

Análise dos impactos do financiamento do SUS na gestão do Hospital Universitário da UFSCar

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar em que medida o financiamento do SUS impacta na gestão financeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar), administrado atualmente pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Para isso, foram coletadas informações financeiras sobre as receitas e o faturamento da entidade nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020. Os valores dos procedimentos realizados pelo hospital neste período referenciados pela Tabela SUS foram convertidos em valores cobrados pelo mercado com base na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Comparando os valores obtidos com os custos para realização dos procedimentos, verificou-se que, se os atendimentos fossem realizados pela iniciativa privada, a população pagaria um valor maior pelos mesmos serviços que são oferecidos pelo HU-UFSCar em regime público. Também foi constatada eficiência na utilização dos recursos pela entidade, visto que o valor produzido se mostra superior ao valor utilizado para realização dos serviços.

Palavras-chave: Gestão Pública. Saúde Pública. Financiamento da Assistência à Saúde. Hospital Universitário Federal. Custos no Sistema Hospitalar.

Área Temática: Custos aplicados ao setor público.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 foi uma grande conquista na área da saúde, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de implementar o que está previsto em seu artigo 196 que afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

A garantia do repasse mínimo de recursos para financiar a execução dos serviços públicos de saúde é assegurada pela Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000. Segundo Piola, França e Nunes (2016), com a aprovação da EC nº 29/2000, os Estados ficaram obrigados a aplicar 12% e os municípios 15% das suas receitas tributárias no custeio da saúde pública, quanto à União, o cálculo dos recursos destinados ao SUS é feito tomando por base o gasto do ano anterior corrigido pela variação do Produto Interno Bruto (PIB) nos dois anos anteriores.

No entanto, a saúde pública no Brasil, em virtude da crise econômica do país, vem enfrentando uma grande diminuição no repasse de recursos financeiros advindos do governo federal. Ademais, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (2016) que cria o “Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros” e tem por objetivo estagnar as despesas primárias da União, piora ainda mais o cenário da saúde pública brasileira.

A Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, segundo Funcia (2019), diminui o repasse de recursos orçamentários e financeiros do SUS, visando à necessidade de redução do déficit primário por meio de um ajuste fiscal focado na

diminuição dessas despesas com o objetivo de gerar superávit primário designado principalmente ao financiamento de juros e amortização da dívida pública. Em um cenário de crise, é pertinente considerar que a escassez financeira causa impactos na estrutura dos serviços e, conseqüentemente, pode haver redução de acesso o que ocasiona a diminuição de utilização dos serviços (Martins, Lima, Andrade, & Portela, 2019).

Diante desse cenário de limitações orçamentárias, Mazon, Freitas e Colussi (2021) afirmam que a consolidação do princípio da universalidade do SUS, bem como o cumprimento do seu objetivo de garantir proteção social, passam a ser um grande desafio. Nesse contexto, não é uma simples tarefa abordar questões relativas à gestão eficiente dos gastos públicos, mas é essencial que os escassos recursos destinados à saúde sejam empregados com o intuito de alcançar bons resultados (Mazon et al., 2021).

Nessa perspectiva, este estudo teve por objetivo analisar em que medida o financiamento do SUS impacta na gestão financeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Custos no sistema hospitalar

Os gastos relacionados aos cuidados com a saúde estão em ascensão. Kaplan e Porter (2011) e Brouwer, Baal, Exel e Versteegh (2019) afirmam que este aumento pode ser justificado pelo envelhecimento da população e pelo desenvolvimento de novos tratamentos. Ademais, Miethke-Morais, Cassenote, Piva, Tokunaga, Cobello, Rodrigues Gonçalves, Santos Lobo, Trindade, Carneiro D' Albuquerque, Haddad, HCFMUSP Covid-19 Study Group. (2021) destacam a grande preocupação mundial que o impacto econômico causado pela pandemia de COVID-19 exerce nos sistemas de saúde que aumenta a necessidade por recursos e investimentos financeiros adicionais.

Outro motivo que contribui para este aumento dos custos é a maneira que os custos são mensurados, em que a relação entre os resultados alcançados e os gastos do tratamento não é considerada e, para reduzir os gastos, são feitos cortes no orçamento dos serviços mais caros e na remuneração dos funcionários, além da diminuição do número de trabalhadores, ao invés de se reduzir os custos de forma sistêmica e sustentável, tendo em vista as melhorias ou resultado de processos (Kaplan, & Porter, 2011).

Pöhlmann, Norrbacka, Boye, Valentine, Sapin (2020) afirmam que os custos são elementos fundamentais para se realizar avaliações econômicas na área da saúde. Segundo a definição de Agarwal, Mann, Abdella, Mitiku, Alebachew, Berman, (2020), o custo direto é proveniente dos atendimentos executados, sendo composto por gastos com, por exemplo, medicamentos e suprimentos e o custo indireto é formado por outras despesas operacionais como água e energia elétrica que não estão relacionadas diretamente com a assistência prestada.

Agarwal et al. (2020) alertam que a identificação de custos unitários elevados na prestação de serviços pode significar a subutilização do sistema de atenção de nível primário à saúde, bem como ineficiências ligadas à organização e ao oferecimento da assistência em de saúde. Mercier e Naro (2014) afirmam que estimar de maneira precisa os custos dos procedimentos hospitalares é fundamental para se alcançar eficiência e transparência. Para Porter (2010), não se pode pensar em redução de custos sem levar em consideração a questão do valor.

No campo da saúde, a definição de valor segundo Porter (2010), é a relação entre o resultado alcançado e os custos inerentes do atendimento ao paciente que é o ator principal, portanto, valor está relacionado com eficiência. Traçar metas de redução de custos ao invés de melhorar o valor, tem sido destrutivo para os esforços de reformar os sistemas de saúde, pois é perigoso reduzir custos sem considerar os resultados alcançados, visto que isso pode levar a uma ideia falsa de economia e gerar limitações em tratamentos, que apesar de serem caros, apresentam altos níveis de eficácia (Porter, 2010).

Nesse sentido, Naranjo-Gil, Sánchez-Expósito e Gómez-Ruiz (2016) afirmam que as práticas de controle da gestão da saúde pública tradicionalmente englobam a utilização de sistemas orçamentários, medidas e relatórios de desempenho financeiro, além de técnicas de controle de custos, como base para tomada de decisões, no entanto, as informações do desempenho financeiro, raramente são suficientes para avaliar se as variadas atividades e processos relativos à saúde estão ajudando a cumprir as metas de políticas dessa área. Portanto, os autores concluem que as informações financeiras não são suficientemente adequadas para se medir a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, o cumprimento das políticas (Naranjo-Gil et al., 2016).

Para Klazinga (2010), apesar da aferição da qualidade de muitos serviços de saúde ser um desafio, cresce o interesse em avaliar não apenas a qualidade dos elementos individuais do sistema de saúde, mas inserir seu desempenho no contexto geral da estrutura. Segundo o autor, a preocupação dos formuladores de políticas voltadas para a atenção à saúde não está mais direcionada apenas aos custos, seu foco está no desempenho do sistema, portanto, além de informações a respeito da estrutura, do processo e da aferição dos resultados, é necessário o acréscimo de informações sobre os resultados dos cuidados relacionados com a saúde (Klazinga, 2010).

Nesse contexto de analisar os resultados dos tratamentos, Brouwer et al. (2019) abordam a questão do uso das novas tecnologias voltadas para a área da saúde, que apesar de ocasionarem a possibilidade de novos tratamentos aos pacientes, geralmente são muito onerosas e, por este motivo, questionam até que ponto é conveniente utilizá-las visto que não há garantia de ganhos consideráveis para a saúde do paciente.

Brouwer et al. (2019), concluem que não é fácil responder de maneira assertiva quando um tratamento se torna caro demais, no entanto, as questões voltadas para o âmbito social devem ser incluídas nas avaliações econômicas dos cuidados com a saúde. Surge, nesse contexto, a necessidade de explanar brevemente sobre o SUS e seu financiamento. Este tema, bem como o subfinanciamento enfrentado pelo setor da saúde brasileira, serão abordados no próximo item deste estudo.

2.2 O Sistema Único de Saúde e seu financiamento

Silva (2019) afirma que o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 com o objetivo de mudar o quadro de desigualdade no acesso aos serviços de saúde oferecidos à população pois, como Barros e Piola (2016) frisam, até 1988 o sistema de saúde do Brasil era caracterizado por excluir uma grande parcela da população que não fazia parte do mercado de trabalho formalizado e, por este motivo, conseguia acesso aos cuidados de saúde pagando diretamente aos prestadores ou por meios filantrópicos. No entanto, a efetivação do funcionamento pleno do SUS foi e ainda é um desafio. Piola et al. (2016), salientam que a falta de recursos financeiros é um dos

principais problemas que afetam a implementação do SUS, ainda que a EC nº 29/2000 tenha proporcionado aumento no repasse financeiro.

Santos (2018) aponta que os avanços do SUS, que vão ao encontro das necessidades e direitos da população, são inegáveis. Segundo o autor, no campo da atenção básica à saúde “aumentou a integração das ações promotoras, protetoras e recuperadoras da saúde, apoiadas em diagnósticos epidemiológicos, sociais, formação profissional e processos de trabalho em equipe” (Santos, 2018, p. 1731). Para Cohn (2018), o SUS é conhecido como o maior sistema público do mundo capitalista e, tanto na ótica epidemiológica, quanto no âmbito da cobertura e acesso a serviços, os indicadores de saúde apontam um grande avanço alcançado na saúde como um direito desde a criação do SUS.

Celuppi, Geremia, Ferreira, Pereira e Souza (2019) apontam que, na criação do SUS, definiu-se que seu financiamento é de responsabilidade das três esferas do governo, portanto deve ser dividido em três partes. Nesse sentido, Barros e Piola (2016) afirmam que além da divisão do seu financiamento, a descentralização do SUS fraciona as responsabilidades operacionais entre os governos municipal, estadual e federal, sendo que, os municípios ficam com a responsabilidade principal de prover as ações e serviços de saúde, em especial as de atenção básica.

Aos estados, segundo Barros e Piola (2016), é atribuída a responsabilidade de organizar regionalmente as redes resolutivas que cooperam tecnicamente e financeiramente com os municípios, além de atuar de maneira complementar no oferecimento de serviços principalmente de complexidades média e alta. À esfera federal, por meio do Ministério da Saúde, cabe a coordenação em nível nacional do SUS, sendo de sua responsabilidade, entre outras: a elaboração da política nacional de saúde, a assistência técnica na implementação do SUS nos níveis subnacionais, a regulação, além do sistema público, dos serviços privados de saúde e o registro, bem como, o controle de qualidade de medicamentos (Barros, & Piola, 2016).

Mendes e Funcia (2016), em uma análise sobre a origem dos recursos que financiam o Ministério da Saúde, verificaram que a maior parte provém de Contribuições Sociais, das quais se destacam, a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL), sendo que, no período de 1997 a 2007, acrescentou-se nesse montante a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

No entanto, para Mendes e Funcia (2016), a indefinição e insuficiência de recursos repassados evidenciou a crise no financiamento do campo da saúde brasileira. Para Barros e Piola (2016), já no início de sua implementação, na década de 1990, era possível perceber que a busca por recursos suficientes seria um dos maiores desafios para possibilitar a efetivação plena do SUS. Em consonância, Celuppi et al. (2019), afirmam que desde a sua implantação, o SUS foi prejudicado no crescimento dos serviços prestados, na definição de suas fontes de recursos e no repasse de subsídios financeiros da União, o que resultou em “um cenário de subfinanciamento crônico da saúde pública, que impera como um dos maiores impasses para a gestão e efetivação do direito universal à saúde como direito de cidadania.” (Celuppi et al., 2019, p. 311).

Celuppi et al. (2019) apontam que o subfinanciamento da saúde pública é um dos maiores obstáculos na gestão e efetivação do direito universal à saúde. Funcia (2019) afirma que o processo de subfinanciamento do SUS é um condicionante no atendimento das necessidades de saúde da população. Fonseca e Cunha Júnior (2019) destacam que o subfinanciamento ocasiona dificuldades na área da saúde

pública do Brasil, isso reflete, ao longo do tempo, no desempenho dos serviços prestados.

Para Santos (2018), a deficiência no financiamento, recursos humanos e materiais no SUS ocasiona aumento na prestação de serviços privados. Souza, Paim, Teixeira, Bahia, Guimarães, Almeida-Filho, Machado, Campos e Azevedo-e-Silva (2019) afirmam que, no Brasil, 66% dos gastos com saúde são referentes ao setor privado. O montante de recursos públicos destinados à saúde gera um cenário antagônico: dos países com sistema público universal, o Brasil é o único em que os gastos do setor privado de saúde são maiores que o público (Piola et al., 2016).

Os avanços no campo da saúde após a implementação do SUS são inquestionáveis. No entanto, conforme Barros e Piola (2016) apontam, a falta de financiamento adequado para o SUS ocasiona, entre outros problemas, a deficiência de investimentos que inviabiliza o incremento de recursos humanos, equipamentos e insumos resultando em prejuízos no crescimento da rede de serviços ofertados, o que dificulta o cumprimento dos princípios do SUS de universalidade e integralidade dos atendimentos. Nesse sentido, surge a necessidade de gerir os escassos recursos financeiros destinados à saúde com eficiência.

2.3 Trabalhos correlatos

Neste tópico são apresentados alguns trabalhos que possuem relação com esta pesquisa. O primeiro trata-se do estudo de Santos, Borgert e Borgert (2017) realizado em um Hospital Universitário com o objetivo de averiguar se o modelo de reembolso praticado pelo SUS é compatível com os custos de um hospital público de ensino. Os resultados alcançados por meio de análise estatística apontam que o valor repassado pelo SUS está aquém dos custos apurados para realização das atividades hospitalares, assim sendo, os autores defendem que a tabela SUS deve ser ajustada no decorrer do ano, de forma que sejam considerados os avanços tecnológicos e intelectuais no setor da saúde.

O trabalho de Gonçalves, Ferreira e Alemão (2014), cujo objetivo está voltado para o dimensionamento e compreensão dos repasses financeiros que são feitos pelo Governo Federal aos hospitais públicos em relação aos seus gastos indicando os riscos operacionais do setor, mostra que a remuneração com base na Tabela SUS não é exclusiva, portanto, outras formas de repasse devem ser levadas em consideração.

Já o estudo de Ramos (2019), que tem por objetivo verificar se os recursos investidos pelo governo federal no HU-UFSCar incorporaram valor econômico à sociedade no ano de 2017, demonstrou que os investimentos públicos são utilizados com eficiência pelo Hospital, uma vez que o Valor Econômico de Curto Prazo (VECP) e o Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS) mostraram resultados positivos.

3 MÉTODOS EMPREGADOS

Para alcançar o objetivo deste estudo, será necessário demonstrar como os recursos destinados ao HU-UFSCar estão sendo geridos por meio da comparação do faturamento do Hospital com o sistema privado de saúde brasileiro. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa em um estudo de caso, com objetivo exploratório, por meio de revisão da literatura e análise documental da instituição.

3.1 Coleta dos dados

Gil (2017) afirma que em grande parte dos estudos de caso, os dados são coletados por meio de entrevistas, observação e consulta de documentos, embora exista a possibilidade de utilização de várias outras técnicas. Para realização deste estudo, foram coletadas informações financeiras sobre as receitas e a produção do HU-UFSCar nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020, por meio de consulta aos setores administrativos e análise de documentos da instituição. A coleta de dados foi realizada em 4 etapas, conforme segue:

Etapla 1: Informações sobre os valores repassados ao HU-UFSCar. As receitas, execução orçamentária e execução financeira foram coletadas no site da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH, 2021). Além disso, o Gerente Administrativo da Divisão Administrativo-Financeira do Hospital forneceu planilhas com informações sobre os custos diretos e indiretos.

Etapla 2: Dados referentes à identificação dos procedimentos hospitalares, bem como as quantidades realizadas de cada um no período analisado. Estas informações foram repassadas pela Chefe da Unidade de Processamento da Informação Assistencial, Monitoramento e Avaliação (UPIAMA), do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde. É importante ressaltar que esses dados foram informados ao SUS pelo gestor local, de forma que estão disponíveis para consulta pública.

Etapla 3: Obtenção do valor da Tabela SUS referente aos procedimentos realizados pelo HU-UFSCar. O valor da Tabela SUS foi encontrado multiplicando-se as quantidades executadas de cada procedimento pelo valor da tabela unificada disponível no sítio do Ministério da Saúde [<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>]. Na planilha fornecida pela Chefe da UPIAMA, as quantidades realizadas de cada procedimento já estavam multiplicadas pelo valor da tabela unificada. No entanto, a planilha disponibilizada precisou ser padronizada para a tabulação dos dados necessários, sendo que, neste ajuste, foi necessário coletar alguns valores diretamente na tabela unificada.

Etapla 4: Conversão dos valores da Tabela SUS para os valores praticados pelo mercado. Para isso, foi utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). O objetivo da CBHPM é consolidar e classificar de maneira hierarquizada os procedimentos que são feitos na área de saúde do Brasil, sendo que o método utilizado é reconhecido pelo Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro (Associação Médica Brasileira [AMB], 2018). Vale ressaltar que este método foi utilizado por Ramos (2019), que precisou converter os Valores SUS para Valores de Mercado dos procedimentos hospitalares realizados pelo HU-UFSCar com o objetivo de encontrar o Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS) pelo HU-UFSCar no ano de 2017.

Dada a complexidade dos cálculos, se faz necessário explicar brevemente como a conversão dos valores da Tabela SUS para os valores de mercado foi realizada. Para melhor demonstrar, o cálculo dos procedimentos ambulatoriais foi separado do cálculo das internações hospitalares.

Etapla 4a: Obtenção do valor de mercado dos procedimentos ambulatoriais. Os códigos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais (OPM) do SUS (SIGTAP) fornecidos pela Chefe da UPIAMA, do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do HU-UFSCar foram convertidos em códigos da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), que é embasada na CBHPM. Para isso, foi utilizada a planilha de compatibilização

“TUSS X SIGTAP” disponível no site da ANS [<http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar/padrao-tiss-tabelas-relacionadas>].

O próximo passo foi utilizar a CBHPM para encontrar os valores de mercado dos procedimentos realizados pelo HU-UFSCar nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020. Para o ano de 2017 foi utilizada a edição 2016 da CBHPM (Associação Médica Brasileira [AMB], 2016) e, para os anos 2018, 2019 e 2020 a versão 2018 (AMB, 2018). Na CBHPM estão indicadas as duas informações necessárias para precificar os procedimentos para o valor de mercado, que são o porte do procedimento e a Unidade de Custo Operacional (UCO).

Após identificar o porte e a UCO de cada procedimento, foram utilizadas as tabelas que a CBHPM divulga no mês de outubro de todos os anos em Comunicado Oficial com os valores de referência das atividades médicas reajustados pelo INPC/IBGE do período. Nesse estudo foram utilizadas quatro tabelas para obtenção dos valores nos seguintes períodos: janeiro de 2017 a setembro de 2017 (Comunicado Oficial CBHPM, 2016); outubro de 2017 a setembro de 2018 (Comunicado Oficial CBHPM, 2017); outubro de 2018 a setembro de 2019 (Comunicado Oficial CBHPM, 2018); outubro de 2019 a setembro de 2020 (Comunicado Oficial CBHPM, 2019); e outubro de 2020 a dezembro de 2020 (Comunicado Oficial CBHPM, 2020).

O valor de mercado foi obtido multiplicando-se o valor do porte e da UCO de cada procedimento pela quantidade de vezes que cada um foi executado durante o período estudado. É importante destacar que dos 215 procedimentos ambulatoriais que foram efetuados, pelo menos uma vez pelo HU-UFSCar no período analisado, 13 não puderam ser identificados por não terem sido mapeados, não constarem na tabela TUSS ou não existirem na CBHPM. Para encontrar o valor de mercado desses 13 procedimentos, utilizou-se a média da diferença entre os valores da Tabela SUS e os valores de referência da CBHPM dos outros 202 procedimentos ambulatoriais que foram maiores 7,37 vezes em 2017, 7,70 vezes em 2018, 9,13 vezes em 2019 e 11,03 vezes em 2020, que foi a mesma lógica utilizada por Ramos (2019) e indica, com base na CBHPM, quanto o sistema privado de saúde cobra a mais pelos mesmos procedimentos realizados pelo HU-UFSCar.

Etapas 4b: Obtenção do valor de mercado das internações hospitalares. Foram utilizados como base os dados concedidos pela Chefe da UPIAMA que estão disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Entretanto, conforme apontado por Ramos (2019), existem algumas limitações para se calcular os valores das internações hospitalares, principalmente no que diz respeito à apuração dos valores de remuneração aos prestadores do SUS.

De acordo com Gonçalves et al. (2014), a forma atual de remuneração estabelecida pelo sistema SIGTAP por procedimento, é um sistema de pagamento prospectivo que tem por base um conjunto de procedimentos e tempo de estadia pré-definidos, sendo que este conjunto possui um valor estipulado de forma prévia na Tabela SUS. Sendo assim, em consonância, Kos, Santos, Klein e Scarpin (2015) afirmam que o processamento das informações referentes às internações hospitalares é feito de maneira centralizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), ou seja, o valor da remuneração do SUS aos hospitais para cada procedimento é definido pela tabela única sem considerar a duração da internação ou os custos efetivos com os pacientes.

Ademais, conforme verificado nesse estudo e apontado por Ramos (2019), existem procedimentos que não possuem descrição na Tabela SIGTAP, o que dificulta a definição de padrões a respeito dos serviços que estão inclusos em determinado procedimento, como por exemplo no “Parto normal”. Gonçalves et al. (2014) utilizam

esse exemplo para demonstrar a complexidade em se definir os procedimentos assistenciais, em especial os classificados em média e alta complexidade, que equivalem à maioria dos procedimentos elencados na Tabela.

Outra dificuldade apontada por Gonçalves et al. (2014) é que uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH) só pode ser aberta por um procedimento primário, mas diversos procedimentos secundários poderão ser realizados para complementar o primário, que é o mais relevante ou mais complexo, entretanto, o procedimento secundário pode se tornar o primário em determinado atendimento e, nesse caso, a AIH inicial é fechada e abre-se uma nova para o procedimento secundário que se tornou o principal que, depois de realizado, ocorre o fechamento da segunda AIH e a abertura de uma terceira AIH de forma a dar continuidade ao tratamento do mesmo paciente, tudo isso sem a vinculação entre as AIHs. Ocorre que este fato torna difícil a obtenção do custo de determinados procedimentos e acaba fragilizando a aplicação de um sistema de informação padronizado de custos e remuneração, prejudicando o controle dos gestores e do próprio SUS (Gonçalves et al., 2014).

Conforme Ramos (2019) aponta, a conversão da Tabela SUS para a CBHPM fica comprometida devido ao fato da dificuldade de mensuração do custo de um procedimento hospitalar, o que inviabiliza a análise da remuneração feita pelo SUS, pois as informações fornecidas pela Chefe da UPIAMA, que estão disponíveis no SIH/SUS, são os procedimentos que foram de fato remunerados pelo SUS, ou seja, os que abriram as AIHs, não sendo considerados os valores embutidos o que dificulta a identificação dos procedimentos realizados durante as internações hospitalares. Por este motivo, a exemplo de Ramos (2019), para obtenção do valor de mercado das internações hospitalares, repetiu-se a mesma média encontrada dos 202 procedimentos ambulatoriais. Ou seja, o valor de remuneração do SUS acrescentados 7,37 vezes em 2017, 7,70 vezes em 2018, 9,13 vezes em 2019 e 11,03 vezes em 2020.

É importante ressaltar que a comparação entre os valores da Tabela SUS e os praticados pelo mercado com base na CBHPM ao longo de 4 anos é uma forma de verificar se existe defasagem na Tabela SUS. Depois da coleta e obtenção dos dados, o próximo passo deste estudo é a apresentação e discussão dos resultados que serão vistos no próximo tópico.

4 RESULTADOS

Na Tabela 1 são apresentadas as quantidades de procedimentos realizados pelo HU-UFSCar nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020. Foram encontrados 215 procedimentos ambulatoriais e 110 diferentes tipos de procedimentos de internação realizados pelo Hospital ao menos uma vez no período estudado.

Tabela 1

Quantidade de procedimentos hospitalares realizados pelo HU-UFSCar no período analisado

Ano	Procedimentos Ambulatoriais	Procedimentos de Internação	Total
2017	130.676	1.483	132.159
2018	134.392	1.836	136.228
2019	156.975	1.789	158.764
2020	83.704	2.439	86.143
Total	505.747	7.547	513.294

Fonte: Elaboração própria.

É possível observar na Tabela 1 que a quantidade de procedimentos ambulatoriais sofreu uma diminuição de 46,7% de 2019 para 2020, enquanto as internações aumentaram 36,33 pontos percentuais no mesmo período. Esta variação, que foi ocasionada pela pandemia de COVID-19, fez de 2020 um ano atípico e trouxe consequências para a gestão do HU-UFSCar que serão observadas mais adiante.

Na Tabela 2 estão descritas a receita, a execução orçamentária, a execução financeira, e os custos diretos e indiretos do HU-UFSCar nos anos de 2017 a 2020.

Tabela 2

Movimentação financeira do HU-UFSCar nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020

Ano	Receita	Execução Orçamentária	Execução Financeira	Custos diretos e indiretos
2017	13.344.362,21	13.956.258,04	10.376.979,65	9.821.589,24
2018	21.259.422,40	20.905.609,96	10.874.259,80	10.029.742,79
2019	16.734.607,42	15.556.889,98	18.916.938,79	18.856.400,43
2020	22.078.906,17	15.741.226,99	23.910.617,55	19.992.189,12
Total	73.417.298,20	66.159.984,97	64.078.795,79	58.699.921,58

Fonte: Elaboração própria.

O Gerente Administrativo da Divisão Administrativo-Financeira do HU-UFSCar explicou que a receita é a soma dos valores repassados pelo Ministério da Saúde à entidade, já a execução orçamentária são os valores empenhados ou reservados para realização de determinado pagamento e a execução financeira são os valores pagos referentes às notas fiscais de produtos adquiridos ou serviços realizados. Ou seja, as execuções orçamentária e financeira estão interligadas, pois o valor pago que aparece na execução financeira já foi empenhado e, portanto, foi inserido na terceira coluna, no entanto, a descrição dos valores é independente porque um valor pode ser empenhado em um ano e pago em outro, após a conclusão de um serviço ou entrega de um produto. Na quinta coluna estão descritos os valores referentes aos custos diretos e indiretos do hospital, ou seja, o valor da receita que é gasto com o custeio da entidade.

Conforme explicado pelo Gerente Administrativo da Divisão Administrativo-Financeira do HU-UFSCar, além do valor estabelecido por meio da contratualização, a receita do Hospital, que são todas as subvenções recebidas, é composta por recursos repassados pelo governo federal por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e por recursos advindos da própria EBSEH. Ademais, após o surgimento da pandemia da COVID-19, em 2020 o Ministério da Saúde iniciou o repasse de créditos extraordinários para enfrentamento da pandemia que já estão somados no total da receita desse ano. No entanto, por motivo da complexidade do assunto, neste estudo não será feito o detalhamento dos recursos recebidos pelo HU-UFSCar.

Tabela 3

Conversão de Valores SUS para Valores de Mercado

	Procedimentos Ambulatoriais		Procedimentos de Internação		Total	
	SUS	MERCADO	SUS	MERCADO	SUS	MERCADO
2017	859.307,78	6.330.542,25	605.731,26	4.464.239,39	1.465.039,04	10.794.781,63
2018	976.789,12	7.525.569,96	862.038,19	6.637.694,06	1.838.827,31	14.163.264,03
2019	1.219.069,31	11.126.731,17	825.316,12	7.535.136,18	2.044.385,43	18.661.867,35
2020	613.601,80	6.769.910,97	1.452.522,30	16.021.320,97	2.066.124,10	22.791.231,94
Total	3.668.768,01	31.752.754,35	3.745.607,87	34.658.390,60	7.414.375,88	66.411.144,95

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 3 estão descritos os valores da conversão da Tabela SUS dos atendimentos ambulatoriais e das internações realizadas pelo HU-UFSCar nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020 para Valores de Mercado.

Uma observação importante é que o repasse ao HU-UFSCar não é feito com base apenas na Tabela SUS, mas por meio de contratualização. Conforme consta no Plano Diretor Estratégico 2021 – 2023 do HU-UFSCar, o objetivo do Contrato SUS firmado com o Município de São Carlos é a formalização da “prestação de serviços de saúde hospitalar e ambulatorial, bem como definição de sua atuação na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, visando à garantia da atenção integral à saúde dos usuários do SUS.” (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares [EBSERH], 2020, p. 42).

Segundo o Plano Diretor Estratégico 2017-2018 do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos: desafios e oportunidades, disponível no site da EBSERH, ao iniciar seu funcionamento, ainda sob gestão municipal, foi determinado pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio do contrato nº 166/12, firmado com a SAHUDES, que seria repassado mensalmente o valor de R\$ 700.000,00 para o HU-UFSCar, oriundos do teto previsto para o município pelo Fundo Nacional da Saúde (FNS), a título de orçamentação global de forma a operacionalizar as atividades hospitalares (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares [EBSERH], 2016).

Apesar da celebração do Contrato nº 130/16 entre a Prefeitura Municipal de São Carlos e o HU-UFSCar em 07 de dezembro de 2016, o valor de R\$ 700.000,00 não foi alterado no período de 2017 a 2019. Em 2020, após o advento da pandemia de COVID-19, segundo informado pelo Gerente Administrativo da Divisão Administrativo-Financeira do HU-UFSCar, o valor do repasse foi para R\$ 804.000,00 mensais para o HU-UFSCar a partir do mês de setembro. Este aumento foi oficializado por meio do 2º Termo Aditivo ao Contrato nº 130/16.

O primeiro ponto que merece destaque é a diferença entre os Valores da Tabela SUS e os valores de Mercado que estão apresentados no Gráfico 1.

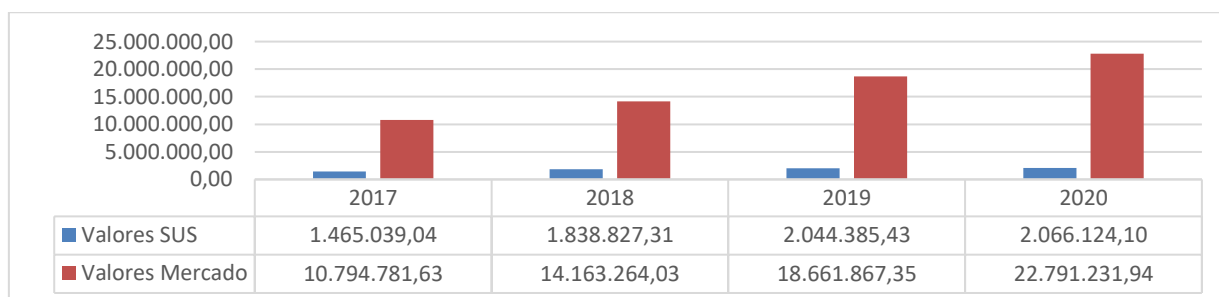


Gráfico 1. Comparação entre os valores SUS e os valores mercado

Fonte: Elaboração própria.

Com o objetivo de demonstrar quanto seria cobrado na iniciativa privada pelos mesmos procedimentos realizados em regime público pelo HU-UFSCar, foi necessário utilizar como base os valores de remuneração definidos na Tabela SUS. Por meio desse método, verificou-se uma importante discrepância entre os valores praticados pelo mercado e os fixados pelo SUS. Ou seja, se o HU-UFSCar fosse remunerado apenas com base na Tabela SUS, o valor que seria pago pelos procedimentos cobriria, conforme demonstrado nas Tabelas 2 e 3, apenas 14,92% dos custos em 2017, 18,33% em 2018, 10,84% em 2019 e 10,33% em 2020. Entretanto, conforme será demonstrado mais a frente, na somatória dos custos diretos e indiretos dos anos de 2019 e 2020 estão inclusas as despesas com “Obras e

Reformas”. Após subtrair estes valores, o montante repassado passou a cobrir 17,09% dos custos em 2019 e 14,03% em 2020.

Ramos (2019) destaca que o desequilíbrio observado entre os valores SUS e os de mercado pode ser explicado pela suficiência ou insuficiência dos repasses do SUS ou pela maneira que são calculados os valores que formam as tabelas praticadas pelo mercado. É importante frisar que a análise realizada pela autora no ano de 2017, demonstrou um resultado similar ao obtido neste estudo. Este resultado corrobora com o estudo de Santos et al. (2017) que demonstrou que o repasse feito pelo SUS corresponde a menos de 10% dos custos inerentes das atividades de um hospital universitário. No entanto, no caso do HU-UFSCar, conforme Ramos (2019) aponta, a receita não é por produção baseada na Tabela SUS, existe um valor fixo, ou seja, o hospital não é remunerado de modo direto pelo SUS, no entanto, gerencia seu faturamento para garantir o controle de sua produção.

Analisando a diferença entre a produção convertida em valores de mercado e os custos incorridos na realização dos procedimentos, é possível verificar que se os atendimentos fossem realizados pela iniciativa privada, a população pagaria um valor maior pelos mesmos serviços que são oferecidos pelo HU-UFSCar em regime público.

É possível observar que o HU-UFSCar realiza uma boa gestão dos recursos investidos pelo Estado, pois oferece serviços de saúde à população por um custo menor que os valores praticados pelo mercado, sendo: 9,02% menos oneroso em 2017, 29,18% em 2018, 35,89% em 2019 e 35,39% em 2020. Este resultado corrobora com a pesquisa de Ramos (2019) que demonstrou que o hospital se mostrou eficiente no ano de 2017, pois produziu um valor econômico que paga o investimento feito pelo Estado.

Nesse Sentido, Slomski, Camargo, Amaral Filho e Slomski (2010) destacam o impasse que existe entre a sociedade e o Estado acerca da alta carga tributária paga pelos contribuintes que deve ser transformada em benefícios. Nessa perspectiva, Fregonesi e Slomski (2007) ressaltam a necessidade de se maximizar o valor econômico de forma que os investimentos sejam utilizados para produção de serviços para a comunidade. Dessa forma, a análise dos dados financeiros obtidos nesse estudo, confirma que o HU-UFSCar transforma os investimentos em serviços que beneficiam a população, mitigando a necessidade da contratação de serviços oferecidos pela iniciativa privada, o que geraria um gasto extra, onerando ainda mais os contribuintes, que já pagam altos valores ao Estado por meio de impostos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa procurou demonstrar qual o impacto que o financiamento do SUS exerce sobre a gestão do HU-UFSCar. Concluiu-se que, por meio de uma gestão eficiente dos recursos recebidos, a entidade analisada conseguiu produzir resultados positivos de faturamento com a capacidade instalada. Ou seja, os valores dos procedimentos de saúde realizados pelo HU-UFSCar, convertidos nos valores praticados pela iniciativa privada, foram maiores que os custos, mostrando que os recursos investidos estão sendo bem gastos. Sendo assim, operando com a capacidade de 75 leitos, não foi possível verificar os impactos do subfinanciamento do SUS na gestão do HU-UFSCar.

Além disso, alguns pontos observados durante a análise dos dados merecem destaque. O primeiro deles é a grande diferença entre os valores do SUS e os praticados pelo mercado, que além de indicar eficiência do HU-UFSCar na utilização dos recursos maximizando a produção de serviços, mostram a importância do hospital

para a sociedade, visto que seria cobrado um valor alto à população, caso a assistência médica fosse realizada pelo setor privado de saúde.

Outro ponto importante foi sobre o impacto que o advento súbito da pandemia da COVID-19 causou no HU-UFSCar. O remanejamento de atendimentos e a disponibilização de recursos extraordinários desequilibraram o planejamento financeiro da instituição o que culminou na devolução de recursos ao Governo Federal.

O resultado e as análises apresentadas neste estudo podem ser de grande valia para a gestão pública, pois ressaltam a capacidade das instituições públicas prestarem serviços economicamente eficientes para a população, no caso do HU-UFSCar, gerando serviços de saúde, cujo valor financeiro supera o investimento feito pelo Estado.

É importante ressaltar que a presente pesquisa sofreu algumas limitações. A primeira delas é referente à coleta de dados. Como optou-se pela utilização dos dados relativos aos procedimentos consolidados no DATASUS e o lançamento das informações neste sistema depende do trabalho realizado pelo gestor local, a Chefe da UPIAMA informou que nos meses de dezembro de 2017, fevereiro de 2018, junho e agosto de 2020 não foram lançadas as informações referentes aos procedimentos ambulatoriais realizados, ou seja, a quantidade de dados consolidados é menor que os realizados efetivamente pelo hospital.

Outra limitação ocorreu na obtenção do valor de faturamento, em que foi utilizada a média dos procedimentos que ainda não foram compatibilizados na Tabela SIGTAP x TUSS pelo fato de a mesma ainda estar em processo de elaboração, assim como a CBHPM.

Este trabalho demonstrou que não foi possível identificar os efeitos do subfinanciamento do SUS no HU-UFSCar, com base nas informações financeiras coletadas sobre as receitas e o faturamento do Hospital. Nesse sentido, sugere-se que sejam realizados estudos com o intuito de se verificar se existe e qual seria o tempo de espera para realização dos procedimentos, visto que este ponto pode ser um indicativo de falta de financiamento adequado.

Além disso, recomenda-se que sejam realizados novos estudos com a finalidade de se verificar a utilização dos recursos recebidos durante e após a pandemia, de forma que os efeitos iniciais do novo cenário pandêmico sejam mitigados. Ademais, seria importante a realização de um estudo mais aprofundado sobre a identificação de todas as fontes de recursos, visto que a contratualização não é a única forma de repasse de verbas pois, conforme Gonçalves et al. (2014) afirmam, para se dimensionar e compreender os repasses financeiros feitos pelo Governo Federal referentes aos gastos dos hospitais públicos, devem ser considerados todos os tipos de repasses.

REFERÊNCIAS

- Agarwal, A., Mann, C., Abdella, E., Mitiku, W., Alebachew, A., & Berman, P. (2020). Recurrent costs in primary health care in Ethiopia: facility and disease specific unit costs and their components in government primary hospitals and health centers. *Bmc Health Services Research*, 20(1), 1-12.
- Associação Médica Brasileira. (2016). *CBHPM-2016: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos*. Barueri: Manole. <https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2017/08/CBHPM-2016.pdf>.

- Associação Médica Brasileira. (2018). *CBHPM-2018: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos*. Barueri: https://asmemgo.org.br/wp-content/uploads/2019/07/CBHPM_2018.pdf.
- Barros M. E. D., & Piola S. F. (2016). O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In R. Marques R., S. F. Piola, & A. C. Roa. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, Organização Pan-Americana da Saúde/OMS no Brasil, 103-138.
- Brouwer, W., Baal, P. V., Exel, J. B., & Versteegh, M. (2019). When is it too expensive? Cost-effectiveness thresholds and health care decision-making. *The European Journal of Health Economics*, 20(2), 175-180.
- Celuppi, I. C., Geremia, D. S., Ferreira, J., Pereira, A. M. M., & Souza, J. B. de. (2019). 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde em Debate*, 43(121), 302-313.
- Cohn, A. (2018). “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. *Estudos Avançados*, 32(93), 225-241.
- Comunicado Oficial CBHPM (2016). http://www.spp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/COMUNICADO-CBHPM-2016_2017.pdf.
- Comunicado Oficial CBHPM (2017). https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2017/11/COMUNICADO-CBHPM-2017_2018.pdf.
- Comunicado Oficial CBHPM (2018). https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2018/12/COMUNICADO-CBHPM-2018_2019.pdf.
- Comunicado Oficial CBHPM (2019). <https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2020/02/2019-10-29-Porte-e-UCO-R-2107.pdf>
- Comunicado Oficial CBHPM (2020). http://www.sbp.org.br/wb/wp-content/uploads/2021/11/COMUNICADO-CBHPM-2021_2022.pdf.
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
- Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. (2000, 13 de setembro). Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
- Emenda Constitucional nº 95/2016, de 15 de dezembro de 2016. (2016, 15 de dezembro). Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (2016). Plano Diretor Estratégico 2017-2018 do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos: desafios e oportunidades.
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (2020). Plano Diretor Estratégico 2021-2023 do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos.
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (2021). Receitas e Despesas.
- Fonseca, H. L. P. da., & Cunha Júnior, L. A. P. da. (2019). A criação do serviço social autônomo do Instituto Hospitalar de Base como novo modelo de gestão hospitalar do Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6), 2053-2064.
- Fregonesi, M. S. F. A., & Slomski, V. (2007). Valor Econômico Agregado à sociedade por entidades públicas. *Anais do sétimo congresso da Universidade de São Paulo de Controladoria e Contabilidade*. USP São Paulo.
- Funcia, F. R. (2019). Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4405-4415.
- Gil, A. C. (2017). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (6ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, M. A., Ferreira, B. P., & Alemão, M. M. (2014) Risco operacional no setor saúde: financiamento pelo SUS paralelo aos gastos na fundação hospitalar do Estado de Minas Gerais. *Revista Gestão & Tecnologia*, 14(1), 126-150.
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, v. 89(9), 46-52.
- Klazinga, N. (2010). Health system performance management: quality for better or for worse. *Eurohealth*, 16(3), 26-28.
- Kos, S. R., Santos, N. P. dos, Klein, L., & Scarpin, J. E. (2015). Repasse do SUS VS custo dos procedimentos hospitalares: É possível cobrir os custos com o repasse do SUS? *Anais do 22º Congresso Brasileiro de Custos*.
- Martins, M., Lima, S. M. L., Andrade, C. L. T. de, & Portela, M. C. (2019). Indicadores hospitalares de acesso e efetividade e crise econômica: análise baseada nos dados do Sistema Único de Saúde, Brasil e estados da região Sudeste, 2009-2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, v24(12), 4541-4554.
- Mazon, L. M., Freitas, S. F. T. de, & Colussi, C. F. (2021). Financiamento e gestão: a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4), 1521-1532.
- Mendes Á., Funcia F. R. (2016). O SUS e seu financiamento. In R. Marques R., S. F. Piola, & A. C. Roa. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, Organização Pan-Americana da Saúde/OMS no Brasil. 139-168.

- Mercier, G., & Naro, G. (2014). Costing Hospital Surgery Services: the method matters. *Plos One*, 9(5), e97290.
- Miethke-Morais, A., Cassenote, A., Piva, H., Tokunaga, E., Cobello, V., Rodrigues Gonçalves, F. A., Santos Lobo, R. dos, Trindade, E., Carneiro D' Albuquerque, L. A., Haddad, L., & HCFMUSP Covid-19 Study Group. (2021). COVID-19-related hospital cost-outcome analysis: The impact of clinical and demographic factors. *Revista Brasileira de Doenças Infecciosas*, 25(4), 1-9.
- Naranjo-Gil, D., Sánchez-Expósito, M., & Gómez-Ruiz, L. (2016). Traditional vs. Contemporary Management Control Practices for Developing Public Health Policies. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, v. 13(7), 1-13.
- Piola, S. F., França, J. R. M. de, & Nunes, A. (2016). Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2) 411-422.
- Pöhlmann, J., Norrbacka, K., Boye, K. S., Valentine, W. J., & Sapin, H. (2020). Costs and where to find them: identifying unit costs for health economic evaluations of diabetes in france, germany and italy. *The European Journal Of Health Economics*, 21(8), 1179-1196.
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *New England Journal Of Medicine*, 363(26), 2477-2481.
- Ramos, V. R. B. (2019). *O Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS) pelo Hospital Universitário da UFSCar no ano de 2017*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP.
- Santos, N. R. dos. (2018). SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), p. 1729-1736.
- Santos, R. V., Borgert, A., & Borgert, E. A. (2017). Relação entre os custos de um hospital universitário e o reembolso do Sistema Único de Saúde-SUS. *Anais do 24º Congresso Brasileiro de Custos*.
- Silva, J. P. T. (2019). Análise da eficiência de hospitais regionais em um estado do Nordeste. *Saúde em Debate*, 43(120), 84-97.
- Slomski, V., Camargo, G. B., Amaral Filho, A. C. C., & Slomski, V. G. (2010). A demonstração do resultado econômico e sistemas de custeamento como instrumentos de evidenciação do cumprimento do princípio constitucional da eficiência, produção de governança e *accountability* no setor público: uma aplicação na Procuradoria-Geral do Município de São Paulo. *Revista de Administração Pública*, 44(4), 933-937.
- Souza, L. E. P. F., Paim, J. S., Teixeira, C. F., Bahia, L., Guimarães, R., Almeida-Filho, N. de, Machado, C. V., Campos, G. W., & Azevedo-e-Silva, G. (2019). Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8) 2783-2792.