

O CUSTO DA RESPONSABILIDADE SOCIAL DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

Francisco Roso Ferrer¹
Cláudia de Salles Stadtlober²

¹FERRER, Francisco Roso. Aluno do MBA em Gestão Empresarial pela Unisinos; Advogado. RA 944344

²STADTLOBER, Cláudia de Salles. Professora orientadora do artigo; Administradora, mestre em Ciências Sociais e Doutora em Educação.

Resumo

A responsabilidade social dos Hospitais Filantrópicos advém de suas histórias, uma vez que muitas dessas instituições têm sua origem relacionada com a filantropia de seus precursores. O presente artigo tem como objetivo analisar a gestão da responsabilidade social de um Hospital filantrópico do Rio Grande do Sul, o Hospital Nossa Senhora de Pompéia, bem como apresentar a origem dos recursos financeiros essenciais na composição da receita da instituição e demonstrar seu custo operacional. A abordagem é de natureza qualitativa e como estratégia de pesquisa foi utilizado o estudo de caso. Para coleta de dados foram realizados estudos dos relatórios dos setores Financeiro e Faturamento do Hospital. Também foi analisada a legislação competente ao caso. Assim, os Hospitais filantrópicos atuam auxiliando o Estado no atendimento a população que buscam atendimento pelo Sistema Único de Saúde. Por isso que os recursos advindos das esferas públicas são importantes para os Hospitais cumprirem seu dever.

Palavras-chave: Responsabilidade Social, Sistema Único de Saúde, custo.

Summary

Social responsibility of Philanthropic Hospitals comes from their stories, since many of these institutions will have their origin related to the philanthropy of its precursors. This article aims to analyze the management of the social responsibility of a philanthropic Hospital of Rio Grande do Sul, the Our Hospital Lady of Pompeii, as well as presenting the origin of the essential financial resources in the composition of the institution's revenues and demonstrate their operational cost. The approach is qualitative in nature and as a research strategy was the case study used. For data collection were carried out studies of the reports of the Financial and Hospital Billing sectors. It also analyzed the relevant legislation to the case. Thus, the Philanthropic hospitals work assisting the state in meeting the population seeking care through the National Health System. Therefore the proceeds from the public spheres are important to hospitals do their duty.

Key words : Social Responsibility, Health System , cost.

1. Introdução

Os Hospitais filantrópicos surgiram no século XI em Portugal com intuito de prestar atendimento a população mais carente e os excluídos da sociedade como criminosos e pessoas que portava doenças mentais. Portanto havia um caráter mais assistencial do que terapêutico, tendo em vista que não somente na doença, mas também no abandono e na morte. Vale destacar que a natureza da filantropia tem como finalidade de que é preciso não só recolher as pessoas, mas dar-lhes conselhos que promovam o reerguimento da família e consequente da sociedade.

No Brasil a história dos hospitais filantrópicos teve início no século XVI quando o fidalgo português, Bras Cubas, líder do porto de São Vicente, que depois virou Vila de Santos, fundou a Santa Casa de Misericórdia de Santos, inaugurada em 1543. Assim, foi o primeiro hospital do Brasil e segundo hospital das Américas. Na época D. João III concedeu o alvará real de privilégios, primeiro obtido por uma Misericórdia Brasileira.

Os hospitais filantrópicos no Brasil vêm realizando seu trabalho de assistência a saúde a população auxiliando o Estado a prestar atendimento aos mais

necessitados. Segundo o site da Confederação Nacional das Misericórdias¹ os hospitais filantrópicos são responsáveis por mais de 50% do atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

A relação Estado e hospitais filantrópicos foi alterada ao longo do tempo. Com o advento da Constituição Federal de 1988 onde foi criado o SUS - Sistema Único de Saúde, baseado nos princípios da universalidade e equidade, houve um avanço, tendo em vista que todo e qualquer cidadão brasileiro tem acesso a saúde. Entretanto, antes da Carta Magna de 1988 o acesso à saúde era precário.

A responsabilidade social dos hospitais filantrópicos está inserida na sua origem: atender os mais necessitados. As instituições filantrópicas dependem de recursos da União, Estado e Município para sua manutenção.

A questão problema para ser trabalhada é: **Quais são as dificuldades enfrentadas na gestão da responsabilidade social de um hospital filantrópico do Rio Grande do Sul?** A instituição escolhida foi o Hospital Nossa Senhora de Pompéia situado em Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. O objetivo é analisar a gestão da responsabilidade social corporativa de um hospital filantrópico. Para atender o objetivo do trabalho será abordada gestão hospitalar e a responsabilidade social, bem como análise da legislação que trata da relação entre os Entes, União, Estados e Municípios e Hospitais filantrópicos.

Após essas análises mais genéricas, haverá estudo de conceitos de custo hospitalar, para após adentrar especificamente no Hospital Pompéia. Instituição hospitalar de 103 anos de existência de caráter geral que atende todas as especialidades sendo referência de urgência/emergência e alta complexidade para uma população potencial de 1 milhão de pessoas.

Essa estrutura do trabalho também tem como objetivo demonstrar o custo operacional de um setor do hospital pompéia, verificar a legislação vigente e destacar a defasagem dos recursos advindos do Sistema Único de saúde.

O método aplicado neste trabalho é o qualitativo no qual será utilizado a técnica de pesquisa documental como resultado de setor de UTI 3 do Hospital Pompéia, além de livros especializados e legislações vigentes.

¹ www.cmg.org.br, último acesso, 10/06/2016

2. Referencial Teórico

Nesta seção serão descritos os principais assuntos que envolvem os objetivos deste trabalho no que se refere ao custo da responsabilidade social de um hospital filantrópico.

2.1 A Responsabilidade Social na Gestão Hospitalar

A responsabilidade social é definida por Certo e Peter (2005, p. 262) “*como o grau em que os administradores de uma organização realizam atividades que protegem e melhoram sociedade para atender ao interesses econômicos e técnicos da organização.* Ashley (2003) conceitua responsabilidade social como dever que a empresa tem com a sociedade expressada por meio de atos e atitudes que afetem de maneira positiva a comunidade.

No ponto de vista clássico da responsabilidade social Certo e Peter (2005) traz a ideia defendida do economista Milton Friedman no qual a única responsabilidade que as empresas devam assumir é de dar lucro aos proprietários da empresa. Certo e Peter (2005, p. 262) explica que “*desse modo, do ponto de vista clássico, o papel dos administradores é produzir e comercializar bens e serviços com eficiência – ou seja, de tam maneira que os proprietários da empresa obtenham o mais alto lucro econômico.*”

Já no ponto de vista mais contemporâneo Ashley apud Keith (2003, p. 10):

Keith Davis afirma que a empresa acarreta, para a sociedade, alguns custos decorrentes de suas atividades; por isso mesmo, tem a responsabilidade direta e condições de abordar muitos problemas que atingem a sociedade. Ser socialmente responsável, contudo, tem um preço; assim, seria necessário repassar tais custos aos consumidores na forma de aumento de preços.

De acordo com essa visão a empresa auxilia na solução de problemas que afetam a sociedade. Segundo Ashley (2003, p. 11) “*a empresa socialmente responsável assume uma postura proativa, ou seja, considera responsabilidade sua buscar e implementar soluções para os problemas sociais*”.

Inclusive, o consumidor está mais atento às empresas que tenham uma responsabilidade social. Tachizawa (2010) diz que “*o consumidor do futuro, inclusive no Brasil, passará a privilegiar não apenas o preço e qualidade dos produtos, mas principalmente o comportamento social das empresas fabricantes desses produtos*”

Para um hospital, sua responsabilidade é atender de forma digna seu paciente. Inicialmente, os hospitais foram construídos para dar abrigo aos pobres, passaram a hospedar peregrinos, até chegar aos acometidos de peste.

Minoto (2009), explica ainda que os hospitais se limitavam a medicina curativa, até que com o crescimento da população desenvolveu-se a especialização médica dos serviços hospitalares.

Precebe-se que até os dias de hoje os hospitais foram modificando suas finalidades. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (MINOTO, 2009, p.57) conceitua hospital como:

O hospital é parte integrante de um Sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa de assistência à saúde preventiva e curativa incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

Cherubin (2004, p.11) complementa “o hospital ademais, é um estabelecimento de saúde, que apresenta elevado grau de complexidade em relação aos prestam serviços às pessoas.

Minoto (apoud Novaes e Peregrini 2009, p.57) adverte:

...entre todas as empresas públicas ou privadas, os hospitais são as instituições mais complexas para administrar, existem mais de trezentos empregos diferentes identificados, distribuídos em uma variedade de unidades ou departamentos, geralmente independentes que, se não conduzidos apropriadamente, transformamos serviços em verdadeiras torres de babel.

A complexidade de um hospital gera desafios para os gestores. Há um mundo dentro do hospital, são vários serviços diferentes um do outro para gerir, além da parte de recursos humanos, parte física, financeira, muitas vezes com recursos escassos. Cherubin (1986) traça o perfil do administrador hospitalar que deve selecionar bem suas atividades; eliminar as coisas que não geram resultados; utilizar bem seu tempo; saber tomar decisões.

Para Cherubin (2004) o administrador eficaz é aquele:

O administrador hospitalar é eficaz na medida em que cada elemento físico, no desempenho de suas funções, consiga, satisfatória e prolongada, os resultados programados, na forma como foram concebidos e produzidos. Para que isso se materialize, é necessário, realmente, que sejam trazidas, na prática e com maior perfeição possível, as condições de utilização, alimentação e manutenção de cada elemento físico do hospital.”

O principal desafio dos gestores hospitalar é a questão econômica. Minoto (apud J.K. Owen) constatou que *“o hospital deve trabalhar 365 dias no ano e muito embora seja olhado como instituição humanitária, encontra os mesmos problemas econômicos das indústrias.*

O ponto primordial da gestão econômica de um Hospital é equilibrar os custos com a prestação de serviço de qualidade para o cliente. Minoto (2009) elenca os principais fatores que são responsáveis pelo aumento de preços da assistência médico – hospitalar: gastos salariais crescentes; instalações maiores e mais sofisticadas com o uso de tecnologias mais avançadas, que exigem equipamentos mais caros com custos operacionais maiores; seguros saúde reembolsando os hospitais com base em usos e consumos, o que estimulava o aumento dos custos da assistência; a crescente variedade de serviços disponíveis e ofertados gerando mais serviços para o paciente; aumento dos preços de insumos pelos fornecedores.

Os Hospitais Filantrópicos que por lei tem que ofertar 60% de seus serviços ao Sistema Único de Saúde o desafio de equilibrar os custos é maior, uma vez que depende de recursos advindo da União, Estados e Municípios. Por isso que cada vez mais os gestores buscam a qualificação da gestão financeira e custos hospitalares.

2.2 Histórico da Relação Hospitais Filantrópicos e Governo

A relação Estado e hospitais filantrópicos foi alterada ao longo do tempo. Com o advento da Constituição Federal de 1988 onde foi criado o SUS - Sistema Único de Saúde, baseado nos princípios da universalidade e equidade, houve um avanço, tendo em vista que todo e qualquer cidadão brasileiro tem acesso a saúde. Entretanto, antes da Carta Magna de 1988 o acesso à saúde era precário.

No início do processo de industrialização no Brasil, mais precisamente em 1929 quando foi elaborada a Lei Elói Chaves, que permitiu a criação das denominadas caixas de aposentadoria e pensão (CAPS). Nessa oportunidade os hospitais filantrópicos e públicos assistiam a grande massa trabalhadora com carteira assinada. Os hospitais filantrópicos eram remunerados através de recursos financeiros das referidas CAPS.

A população desprovida de recursos financeiros, ou seja, sem carteira assinada, recebia atendimento hospitalar nas entidades filantrópicas de forma gratuita nos salões de atendimentos chamados de “indigentes” e ou “carentes”.

Com o fracasso das CAPS, surge então os denominados Institutos de Aposentadoria e Pensão, distribuídos nas diferentes classes de trabalhadores. Havia uma relação de prestação de serviços dos hospitais filantrópicos com os institutos de aposentadoria e pensão que se dava na forma de convênios com cláusulas visando à remuneração dos serviços prestados. Zanchi e Zugno (2012, p. 95) esclarece: “*A administração desses Institutos, que tinham caráter nacional, pressupunha um colegiado, com a presença de empregadores e empregados*”

Com o governo militar de 1964 foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social, no qual foi desmembrado em Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS).

A relação de prestação de serviços com a rede hospitalar filantrópica também era na forma de convênio, com o pagamento através de preços convencionados entre as partes. Toda a classe trabalhadora e seus dependentes eram cobertos pelo atendimento. Permanecia a figura do carente e/ou indigente, atendidos pelos hospitais beneficentes de forma gratuita, sem qualquer pagamento por parte do governo.

Com advento do Sistema Único de Saúde, na Constituição federal de 1988, acaba com os indigentes e cria o acesso universal e gratuito à saúde. Os Hospitais Filantrópicos passam a ter obrigatoriedade de atender 60% do Sistema Único de Saúde para ter benefícios fiscais.

2.3 O Papel dos Hospitais Filantrópicos após a Constituição de 1988:

A Constituição federal de 1988 é a primeira Carta a consagrar a Saúde como Direito Fundamental. Mendes (2014) explica que o direito à saúde na Carta Magna de 1988 é direito de todos, dever do Estado, com a garantia mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças, tudo regido pelo princípio do acesso universal e igualitário.

O acesso universal e igualitário garante a “*igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie*” (art. 7º, IV, da Lei 8.080/90)². Para efetivação desses princípios foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS.

² A Lei nº 8.080/90 de 19 de Setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

No texto Constitucional, art. 198, o Sistema Único de Saúde é definido como ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (I) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; (II) atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços diretrizes; (III) participação da comunidade.

Mendes (2014, p. 645) ensina *“Ao criar o SUS o constituinte originário rompeu com a tradição até então existente e adotou uma rede regionalizada e hierarquizada, segundo critério da subsidiariedade, como forma de melhor concretizar esse direito social.”*

O financiamento do SUS é viabilizado por meio de recursos oriundos pelas três esferas, União, Estado, Distrito federal e Município. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 operacionalizou os recursos. A União aplicará em ações e serviços públicos de saúde o correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto; Os Estados e Distrito Federal deverão aplicar no mínimo 12% da arrecadação dos seus impostos e o Municípios deverão aplicar no mínimo 15% da arrecadação dos seus impostos.

A Constituinte buscou os Hospitais Filantrópicos como parceiros para atuar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, conforme disposto no art 199³ da Carta Magna.

As entidades sem fins lucrativos gozam da Imunidade tributária, que é uma limitação absoluta ao poder de tributar estabelecida pela Constituição Federal. Martins (1998, p.32), diz que *“na imunidade, portanto há um interesse nacional superior de retirar, do campo de tributação, pessoas, situações, fatos considerados de relevo”*.

O art. 150, IV alínea “c”⁴, da Constituição veda instituir imposto sobre patrimônio, renda ou serviços dos templos de qualquer culto, partidos políticos, entidades sindicais e das entidades de ensino e assistência.

³ Art. 199 A assistência à saúde é livre iniciativa privada.

§1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos

⁴ Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

VI - instituir impostos sobre:

A Constituição Federal traz, no § 7º do art. 195⁵, a isenção das contribuições previdenciárias as entidades sem fins lucrativos. A isenção é uma espécie de exclusão do crédito tributário que segue requisitos para sua obtenção. Os requisitos para os Hospitais filantrópicos gazarem da isenção das contribuições previdenciárias estão na Lei 12.101 de 2009.

Os requisitos estão no artigo 4º da lei 12.101, onde os hospitais filantrópicos têm que (I) comprovar o cumprimento de metas estabelecidas em convênio ou instrumento congênere celebrado com gestor local do SUS; (II) ofertar a prestação de seus serviços aos SUS no percentual mínimo de 60%; (III) comprovar, anualmente, a prestação dos serviços de que trata o inciso II, com base no somatório das internações realizadas e dos atendimentos ambulatoriais prestados.

Hospitais que estiverem de acordo com os requisitos do artigo 4º da Lei 12.101 recebem o Certificado de Entidade Beneficiente de Assistência Social – CEBAS. Todo o processo de aquisição e renovação é de competência do Ministério da Saúde julgar. Caso algum hospital não cumpra os requisitos da Lei não terá direito a inseção das contribuições previdenciárias.

Vale ressaltar ainda que os hospitais filantrópicos são obrigados a realizarem contratos com os gestores públicos. A chamada contratualização teve seu início em 2005 pela portaria 1.721 do Ministério da Saúde, o artigo 2º dispõe:

Art. 2 Estabelecer que o programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no Sistema Único de Saúde pressuponha as seguintes ações estratégicas, fundamentadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

I – definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde – SUS

II – definição das responsabilidades dos hospitais e gestores na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; e

III – qualificação do processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do Sistema Único de Saúde – SUS.

A contratulização é definida pela lei como o processo em que as partes, representante legal do hospital e gestor municipal ou estadual do SUS, estabelecem

c) patrimônio, renda ou serviços dos partidos políticos, inclusive suas fundações, das entidades sindicais dos trabalhadores, das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei;

⁵ Art. 195

§7º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

metas quantitativas ou qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar por meio de um convênio.

Para melhor entendimento, a contratulização na prática é um contrato entre o hospital filotrópico com o gestor do SUS no qual terão obrigações para ambas as partes. Para os hospitais atenderem as medidas quantitativas e qualitativas e o gestor do SUS o repasse de verbas além do pagamento da produção.

Como exemplo, Caxias do Sul – RS é gestão plena, ou seja, é o município que realiza a gestão do Sistema Único de Saúde, cuida da regulação de leitos, controle, avaliação e pagamentos dos prestadores. O Hospital filantrópico da cidade é o Hospital Pompéia. O hospital e o município que mantém então um contrato no qual há obrigação do município em repassar as verbas federais e estaduais, além do pagamento do incentivo municipal. Cabe ao Hospital cumprir metas qualitativas e quantitativas do contrato.

Assim, os Hospitais Filantrópicos auxiliam o Estado prestando atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. Em contrapartida o Estado tem o dever de repassar valores para os pagamentos dos atendimentos.

2.4 Custos Hospitalar

Os Hospitais devem ser administrados para gerar os serviços que a comunidade necessita com menor custo possível e com nível alto de qualidade. O que compõe um hospital é instalações e equipamentos hospitalares, estoques de materiais e medicamentos, operações de compras e vendas de serviços, pagamentos e recebimentos de dinheiro, ações médicas e de enfermagem.

O setor de saúde passa por mudanças estruturais. A tecnologia e velocidade da informação trouxeram novos desafios para os gestores na medida em que a aquisição de novos equipamentos agrgam novos custos aos hospitais.

Martins (1999, p. 1) explica que *“cabe à contabilidade financeira, como instrumentos da administração, dispor de recursos específicos para estabelecer o controle do patrimônio hospitalar enquanto conjunto de bens, direitos, obrigações e capital próprio em um dado momento”*.

Martins (1999) aborda que o custo permite à administração hospitalar registrar os custos da produção médica, registros das despesas administrativa, comerciais, tributárias, financeiras, permitindo a avaliação dos resultados por meio da comparação

da produção médica, das despesas incorridas e com padrões de custos e despesas previamente estabelecidos.

O sistema de custos hospitalares exige profundo conhecimento da estrutura organizacional do hospital, dos processos da produção médica e do tipo de informação de custo desejada. Martins (1999) diz que o sistema de custos e planos de contas de um hospital deve corresponder a sua divisão organizacional. Martins (1999 p.54) conceitua plano de contas do hospital como *“instrumento que proporciona controle dos custos e despesas hospitalares e deve permitir a identificação dos responsáveis pela sua incidência”*.

No plano de contas, as contas devem ser organizadas para oferecer informação completa com a mínima necessidade de análise suplementares, bem como, os títulos das contas devem refletir claramente os tipos de custos e despesas hospitalares.

A seleção da unidade de custo é fundamental para o controle e análise dos custos hospitalares, segundo Martins (1999, p.54)

Uma medida de custo razoável é o custo do procedimento médico por paciente, o custo por paciente-dia, os índices das despesas administrativas, tributárias, comerciais, de pessoal e financeiras, que devem ser aplicadas às Ordens de Serviço Médico – OSM (prontuários).

Para uma noção básica de custo hospitalar, vale ressaltar que o processo de produção dos serviços médicos e o conhecimento do fluxo de serviços em seus vários estágios definem a forma de apuração dos custos hospitalares. Martins (1999) divide as contas de produção dos serviços médicos como: materiais e medicamentos; pessoal; processo; custo do serviço médico produzido. E as despesas operacionais como administrativas; financeiras; tributárias; comerciais e de pessoal.

Martins (1999, p. 55) complementa:

Em cada período contábil, essas contas medem respectivamente: os custos dos materiais médicos e medicamentos consumidos, os custos da mão – de – obra utilizada, os custos da produção médica dos pacientes ainda internados, e as despesas operacionais administrativas, financeira, tributárias, comerciais e de pessoal.

Os custos são divididos em diretos e indiretos. Os custos diretos são identificáveis diretamente com produto ou serviço, por exemplo, os medicamentos utilizados em um paciente. Já os custos indiretos não têm identificação direta com produto ou serviço. Martins (1999, p. 67) exemplifica:

Em geral, as bases utilizadas para distribuição dos custos indiretos de produção ou os custos dos departamentos auxiliares são: quilos de roupas lavadas para distribuir custos da lavanderia, área utilizada por

departamento para distribuir despesas como aluguéis, pontos de luz para despesas com energia etc.

Para a melhor uso das informações de custos há necessidade de um sistema para oferecer ao gestor condições de melhoria nas funções de planejamento e controle nas operações. Um dos sistemas mais usados é o de absorção. Este sistema consiste, *“em dividir todos os elementos do custo de modo que cada centro de custo ou setor absorva e receba aquilo que lhe cabe, seja diretamente ou através de cálculo de rateio.* (SCHREINER et al, 2001, p.119).

No sistema de absorção os custos diretos são apontados de forma objetiva, já os custos indiretos são apropriados através de rateio, por exemplo, o custo e lavanderia de um hospital é realizado o rateio pelos setores que utilizam este serviço.

Portanto, com esta breve análise de custos hospitalares fica evidente sua importância para agora analisar de fato o custo de um hospital que atende o Sistema Único de Saúde.

3. Metodologia

Os procedimentos metodológicos deste trabalho foram definidos de acordo com os objetivos gerais e específicos estabelecidos anteriormente, trata-se de um estudo com abordagem qualitativa com análise de documentos e indicadores. A pesquisa qualitativa usa o texto como material empírico, parte da noção da construção social das realidades em estudo. Está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão em estudo (FLICK, 2011), é utilizada quando é necessário entender determinadas situações complexas, conhecendo o fenômeno de estudo a partir da realidade e da perspectiva das pessoas que dele participam (BRYMAN, 2000).

O estudo de caso é um desenho de pesquisa apropriado para se analisar minuciosamente as relações sociais e entender situações complexas. Ainda, é utilizado em muitas situações, para compartilhar fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais e políticos tornando possível testar ou determinar uma teoria (YIN, 2015).

Os dados foram coletados de forma múltipla envolvendo os quatro tipos propostos por Creswell (2007), sendo eles: observações, onde o pesquisador toma nota de campo sobre comportamento e atividades das pessoas no local da pesquisa; entrevistas, nas quais o pesquisador conduz entrevistas face a face com os

participantes individualmente e em grupos focais envolvendo perguntas abertas e/ou semi-estruturadas; documentos internos; e por fim, materiais de áudio visual.

Neste trabalho foi utilizado documentos da instituição escolhida para o estudo de caso e pesquisas de instituições que trabalham na área da saúde. Com intuito de mostrar a realidade não só da instituição escolhida bem como das outras instituições.

A análise de conteúdo é um método de investigação textual que envolve o estabelecimento de categorias e posteriormente, a contagem do número de vezes em que estas categorias são usadas. Este tipo de análise pressupõe uma confiabilidade em suas medidas e validade dos achados, uma vez que diferentes pesquisadores possam utilizá-la da mesma forma (SILVERMAN, 2008).

4. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

4.1 Apresentação do Hospital Pompéia

O Hospital Nossa Senhora de Pompéia, é uma organização hospitalar sem fins lucrativos, filantrópica (isenta de pagamentos de impostos por atender mais de 60% de pacientes de SUS), de utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal, fundada em 12 de agosto de 1913. Tem como entidade mantenedora o Pio Sodalício das Damas de Caridade. O grupo surgiu com o objetivo de angariar fundos para a construção do altar-mor da Igreja Matriz de Santa Tereza. Cumprida esta finalidade, o desejo de prosseguir realizando ações comunitárias, motivou estas senhoras a constituírem-se em sociedade, surgindo, em 12 de agosto de 1913, a Associação Damas de Caridade, que até hoje tem sido fiel à vocação de servir aos mais necessitados, transformando-se no esteio da saúde pública na região.

A gestão do Hospital Pompéia é constituída por um conselho de administração denominado Pio Sodalício das Damas de Caridade, hoje composto por trinta e cinco representantes, tendo na direção executiva uma presidente e uma vice-presidente, com mandato de dois anos, podendo a presidente ser eleita por mais um mandato. O principal executivo da Entidade exerce o cargo de Superintendente Geral desde março de 1990.

O Hospital Pompéia é um hospital de caráter geral que atende todas as especialidades, sendo referência para a urgência/emergência e alta complexidade para uma população potencial de 1 milhão de pessoas.

Detém a certificação de Acreditação Hospitalar concedida pela ONA – Organização Nacional de Acreditação.

O Hospital Pompéia também possui credencial de Hospital de Ensino, concedida pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

Nossas instalações estão distribuídas em 288 leitos, divididos em 11 Unidades de Internação (241 leitos), 3 UTIs Adulto (30 leitos), 1 UTI Neo-natal (10 leitos) e 1 UCI - Unidade de Cuidados Intermediários (7 leitos). Além de 10 salas de cirurgia, centro obstétrico com 2 salas de parto, ambulatório, pronto socorro (dispõe de sala de urgência/emergência, UTI Intermediária e leitos de observação) e pronto atendimento.

Realiza cirurgias cardíacas, neurológicas, traumato-ortopédicas, torácicas, bucomaxilofaciais, gastrointestinais, ginecológicas, urológicas, transplantes de rins e de córneas, retirada de múltiplos órgãos, dentre outras.

Possui um centro de diagnóstico próprio composto por equipamentos de alta resolutividade como ecógrafos tradicionais e com doppler, tomografia computadorizada, ressonância magnética, serviço de hemodinâmica, hemodiálise, medicina nuclear (cintilografia), litotripsia extracorpórea e Pet CT, sendo estes dois últimos, os únicos do interior do estado. Também dispõe de Laboratório de Análises Clínicas próprio.

Dispõe de um programa de residência médica, custeado pelo próprio hospital, nas áreas de Cancerologia Clínica; Cirurgia Geral, Clínica Médica; Medicina Intensiva; Nefrologia; Neurocirurgia; Ortopedia e Traumatologia; Radiologia e Diagnóstico por Imagem totalizando 49 médicos que auxiliam e qualificam o atendimento aos pacientes e constituem-se de um diferencial na atração e retenção dos médicos que por sua vez, são os maiores responsáveis pela demanda de pacientes na instituição.

4.2 Análise dos Custos da UTI 3 do Hospital Pompéia:

Conforme o Ministério da Saúde a unidade de terapia intensiva tem por objetivo de atender pacientes graves e de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de recursos humanos especializados. Toda a unidade de tratamento intensivo deve funcionar atendendo a um parâmetro de qualidade que assegure a cada paciente o direito à sobrevivência, assim como a garantia, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da manutenção, da estabilidade, de seus parâmetros vitais.

O Hospital Pompéia tem três unidades de terapia intensiva cada uma com 10 leitos. Os leitos da unidade da terapia intensiva 3 do hospital pompéia são todos destinados para o Sistema Único de Saúde.

A tabela do Sistema Único de Saúde para cada diária o valor de R\$ 488,72. O Estado do Rio Grande do Sul repassa ao Hospital Pompéia R\$ 166.500,83 como incentivo destinado as duas unidades de terapia intensiva do hospital destinadas ao Sistema Único de Saúde. Dividindo este valor cada unidade de terapia intensiva recebe R\$ 83.250,41. Se considermos esse valor por 300 diárias, fica R\$ 277,50. Portanto, somando os valores de diárias que a tabela SUS paga mais o incentivo chega no total de R\$ 756,22.

A receita líquida dos primeiros seis meses foi de R\$ 1.709.709, a média mensal foi de R\$ 284.952 conforme tabela abaixo:

Receita Líquida	06/16	05/16	04/16	03/16	02/16	01/16	Total
	306,489	287,401	276,202	229.001	260.685	352.566	1.709.709

Com relação aos custos da UTI 3 do Hospital Pompéia são divididos em custos variáveis, diretos e indiretos:

Custos Variáveis	06/16	05/16	04/16	03/16	02/16	01/16	Total
	89.448	106.497	84.057	74.863	65.916	71.883	492.665

Os custos variáveis são aqueles que os valores e alteram quando se aumenta ou diminui a quantidade dos produtos ou o volume dos serviços prestados. Na tabela

acima está o total de medicamentos, materiais especiais, gêneros alimentícios que os pacientes utilizaram em cada mês.

Os custos diretos estão divididos em custo de mão de obra, próprio fixo, de apoio e serviços. O custo de mão de obra são os salários, FGTS dos funcionários da UTI 3, já o custo próprio fixo são as depreciações, gastos com materiais de limpeza da unidade. Os custos de apoio são serviços da manutenção geral do setor e os custos de serviços são dos profissionais médicos. O total de gastos com os custos diretos está na tabela abaixo:

Custos diretos	06/16	05/16	04/16	03/16	02/16	01/16	Total
	251.890	252.908	251.508	256.557	248.992	256.137	1.517.992

Os custos indiretos estão relacionados com outros setores que indiretamente prestam serviços a UTI 3. Os valores são calculados na forma de rateio, por exemplo, a farmácia interna, gasoterapia, higienização, lavanderia. Além das despesas administrativas como água e energia elétrica e as despesas financeiras, estas também calculadas na forma de rateio.

Custos indiretos	06/16	05/16	04/16	03/16	02/16	01/16	Total
	53.649	55.366	53.568	56.086	50.026	48.900	317.596

Despesas Adm.	06/16	05/16	04/16	03/16	02/16	01/16	Total
	43.571	40.765	63.635	39.776	46.871	37.740	272.358

O resultado líquido da UTI 3 somando todas as despesas e os valores repassados pelo Gestor do SUS que contempla os valores da tabela SUS e o incentivo do Estado do Rio Grande do Sul nos seis primeiros meses deste ano é negativo, ou seja, o prejuízo nesse período para o Hospital chega em torno de R\$ 900.000,00 conforme tabela:

Resultado	06/16	05/16	04/16	03/16	02/16	01/16	Total
	-134.331	-170.819	-178.657	-200.379	-155.807	-64.037	-904.030

Há fatores para este prejuízo, o principal é a defasagem da tabela do Sistema Único de Saúde. Nos procedimentos de média complexidade a defasagem resultante da relação receita/custo advinda da prestação de serviços é de aproximadamente 80%. Neste percentual estão sendo considerados os incentivos federais, estaduais e municipais. Também observa-se um prejuízo nos procedimentos de alta complexidade, uma vez que quando trata-se de atendimento cirúrgico os valores constantes na tabela cobrem o custo do bloco cirúrgico. Por outro lado, os pacientes de alta complexidade, em muitas situações requerem a utilização de leitos de UTI, o que conforme pode-se observar no quadro demonstrativo referente a UTI 3 do Hospital Pompéia apresenta déficit mensal significativo enquanto medicamentos, honorários médicos entre outros têm reajustes e o Hospital tem que arcar com esses aumentos. Os indicadores, segundo a Federação das Santas Casas do Rio Grande do Sul, mostram quanto evoluiu o reajuste da tabela SUS desde o surgimento do plano real em 1994 até o final de 2015 até agora:

Indicador:	Evolução
Tabela SUS + Incentivos	93,31%
Energia Elétrica	971,31%
IGPM/FGV	828,94%
Salário Mínimo Nacional	688,00%
INPC	439,02%

Para anenizar o prejuízo pela defasagem da tabela do Sistema Único de Saúde o Estado do Rio Grande do Sul criou o chamado co-financiamento, destinado para o custeio do Hospitais Filantrópicos. Esse repasse do Estado era de suma importância aos Hospitais, pois auxiliava no pagamento, por exemplo, da folha, dos prestadores de serviços e despesas gerais.

O co-financiamento está previsto no orçamento do Estado. Entretanto, com a crise que o Rio Grande do Sul passa o governo que entrou em 2015 não repassou mais esses valores para os Hospitais, mesmo com previsão orçamentária.

Com o corte do co-financiamento os hospitais filantrópicos tiveram que se readequar financeiramente. Muitos hospitais demitiram funcionários, diminuíram atendimentos, outros estão com endividados atrasando salários e empréstimos

realizados com bancos. Segundo dados da federação das Santas Casas do Rio Grande do Sul as dívidas do Hospitais filantrópicos são:

Bancos	R\$ 848 milhões – 53%
Fornecedores	R\$ 368 milhões – 23%
Tributos	R\$ 352 milhões – 22%
Salários	R\$ 32 milhões – 2%

Além do co-financiamento o Estado do Rio Grande do Sul contratou os hospitais filantrópicos para realização de alguns precedimentos, como por exemplo, gestante de alto risco, rede de apoio ao SAMU e porta aberta (urgência e emergência). Esses programas estão previstos no contrato que os hospitais têm com o gestor do SUS. Entretanto, o Estado do Rio Grande do Sul também está atrasando esses pagamentos. A Federação das Santas Casas do Rio Grande do Sul realizou uma pesquisa mostrando a realidade dos hospitais filantrópicos:

- 91% dos Hospitais afirmam que a dívidas relativas aos programas;
- 44% afirmam que existem outros tipos de dívida (além dos programas);
- 46% indica que houve redução de pessoal (de 2015 até junho de 2016 10% do quadro de 65 mil trabalhadores);
- 43% rediziram internações e/ou atendimentos ambulatoriais;
- 44% atrasaram salários de colaboradores;
- 71% atrasaram honorários médicos;

O Hospital Pompéia tem contratado com o Estado os seguintes programas: gestante de alto risco, auxílio para UTI (incentivo para UTI 3 é proveniente deste auxílio), atendimento de urgência e emergência (porta aberta) e traumatologia.

Conforme notícia do jornal pioneiro publicada no dia 10 de março deste ano, o Superintente Geral da Instituição afirmou que o Estado está pagando os programas com três meses de atraso. Na mesma reportagem o Hospital Pompéia recebeu no ano de 2015 6 milhões a menos do Estado, devido ao corte do co-financiamento.

As consequências dos cortes e atrasos de pagamentos das verbas estatuais resultou para o Hospital Pompéia um deficit no ano de 2015 de aproximadamente 5

milhões além da redução de 8% das internações, cirurgias eletivas, atendimentos ambulatoriais e diagnóstico. Além da demissão de 130 funcionários.

A instituição também tem buscado minimizar a difícil situação vivenciada com um trabalho focado na gestão dos custos. Tem sido fundamental a contabilidade de custos, no sentido de propiciar as informações fidedignas as lideranças e o quadro de colaboradores. A partir das mesmas tem sido desencadeado campanhas de redução de custo com a participação decisiva dos agentes que operacionalizam os processos.

Destaca-se também o trabalho permanente junto ao corpo médico, no sentido do encaminhamento dos pacientes do sistema privado de saúde, o qual compõe importante parcela na composição da receita com vistas a equalização do resultado.

Outro fator de relevância está centrado no fato de o hospital ser uma instituição de ensino, a qual tem a prática de protocolos clínicos que acabam também contribuindo para uniformização da despesa e a qualidade da assistência. O processo de acreditação hospitalar tem sido prioridade da gestão, buscando a segurança e qualidade do atendimento aos pacientes.

Por outro lado, tem sido extremamente difícil a manutenção do hospital, uma vez que o sistema único de saúde corresponde a 70% dos serviços prestados, enquanto que a participação deste sistema na composição da receita é de apenas 38%. Evidente que a incapacidade da esfera pública em responder ao restabelecimento do equilíbrio econômico financeiro dos contratos vigentes tem como consequência as dificuldades apresentadas.

O subfinanciamento da saúde pública tem repercussão nefasta na autossustentabilidade das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do país. O Hospital Pompéia está inserido nesse contexto tem um agravante de ser a referência da urgência/emergência da região da serra, o que acaba aumentando significativamente a sua composição de custos.

5. Considerações Finais:

O objetivo do trabalho foi analisar a gestão da responsabilidade social de um hospital filantrópico. Primeiramente, vale ressaltar a importância dos hospitais filantrópicos na assistência à saúde. Essas instituições realizam o papel do Estado, como pode-se perceber nas análises das legislações vigentes.

As dificuldades são muitas quando se trabalha com um orçamento apertado. Pode-se destacar a manutenção de um atendimento qualificado, uma vez que o custo hospitalar é alto. Nos números apresentados da UTI 3 do Hospital Pompéia, a custo com pessoal, medicamentos, serviços médicos sofrem reajustes. Já o valor pago pelo Sistema Único de Saúde não reajustado da mesma forma. Assim, os hospitais buscam junto a Municípios ou Estados, mais no atendimento do setor privado os recursos para anenizar as perdas com a defasagem da tabela do Sistema Único de Saúde.

O artigo apresenta um diagnóstico ao mesmo tempo que provê para o entendimento do contexto do efetivo papel do setor hospitalar filantrópico na oferta de serviços ao SUS. Nesse sentido, resta demonstrado a dificuldade de auto sustentabilidade, tomando por base a realidade do Hospital Pompéia entidade filantrópica com abrangência macrorregional, face ao subfinanciamento do sistema público de saúde.

Conforme prevê a Constituição federal os hospitais filantrópicos têm participação complementar preferencial no atendimento ao SUS. O que ocorre, de fato, é que em várias regiões do país esse papel é absolutamente preponderante. Exemplo típico é o Estado do Rio Grande do Sul em que assistência da rede filantrópica corresponde a 73% dos serviços prestados ao sistema público.

O Hospital Pompéia tem uma abrangência regional populacional de mais de 1 milhão de habitantes, configurando-se como o maior hospital da região. Conforme demonstrado no referido artigo o Hospital Pompéia mesmo com o abrigo legal da isenção da cota patronal e da imunidade tributária tem apresentado prejuízos consideráveis na relação da prestação de serviço ao SUS. Podemos destacar que este é um custo social não só do Hospital Pompéia, mas de toda rede hospitalar filantrópica do país. Estes hospitais, praticamente sustentam o atendimento público e não recebem os valores adequados para tal prestação de serviços. A realidade denota claramente que há uma defasagem significativa quando demonstramos que a evolução de recomposição da tabela do SUS do plano real até 2016 foi corrigida em apenas 93%. Os demais índices inflacionários que envolvem o dia a dia hospitalar estão todos acima de um patamar 550%.

As discussões envolvendo abrangência e o amparo constitucional tendo presente a universalidade e o acesso gratuito da população ao referido sistema tem sido inesgotáveis. Entretanto, o que se observa na prática é o acúmulo de filas para a realização de procedimentos eletivos, elucidação diagnóstica e um aumento na

desassistência. Segundo dados da Confederação da Misericórdias do Brasil o custo de um Hospital público é no mínimo 6 vezes maior que o do hospital filantrópico. Sendo assim é mister que se estabeleça a imediata revisão da lógica que tem prevalecido no trato com estas entidades de tamanha relevância social.

A manutenção do SUS está vinculada diretamente a viabilidade dos hospitais filantrópicos. Desta forma é absolutamente preponderante a priorização do financiamento adequado para estas organizações. O custo social da rede hospitalar filantrópica tem o reconhecimento da população, e necessariamente precisa ter na mesma medida o reconhecimento das autoridades públicas.

Como conclusão pode-se dizer que estamos vivendo um período de dificuldade extrema no que tange a sobrevivência dos hospitais filantrópicos. O caminho futuro impõe a necessidade urgente da priorização da vida por parte dos entes governamentais. Não sendo estabelecida esta prioridade teremos que rever os aspectos constitucionais que deram origem e sustentam legalmente o SUS.

6. Referências:

ASLEY, P. A. coord. **Ética e Responsabilidade Social dos Negócios**, p. 3-16, 2003

CERTO, C.S, PETER, J.P. **Administração estratégica**: 2ª ed, p.261-269, 2005

BRASIL. **Constituição federal (1988)**. Disponível em – [www. Planalto. gov.br](http://www.planalto.gov.br)

BRASIL. **Lei federal nº 8080/90**. Disponível em – [www. Planalto. gov.br](http://www.planalto.gov.br).

BRASIL. **Lei complementar nº141 de 13 de janeiro de 2012** . Disponível em – [www. Planalto. gov.br](http://www.planalto.gov.br).

BRASIL. **Lei 12.101 de 27 de novembro de 2009** Disponível em – [www. Planalto. gov.br](http://www.planalto.gov.br).

BRASIL, MINISTRÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1,721 21 de setembro de 2005**
Disponível em – www.portal.saude.gov.br

BRYMAN, A. **Quantity and quality in social research**. London: Routledge, 2000.

CHERUBIN. N. A. **A arte de ser um administrador hospitalar eficaz**. São Paulo, 2004.

CHERUBIN. N. A. **O executivo hospitalar**. São Paulo.

CRESWELL, J.W. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DEVES, M. **Hospital pompéia, em Caxias, tem mais de R\$ 1 milhão a receber do Estado**. Jornal pioneiro. Disponível em:
<http://pioneiro.clicrbs.com.br/rs/geral/cidades/noticia/2016/03/hospital-pompeia-em-caxias-tem-mais-de-r-1-milhao-a-receber-do-estado-4993770.html>.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MARTINS, Domingos. **Gestão financeira de hospitais**. São Paulo. 1999.

MARTINS, Ives Granda da Silva. Imunidade Tributária. In: MARTINS, Ives Granda da Silva (coord.). **Imunidade Tributária**. 1. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.

MACHADO, Hugo de Brito. **Curso de direito tributário**. São Paulo: Malheiros, 2002.

MINITTO, Ricardo. **A estratégia em organizações hospitalares**. Porto Alegre: 2009.

MENDES, G.M. **Curso de direito constitucional**. 9 ed. São Paulo: 2014

SCHREINNER, M. **Gestão financeira em saúde – remuneração e custos**. 2001. Porto Alegre

SILVERMAN, D. Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZANCHI, M.T. ZUGNO, P.L. **Sociologia da saúde**. 3 de. Caxais d Sul. 2012.