerar aspectos como perfil assistencial, unidade de porta fechada ou aberta, tempo de existência e outros e devem ser observados. Diferenças entre a produção no planejamento e a produção executada podem resultar em falta de oferta de serviços ou desassistência. Como o custo de manutenção da UH, atualmente, é baseado em sua produção executada, caso seja planejado uma produção diferente, o recurso previsto pode não ser suficiente quando essa produção for maior.

Para o alcance desse objetivo, a Nota Técnica de Custo Estimativo deverá estimar o custo planejado e o custo executado com informações financeiras no SCG de custos, baseado na execução financeira do HEABF e reconhecido na contabilidade pelo princípio da competência.

2. Procedimentos metodológicos

O modelo planejado é o definido na ESTVI que prevê indicadores baseados no perfil definido pela rede estadual de saúde e na capacidade instalada da Unidade Hospitalar. O modelo executado é o resultado da rotina da Unidade Hospitalar em termos de produção, com seus indicadores atuais e a sua execução financeira. Entre o modelo planejado (ideal) e o modelo executado (real) pode existir grande afastamento de oferta de serviços e custo da UH, isso devido à dificuldade de ação do setor público em decorrência das amarras da legislação.

A análise se concentrou apenas na linha de produção Internação, pois as demais linhas de serviços como Pronto-Socorro, Ambulatório e Programa de Internação Domiciliar (PID) repetem seus quantitativos para ambos os modelos.

Três etapas são discutidas nesse estudo: a primeira etapa compreende a análise do modelo planejado; a segunda compreende a estruturação do modelo executado e a terceira etapa compreende a comparação e a análise de cada modelo. Neste estudo, três sistemas de controle gerencial serão consultados: as informações contábeis no SIPEF (Sistema de Prestação de Contas Econômica e Financeira), o registro da produção no MV (Sistema de Controle Gerencial assistencial) e SCG de custos (KPIH/Planisa^R).

2.1 Para a Internação - Modelo Planejado ou Ideal

A metodologia empregada na SESA é o modelo planejado que consiste em estimar o custo de contratos estabelecendo metas a partir da capacidade instalada e prevendo as entregas. Nesse contrato, quatro linhas de contratação são ofertadas: Internação, Pronto-Socorro, Ambulatório e PID. O modelo planejado não levou em consideração o público externo, mas a capacidade de atendimento baseado na capacidade instalada, enquanto o modelo realizado espelha a produção hospitalar atual. No curto prazo, alterações bruscas podem causar desassistências.

As metas para a Internação Hospitalar são baseadas no quantitativo de leitos existentes, Taxa Média de Permanência Prevista (TMP), Taxa de Ocupação média (TO) pretendida a fim de que, em conjunto, esses indicadores resultem em saídas hospitalares. A definição para saída hospitalar é quando o paciente internado deixa a unidade por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito (Ministério da Saúde, 2002).

A previsão de quantidade de saídas está relacionada diretamente com os recursos e competências apropriadas na Unidade Hospitalar, ou seja, sua capacidade instalada. A principal referência é a quantidade de leitos hospitalares. A TMP e a TO influenciam diretamente na quantidade de saídas hospitalares.

A metodologia para cálculos das saídas tem a seguinte função:

$$SH = (((Qtde Leitos * DUM) * TO) / TMP)$$

SH = Saídas Hospitalares;

Qtde leitos = Quantidade de leitos na Unidade Hospitalar;

DUM = Dias no Mês;

TO = Taxa de Ocupação;

TMP = Taxa Média de Permanência;

As metas para o Pronto-Socorro, Ambulatório e PID serão baseados nos indicadores assistenciais “atendimento no PS”, “consulta médicas” e “paciente no programa” previstos no ESTVI. O produto do Indicador assistencial multiplicado pelo indicador financeiro, extraído do SCG de custos, será o valor para cada linha de serviços.

2.2 Para a internação – modelo executado ou real

A estrutura do modelo executado também é por linha de contratação com indicadores resultantes da execução. Na Internação, o quantitativo de leitos existentes, capacidade instalada e diárias geradas, a TMP e a TO alcançadas e a quantidade de saídas hospitalares produzidas. Para o Pronto-Socorro, a quantidade de atendimentos produzidos. Para o Ambulatório, a quantidade de consultas ambulatoriais produzidas. No PID, a quantidade de pacientes atendidos no programa.

O segundo procedimento metodológico tem como proposta dar opção ao gestor da SESA na tomada de decisão e demonstrar o quadro atual da execução dos serviços assistenciais no HEABF, sua produção por paciente-dia, sua TMP e a TO da Unidade Hospitalar. Esse procedimento faz-se necessário pelo fato de ser um hospital público e de portas abertas. Em uma análise do Sistema de Controle Assistencial, verifica-se ocupação acima de 100%.

Buscando a realidade da execução do ano de 2019, base do estudo, foi solicitado à Unidade Hospitalar o relatório mensal “Estatística Hospitalar” do SCGa. Para o modelo executado, será utilizado o indicador “paciente-dia” extraído do relatório encaminhado, sendo considerado uma melhor medida nesse caso de hospital públicos com oferta limitada de leitos (vagas) e demanda elástica no caso do SUS/BRASIL. Esses casos são resolvidos com leitos extras, macas e até cadeiras. Essa decisão apesar de comprometer o espaço físico não deixa o paciente desassistido.

Tabela 1

Taxa de Ocupação Efetiva (Realizada) Versus Planejada (Ideal)

Descrição	Taxa de Ocupação em %- Realizada jan. a jul. 2019 (MV)						
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
C. Cirúrgica	120,9	98,8	110,0	108,5	102,6	109,0	108,2
CTI- I	99,5	88,7	99,5	94,2	98,1	92,3	93,5
CTI - III	96,7	91,0	96,7	101,6	97,5	93,3	92,7
PS-Enferm.	387,8	229,3	287,8	218,1	214,7	267,7	249,8
C. Médica	93,1	88,4	93,8	92,1	94,7	93,3	94,5

Descrição	Taxa de Ocupação em %- Realizada ago a dez 2019 (MV)						Estudo SESA em %
	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média Ano	
							Previsão
						Executada	Planejada
C. Cirúrgica	104,2	103,9	94,8	101,7	106,8	105,8	95,0
CTI- I	91,2	91,4	92,1	94,2	92,1	93,9	95,0
CTI - III	95,9	96,6	90,3	96,6	97,5	95,6	95,0
PS-Enferm	184,8	187,5	162,1	208,3	154,5	229,4	95,0
C. Médica	93,5	90,5	91,7	89,6	91,4	92,2	95,0

Fonte: Sistema de Gerenciamento Hospitalar e Estudo de Viabilidade Técnica.

A Tabela 1 demonstra a informação da taxa de ocupação gerada no quantitativo de diária paciente-dia durante o ano de 2019.

Observa-se que a taxa de ocupação mensal da unidade de internação, como a PS-Enfermagem, alcançou a média anual de 229,4%, ou seja, uma organização não pode prestar o melhor atendimento com essa ocupação. Essa é a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS) em que todos deverão ser assistidos.

A Unidade Hospitalar do Setor Público, originariamente é pertencente à Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e é gerenciada em uma realidade diferente da Unidade Hospitalar do Setor Privado. A carta dos Direitos dos Usuários do SUS, publicada pelo Ministério da Saúde (2011), defende como princípios que garantem ao cidadão o atendimento nas unidades hospitalares, sejam públicas ou privadas, essas desde que utilizem recursos públicos:

i) Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;

ii) Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

iii) Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;

iv) Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;

v) Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;

vi) Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.

Esses princípios estão fundamentados na Constituição Federal (Arts. 196 e 200) e regulado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Em parte, esses princípios respondem pelas altas taxas de ocupação.

A Tabela 2 demonstra o comparativo entre os modelos para a linha de serviços da Internação.

Tabela 2

Comparativo da Produção Prevista (Modelo Planejado) e a Produção Entregue (Modelo Executado) do HEABF

Descrição	Modelo Planejado ou Ideal							Modelo Executado ou Real						
	Qtde Leitos	Uso/ Mês	Diárias Paciente dia Mês	TO (%)	Dias de Uso	TMP	Saídas Mês	Qtde Leitos	Uso/ Mês	Produção Média Pac Dia	TO (%)	TMP	Saídas Mês	
Clínica Médica	21	30,4	638	95,0	606	7,42	82	27	30,4	813	92,25	11,46	71	
PS Enf. Clínica Médica	6		182	95,0	173	1,32	131	11		340	229,40	4,17	82	
Clínica Cirúrgica	33		1003	95,0	953	3,23	295	30		917	105,83	4,91	187	
PS Enf. Clínica Cirúrgica	6		182	95,0	173	1,32	131	12		355	229,40	4,18	85	
Hospital Dia –Cirúrgica	2		61	90,0	55	1	55	-		-	-	-	-	
UTI - I – Clínica Médica	4		122	95,0	116	6,37	18	4		4	108	93,6	49,54	2
UTI - I - Clínica Cirúrgica	3		91	95,0	87	6,37	14	3		3	92	93,6	23,59	4
UTI III - Clínica Médica	3		91	95,0	87	6,37	14	3		3	89	95,6	10,23	9
UTI III - Clínica Cirúrgica	1		30	95,0	29	6,37	5	1		1	27	95,6	6,92	4
Total Leitos Existentes	79		2.401		2.278		744	91		2.741			443	

Descrição	Modelo Planejado ou Ideal							Modelo Executado ou Real					
	Qtde Leitos	Uso/ Mês	Diárias Paciente dia Mês	TO (%)	Dias de Uso	TMP	Saídas Mês	Qtde Leitos	Uso/ Mês	Produção Média Pac Dia	TO (%)	TMP	Saídas Mês
PS Enf.Clínica Médica	3	30,4	91	95,0	87	1,32	66	3	30,4	91	95,0	4,17	22
PS Enf.Clínica Cirúrgica	3		91	95,0	87	1,32	66	3		91	95,0	4,18	22
UTI - II - 2020	4		122	95,0	116	2,5	46	4		122	95,0	2,5	49
UTI - III - 2020	3		91	95,0	87	6,37	14	3		91	95,0	6,37	14
Leitos Novos	13		395		375		191	13		395			107
TOTAL	92		2.796		2.653		935	104		3.136			550

Fonte: Estudo de viabilidade técnica e seu complemento (E-docs 2020-LQ42N1 de 23/11/2020). As quantidades podem sofrer variações devido a arredondamentos. Leitos novos foram adequados às saídas produzidas no modelo executado.

O resultado do confronto revela uma diferença na oferta de serviços entre os modelos. No modelo planejado, a partir dos indicadores assistenciais, foram previstas para os leitos existentes 744 saídas e, para os leitos novos, 191 saídas, totalizando 935 saídas mensalmente. No modelo executado, observa-se que, para os leitos existentes, foram produzidas 443 saídas e, para os leitos novos, 107 saídas, totalizando 550 saídas mensalmente.

Essa diferença foi provocada, principalmente, pela redução da taxa média de permanência nos leitos do modelo planejado. O ESTVI previu TMPs desafiadoras o que podem comprometer a assistência aos pacientes, caso não sejam alcançadas. A meta do contrato de gestão para a linha de serviços Internação é medida por saídas hospitalares. Se a SESA com sua central de regulação lançar como disponível 935 vagas mensais para atendimento de pacientes e a Unidade Hospitalar, agora sob contrato de gestão, não conseguir alcançar essa produção três consequências são previstas:

- 1) A falta de vagas previstas pode inviabilizar o planejamento de outros setores da SESA, com vagas previstas e inexistentes;
- 2) A Rede de Saúde com suas programações de cirurgias eletivas deverá sofrer atrasos;
- 3) A unidade hospitalar contratualizada continuará atendendo acima de sua capacidade, agora com recursos ainda limitados.

No modelo planejado, estão previstos 2.653 “dias de uso”, enquanto que, no modelo executado para sua produção mensal média, foram necessários 3.136 dias de uso ou paciente dia. Essa queda na oferta de diárias representa, aproximadamente, 482 dias de uso ou 18,2% a menos de diárias disponibilizadas para atendimento na internação.

Essas alterações bruscas com indicadores ousados, em se tratando de uma Unidade Hospitalar, considerada portas abertas para entrada no Pronto-Socorro, deve comprometer as ações assistenciais de emergência que rotineiramente ocorrem nos serviços de saúde.

Na Tabela 3 estão demonstrados os Indicadores financeiros das diárias para o cálculo das saídas hospitalares.

O indicador financeiro utilizado para os leitos de Clínica Médica, PS-Enfermaria Clínica Médica, UTI I - Clínica Médica e UTI III - Clínica Médica foi o custo unitário médio no valor R\$ 1.407,25 por diária, apurado no Relatório Custo unitário por saída extraído do SCG de custos do HEABF.

Para os leitos de Clínica Cirúrgica, PS-Enfermaria Clínica Cirúrgica, Hospital Dia-Cirúrgico, UTI - I Clínica Cirúrgica e UTI - III Clínica Cirúrgica foi utilizado o custo unitário médio da clínica cirúrgica de R\$ 1.744,60 por diária, apurado no Relatório Custo unitário por saída extraído do SCGc do HEABF.

Tabela 3
Indicadores Financeiros do HEABF para a Internação Ano 2019.

Tipo de Clínica	Competência	Média de permanência (em dias)	Nº de Saídas	Custo Unit. de Saídas	Custo Unit. da Diária
Clínica Médica	Janeiro	9,8	160	10.907,53	1.115,86
	Fevereiro	7,5	164	12.159,71	1.618,66
	Março	7,5	195	8.601,77	1.148,87
	Abril	9,4	146	14.862,79	1.586,23
	Maior	9,1	160	12.613,98	1.386,15
	Junho	9,0	154	11.828,63	1.313,34
	Julho	8,6	161	11.088,11	1.284,31
	Agosto	8,7	158	11.110,49	1.270,23
	Setembro	9,3	144	13.514,26	1.451,20
	Outubro	8,1	164	11.392,21	1.400,54
	Novembro	8,9	140	12.794,38	1.442,20
	Dezembro	7,6	137	16.248,13	2.130,14
	Média	8,6	157	12.107,69	1.407,25
Clínica Cirúrgica	Janeiro	5,7	282	8.598,17	1.496,72
	Fevereiro	4,4	236	9.405,55	2.157,15
	Março	5,4	271	8.372,14	1.543,44
	Abril	4,9	266	9.165,74	1.855,47
	Maior	5,1	250	8.892,58	1.735,48
	Junho	5,3	272	8.218,67	1.562,18
	Julho	4,8	306	8.355,68	1.731,10
	Agosto	5,2	272	8.968,40	1.739,95
	Setembro	4,7	287	8.757,47	1.846,72
	Outubro	4,5	286	8.376,77	1.861,51
	Novembro	5,0	297	8.101,69	1.624,71
	Dezembro	5,3	290	10.342,31	1.948,84
	Média	5,0	276	8.784,56	1.744,60
Total	Janeiro	7,2	442	9.434,14	1.309,64
	Fevereiro	5,7	400	10.534,76	1.863,73
	Março	6,3	466	8.468,23	1.346,82
	Abril	6,5	412	11.184,60	1.718,14
	Maior	6,7	410	10.344,83	1.549,65
	Junho	6,6	426	9.523,68	1.439,70
	Julho	6,1	467	9.297,69	1.514,48
	Agosto	6,5	430	9.755,49	1.506,78
	Setembro	6,3	431	10.346,74	1.650,42
	Outubro	5,8	450	9.475,73	1.626,89
	Novembro	6,2	437	9.605,07	1.541,47
	Dezembro	6,1	427	12.237,16	2.022,16
	Média	6,3	433	9.988,38	1.578,44

Fonte: HEABF- 1/2019 - 12/2019 - Com Mat/Med, Honorários, Depreciação e Recursos Externos.

No cálculo da estimativa para os novos leitos da UTI - II, foi utilizado o custo unitário médio da clínica da UTI – III no valor de R\$ 1.419,19 por diária. Para os novos leitos da UTI – III, foi utilizado o custo unitário médio da clínica da UTI – III no valor de R\$ 1.419,19 por diária.

Todos os indicadores estão demonstrados no Relatório “Demonstração de Custo total e unitário (c/s mat. med. honorários) de 01 a 12/2019” da unidade, extraído do SCGc do HEABF.

2.3 Para os demais serviços

Neste tópico são tratados os serviços do Pronto Socorro, Ambulatório e PID nos dois modelos. O ESTVI definiu para estabeleceu 4 (quatro) tipos de atendimento: atendimento PS Enfermaria - Cirurgia Geral; atendimento no PS Enfermaria - Clínica Médica; atendimento no PS Ortopedia; e atendimento na Sala Vermelha. Para a separação desses atendimentos foi utilizado o Protocolo de Manchester (Cronin, 2003; Mackway-Jones et al., 2006).

Em alguns casos também são atendidos na sala vermelha os pacientes classificados como amarelo e os pacientes internados nas clínicas médicas e cirúrgicas, quando seus quadros clínicos se agravam.

Para os procedimentos Consultas Médicas, utilizou-se o valor unitário médio do atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas do HEABF - Consultas Ambulatoriais - (referente ao período 01/2019 a 12/2019). Para os procedimentos do PID, utilizou-se o valor unitário médio do atendimento ao Programa (referente ao período 01/2019 a 12/2019). Os valores do Pronto-Socorro, Ambulatório e PID serão os mesmos nos dois modelos. O impacto financeiro diferente só ocorrerá para a linha de internação.

Os indicadores financeiros para o Pronto-Socorro, Ambulatório e PID, em ambos os modelos, serão extraídos do Painel de Controle de Custos, do SCG de custos da Planisa/KPIH, do período 01 a 12/2019. O Indicador é a média do período e será multiplicado pela quantidade de cada modelo.

Tabela 4

Indicadores de Produção para Pronto-Socorro, Ambulatório e o PID

Descrição /Modelo	Planejado		Executado	
	Atendimentos Média Mensal	Atendimentos Média Anual	Atendimentos Média Mensal	Atendimentos Média Anual
Atendimento PS Enfermaria – C. Cirurgia	617	7.399	876	10.512
Atendimento PS Enfermaria – C. Médica	475	5.703	633	7.596
Atendimento PS Ortopedia	2.379	28.553	1.909	22.908
Atendimento Sala Vermelha	28	340	63	756
Total Pronto Socorro	3.500	41.996	3.481	41.772
Consultas Médicas	700	8.400	720	8.640
Total Ambulatório	700	8.400	720	8.640
Pacientes Domiciliares Atendidos	20	240	20	240
Total PID	20	240	20	240
Total de Procedimentos	4.220	50.636	4.221	50.652

Nota: Adaptado de ESTVI e seu complemento e relatório painel de controle de custos do HEABF

O atendimento no Pronto-Socorro foi previsto em 4 situações:

i) para a PS-Enfermaria da cirurgia geral com 876 atendimentos mensalmente a um custo unitário de R\$ 209,27;

ii) para o PS-Enfermaria da clínica médica com 633 atendimentos mensalmente a um custo unitário de R\$ 151,17;

iii) para o PS-Ortopedia com 1.909 atendimentos mensalmente a um custo unitário R\$ 151,17; e para a Sala Vermelha com 63 atendimentos com um custo unitário de R\$ 8.432,87, totalizando 3.481 atendimentos executados.

No ambulatório foi previsto 720 consultas médicas mensalmente com o custo unitário de R\$ 139,40 e, para o Programa de Pacientes Internados no Domicílio-PID, foi previsto 20 atendimentos mensalmente com o custo de R\$ 7.076,74 por paciente/mês.

3. Apresentação e análise dos resultados

A Tabela 5 demonstra os valores para a Internação nos modelos planejado e executado. O valor para o modelo planejado é de R\$ 4.203.206,89 mensal e de R\$ 50.437.077,00 e em 12 meses de contrato.

A Tabela 6 demonstra o valor da internação no modelo executado é de R\$ 4.915.631,92 mensal e de R\$ 58.987.583,04 em 12 meses de contrato. O valor do modelo executado para a internação é superior ao modelo planejado em R\$ 712.542,17 mensal e de R\$ 8.550.506,04 em 12 meses.

O modelo planejado possui 92 leitos para a internação. O modelo executado totalizou 104 leitos. Mesmo com 12 leitos a mais que o modelo planejado, o modelo executado não produz mais diárias. Esta constatação é justificada pela taxa média de permanência utilizada no modelo planejado, demonstrando uma maior rotatividade dos leitos. O modelo executado retrata a realidade da Unidade Hospitalar e o modelo planejado propõe a eficiência e economia de recursos públicos.

Na comparação entre os modelos, a taxa média de permanência dos leitos de internação na clínica médica do modelo planejado foi prevista em 7,42 dias/permanência. No modelo executado a taxa executada foi de 11,42 dias/permanência, representando uma queda de 4,04 dias/permanência ou 35,25% a menos.

Para os leitos de clínica cirúrgica do modelo planejado foi prevista em 3,23 dias/permanência. No modelo executado, a taxa executada foi de 4,91 dias/permanência, representando uma queda de 1,68 dias/permanência ou 34,22% a menos. Para os leitos de PS-Enfermaria que atendem a clínica médica e a cirúrgica do modelo planejado foi previsto em 1,32 dias/permanência para ambas. No modelo executado, a taxa executada foi de 4,17 dias/permanência para ambas, representando uma queda de 2,86 dias/permanência ou 68,35% a menos.

Tabela 5*Formação do Custo da Internação*

Modelo Planejado Tabela 5	Internações Hospitalares	Qtde Leitos	TO (%)	Dias de Uso	TMP	Saídas Mês	Custo da Diária	Custo da Saída	Custo Mensal	Custo Anual
	Clínica Médica	21	95	606	7,42	82	1.407,25	10.441,80	852.793,50	10.233.522,00
	PS Enf. Clínica Médica	6	95	173	1,32	131	1.407,25	1.857,57	243.848,28	2.926.179,36
	Clínica Cirúrgica	33	95	953	3,23	295	1.744,60	5.635,06	1.662.673,58	19.952.083,01
	PS Enf. Clínica Cirúrgica	6	95	173	1,32	131	1.744,60	2.302,87	302.304,29	3.627.651,46
	Hospital Dia –Cirúrgica	2	90	55	1	55	1.744,60	1.744,60	95.464,51	1.145.574,14
	UTI - I – Clínica Médica	4	95	116	6,37	18	1.407,25	8.964,18	162.565,52	1.950.786,24
	UTI - I - Clínica Cirúrgica	3	95	87	6,37	14	1.744,60	11.113,10	151.152,14	1.813.825,73
	UTI III - Clínica Médica	3	95	87	6,37	14	1.407,25	8.964,18	121.924,14	1.463.089,68
	UTI III - Clínica Cirúrgica	1	95	29	6,37	5	1.744,60	11.113,10	50.384,05	604.608,58
	Total Leitos Existentes	79		2.278		744			3.643.110,02	43.717.320,19
	PS Enf.Clínica Médica*	3	95	87	1,32	66	1.407,25	1.857,57	121.924,14	1.463.089,68
	PS Enf.Clínica Cirúrgica *	3	95	87	1,32	66	1.744,60	2.302,87	151.152,14	1.813.825,73
	UTI -II - 2020*	4	95	116	2,5	49	1.419,19	3.547,98	163.944,83	1.967.337,95
	UTI - III 2020*	3	95	87	6,37	14	1.419,19	9.040,24	122.958,62	1.475.503,46
Leitos Novos	13		375		191			559.979,73	6.719.756,81	
TOTAL	92		2.653		935			4.203.089,75	50.437.077,00	

Tabela 6
Formação do Custo da Internação

Modelo Executado Tabela 6	Internações Hospitalares	Qtde Leitos	Prod.Média Pac Dia	TO (%)	TMP	Saídas Mês	Custo da Diária	Custo da Saída	Custo Mensal	Custo Ano
	Clínica Médica	27	813	92,25	11,46	71	1.407,25	16.127,09	1.144.094,25	13.729.131,00
	PS Enf. Clínica Médica	11	340	229,40	4,17	82	1.407,25	5.868,23	478.465,00	5.741.580,00
	Clínica Cirúrgica	30	917	105,83	4,91	187	1.744,60	8.565,99	1.599.798,20	19.197.578,40
	PS Enf. Clínica Cirúrgica	12	355	229,40	4,18	85	1.744,60	7.292,43	619.333,00	7.431.996,00
	Hospital Dia –Cirúrgica	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	UTI - I – Clínica Médica	4	108	93,6	49,54	2	1.407,25	69.715,17	151.983,00	1.823.796,00
	UTI - I - Clínica Cirúrgica	3	92	93,6	23,59	4	1.744,60	41.155,11	160.503,20	1.926.038,40
	UTI III - Clínica Médica	3	89	95,6	10,23	9	1.407,25	14.396,17	125.245,25	1.502.943,00
	UTI III - Clínica Cirúrgica	1	27	95,6	6,92	4	1.744,60	12.072,63	47.104,20	565.250,40
	Total Leitos Existentes	91	2.741			443			4.326.526,10	51.918.313,20
	PS Enf.Clínica Médica*	3	91	95	4,17	22	1.407,25	5.868,23	128.059,75	1.536.717,00
	PS Enf.Clínica Cirúrgica *	3	91	95	4,18	22	1.744,60	7.292,43	158.758,60	1.905.103,20
	UTI -II - 2020*	4	122	95	2,5	49	1.419,19	3.547,98	173.141,18	2.077.694,16
	UTI - III 2020*	3	91	95	6,37	14	1.419,19	9.040,24	129.146,29	1.549.755,48
Leitos Novos	13	395			107			589.105,82	7.069.269,84	
Total Geral	104	3.136			550			4.915.631,92	58.987.583,04	

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Nas UTIs em quem o custo do leito é ainda maior, o efeito pode ser considerado ainda pior. Na UTI III, para os leitos do modelo planejado, foi previsto a TMP em 6,37 dias/permanência. No modelo executado, a taxa executada foi de 8,58 dias/permanência, representando uma queda de 2,21 dias/permanência ou 22,84% a menos.

Na UTI I, para os leitos do modelo planejado, foi previsto a TMP em 6,37 dias/permanência. No modelo executado, a taxa executada foi de 36,57 dias/permanência, representando uma queda de 30,2 dias/permanência.

A Tabela 7 demonstra o custo da parcela mensal de cada modelo. No modelo planejado, a produção é de 935 saídas hospitalares, 3.500 atendimentos no Pronto-Socorro, 700 consultas ambulatoriais e 20 pacientes sendo assistidos pelo Programa de Internação Domiciliar, com a parcela mensal de R\$ 5.540.071,46 mensalmente e de R\$ 66.251.965,27 para 12 meses de contrato.

No modelo executado, a produção é de 550 saídas hospitalares, 3.481 atendimentos no Pronto-Socorro, 720 consultas ambulatoriais e 20 pacientes sendo assistidos pelo Programa de Internação Domiciliar, com a parcela mensal de R\$ 6.251.965,27 mensalmente e de R\$ 75.023.583,29 para 12 meses de contrato.

Tabela 7

Custo Estimativo Modelo Planejado Versus Modelo Executado

Descrição	Modelo Planejado			
	Meta Mês	Meta Ano	Custo Mensal	Custo Ano
Internação	935	11.220	4.203.089,75	50.437.077,00
Leitos Existentes	744	8.928	3.643.110,02	43.717.320,19
Leitos Novos	191	2.292	559.979,73	6.719.756,81
Pronto Socorro	3.500	42.000	1.101.747,95	13.220.975,46
Ambulatório	700	8.400	96.909,16	1.162.909,90
PID	20	240	138.324,60	1.659.895,19
TOTAL 1	5.155	61.856	5.540.071,46	66.480.857,55
Descrição	Modelo Executado			
	Produzido Mês	Produzido Ano	Custo Mensal	Custo Ano
Internação	550	6.594	4.915.631,92	58.987.583,04
Leitos Existentes	443	5.314	4.326.526,10	51.918.313,20
Leitos Novos	107	1.280	589.105,82	7.069.269,84
Pronto Socorro	3.481	41.772	1.098.330,76	13.179.969,16
Ambulatório	720	8.640	99.677,99	1.196.135,90
PID	20	240	138.324,60	1.659.895,19
TOTAL 21	4.771	57.246	6.251.965,27	75.023.583,29

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

O modelo planejado propõe fazer mais entregas. São 385 saídas hospitalares a mais ou 41,13% mensalmente. Esse percentual de aumento nas entregas está vinculado à redução de tempo de permanência do paciente no hospital, conforme discutido anteriormente. Essa possibilidade pode não se concretizar, visto que a unidade hospitalar não mudou seu perfil e seguirá atendendo as mesmas comorbidades/urgências.

Na linha de urgência e emergência do Pronto-Socorro é observado um aumento na oferta de 0,54% nos serviços e, no ambulatório, observa-se uma queda de 2,86% para consultas médicas. O movimento para as linhas de serviços deveria ser de aumento na oferta para acompanhar o aumento da oferta de mais saídas hospitalares. Essa afirmação é decorrente do fato que mais pacientes deverão se dirigir àquela Unidade Hospitalar para atendimento e tratamento de suas doenças. O PID não oscilou entre os modelos.

A parcela do modelo planejado é menor em R\$ 711.893,81 mensalmente ou 12,85% em relação ao modelo executado. O modelo planejado foi projetado para ofertar mais serviços na linha de internação em 385 saídas hospitalares. Entretanto, como o modelo é “planejado e não foi experimentado” a área assistencial deverá agir com grande cautela dessa previsão, principalmente, com relação a essas alterações discutidas como a mudança nas taxas médias de permanência.

4. Conclusão

O artigo teve como objetivo comparar os modelos planejado (ideal) e executado (real) auxiliando na decisão do gestor quanto ao conjunto de serviços e metas a serem estabelecidas no contrato de gestão da unidade a ser transferida.

Esse conjunto de serviços e metas é formalmente estruturado a partir de indicadores assistenciais e financeiros em uma Nota Técnica Estimativa de Custos.

Foi utilizada, por analogia, o referencial teórico desenvolvido por Mintzberg et al. (2010), conceituando o método planejado como a estratégia deliberada e o planejamento executado como a estratégia emergente. Para os autores, a estratégia deliberada passa pela intenção de se “pretender” e a estratégia emergente é decorrente de ações expressamente “não pretendidas”. A primeira condiciona a gestão para a capacidade de prever e a segunda revela a capacidade de reação da gestão a eventos inesperados; a combinação entre as duas é visto como vantajosa para a gestão e aprendizado (Mintzberg et al., 2010).

A estratégia deliberada é utilizada no setor público por determinação legal. A estratégia emergente, essa não há previsão de seu uso, pois a administração pública para sua tomada de decisão é baseada, em grande maioria, na formalidade de processos ou legislação.

Procurou-se inovar no estudo acrescentando outros olhares melhorando a informação para a tomada de decisão. Além de aplicar indicadores fornecido pelo HEABF, também foi acrescido um estudo com os indicadores realizados em 2019 conceituando o estudo de “realizado”; e o outro em “planejado” baseado em quantidade de leitos. A diferença dos estudos apenas ocorreu na linha de contratação de internação. As demais linhas, Pronto-Socorro, Ambulatório e Programa de Internação Domiciliar permanecem iguais nos dois modelos.

Os dois modelos, além de contribuírem para a tomada de decisão do gestor da SESA, quando comparados confrontando o custo do modelo executado (real) *versus* modelo planejado (ideal), demonstrou o risco da desassistência, caso sejam adotados indicadores não exequíveis no planejamento da Unidade Hospitalar sem um período de adequação aos novos indicadores, ou pode tornar o contrato inexecutável devido ao rigor das taxas de ocupação e taxas médias de permanência impostas no modelo.

A produção do primeiro modelo é maior em 41,80% do segundo modelo e com custo menor. Entretanto, esse resultado do 1º modelo só foi alcançado com a combinação de indicadores diferentes dos atualmente encontrados. Com a diminuição da taxa média de permanência combinada com aumento em leitos para clínicas que giram leitos, o modelo planejado conseguiu demonstrar uma produção maior, com menor custo da Unidade Hospitalar. O segundo modelo foi baseado na execução atual e demonstra taxas médias de permanência bem maiores que as previstas pelo outro modelo. Esse cenário é de risco para a gestão de saúde estadual. A nova gestão ao buscar se adequar ao modelo planejado e alcançar as taxas médias de permanência e taxa de ocupação diferentes das praticadas em curto prazo.

Por outro lado, serve também para apontar o quanto a gestão atual do hospital mostra-se em relação aos indicadores do planejamento, trazendo a realidade para mais próximo do modelo idealizado pelos técnicos da SESA, podendo a gestão por meio de um plano definir metas menos ousadas.

Para consolidação do trabalho técnico, sugere-se aos gestores da SESA e da organização social contratada, com suas respectivas equipes técnica e assistencial que observem as seguintes recomendações:

1º) O recurso para o modelo executado é maior que para o modelo planejado. Recomenda-se que o contrato de gestão seja pelos dois modelos. Inicialmente seja pelo modelo executado para curto prazo. Nesse curto prazo, a organização contratada deverá promover ajustes na unidade. Após o período definido, a administração também deverá avaliar os indicadores de produção e custos, se for o caso, implantar o modelo planejado. As taxas de ocupação das unidades de internação, pelo modelo executado encontram-se acima da

capacidade operacional (por exemplo, PS Enf. Clínica Cirúrgica e médica em 229,4%) não permitindo mudanças bruscas como se pretende.

2º) Se a escolha recair sobre a contratação pelo modelo planejado, duas situações são previstas: *i*) parte da população que demanda serviços naquela unidade hospitalar será desassistida; *ii*) ou caso a unidade hospitalar, agora com contrato de gestão, incorra em taxas de ocupação como anteriormente, déficits financeiros ocorrerão. Nesse caso, recomenda-se que, no contrato de gestão, exista(m) cláusula(s) exclusiva(s) para esses casos, como o pagamento de custo de produção extra, principalmente o custo variável, quando exceder a produção dos indicadores contratados. Esses *déficits* ocorrem, principalmente, quando a oferta dos serviços prevista, como nesse caso em 95%, a demanda é superior como é recorrente na unidade.

A nova gestão ao pretender no curto prazo se adequar ao modelo planejado, buscando alcançar taxas média de permanência e taxa de ocupação diferentes das praticadas na tentativa de obter maior giro de leitos ou quantidade de saídas, poderá causar desassistência aos usuários do sistema de saúde. Nesse sentido, é importante o uso de SCG assistencial, financeiro aliado ao planejamento, definindo no contrato como obrigatoriedade da gestão.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. (2002). *Padronização da nomenclatura do censo hospitalar*. Ministério da Saúde. 2nd. ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde. <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf>
- Contreiras, H., & Matta, G.C. (2015). Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(2):285-297, fev/2015.
- Cronin, J. (2003). The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. *Accident and Emergency Nursing*. 2003; 11(2): 121-125.
- Ibañez, N. Bittar, O.J.N.V., Castro Sá, E.N., Yamamoto, E.K., Almeida, M.F., & Castro, C.G.J. (2001). Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):391-404.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Diário Oficial da União. Brasília, DF.
<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>

Lei Complementar nº 489, de julho de 2009. Revogada. (2009). Dispõe sobre parcerias do Estado com pessoas jurídicas de direito privado, qualificadas como organização social, por meio de contrato de gestão, e dá outras providências. *Diário Oficial do Espírito Santo*, Espírito Santo, ES. <<https://saude.es.gov.br/legislacao-leis>>

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>

Lei Complementar nº 924, de dezembro de 2019. (2019). Autoriza o Poder Executivo a criar fundação pública de direito privado denominada Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba. *Diário Oficial do Espírito Santo*, Espírito Santo, ES.

Lei Complementar nº 993, de 27 de dezembro de 2021. (2021). Dispõe sobre parcerias do Estado com pessoas jurídicas de direito privado, qualificadas como organização social, por meio de contrato de gestão, e dá outras providências. *Diário Oficial do Espírito Santo*, Espírito Santo, ES. <<https://saude.es.gov.br/legislacao-leis>>

Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (2006). *Emergency triage / Manchester Triage Group*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing.

Ministério da Saúde. (2011). *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 3rd. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. ISBN 978-85-334-1834-9.

Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, J. (2010). *Safári de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. 2nd. ed. Porto Alegre: Bookman.

Morais, H.M.M. Albuquerque, M.S.V., Oliveira, R.S., Cazuzu, A.K.I., & Silva, N.A.F. (2018). Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 34 (1). <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>>