

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS

FÁBIO ANTONIO CASONATO

**FINANCIAMENTO DO SUS: Análise dos impactos na
gestão do Hospital Universitário da UFSCar no período de
2017 a 2020**

São Carlos - SP
2022

FÁBIO ANTONIO CASONATO

FINANCIAMENTO DO SUS: Análise dos impactos na gestão do Hospital Universitário da UFSCar no período de 2017 a 2020

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos, da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos.

Orientador: Prof. Dr. Andrei Aparecido de Albuquerque

São Carlos - SP
2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Fabio Antonio Casonato, realizada em 13/04/2022.

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Andrei Aparecido de Albuquerque (UFSCar)

Prof. Dr. Fernando Augusto Vasilceac (UFSCar)

Prof. Dr. Frederick Fagundes Alves (UFAM)

Documento assinado digitalmente
gov.br ANDREI APARECIDO DE ALBUQUERQUE
Data: 13/04/2022 17:13:06-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos.

Dedico este trabalho à Marcela, minha esposa, pela paciência, parceria e imenso apoio nesta etapa de nossas vidas e às minhas filhas, Marina e Gabriela.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por permitir a realização deste sonho me dando ânimo e forças nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais Antonio e Geralda, meu irmão João e minhas irmãs Bruna, Bianca e Bárbara, por serem essa família maravilhosa na qual eu cresci e que sempre me incentivou e ainda incentiva a concluir tudo o que Deus, em sua infinita bondade, permite em minha vida.

À minha esposa Marcela, por acreditar em mim e não me deixar desistir, pelo seu amor verdadeiro e às minhas filhas Marina e Gabriela por compreenderem minhas ausências durante os intervalos do trabalho que foram dedicados a este estudo.

Ao meu orientador Prof. Dr. Andrei Aparecido de Albuquerque pela paciência, compreensão, dedicação, apoio e parceria.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, Professores Fernando Augusto Vasilceac e Frederick Fagundes Alves pela disposição, contribuições e por ter enriquecido este trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos (PPGGOSP), na figura de todos os seus docentes, agradeço o apoio, a competência e a dedicação. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo oferecimento deste programa.

Aos meus colegas de mestrado da turma 2019 do PPGGOSP pelas amizades, experiências, e por todo aprendizado que vivenciamos nesta jornada.

À Universidade Federal de São Carlos, por permitir que eu realizasse este mestrado, em especial aos Chefes do Departamento de Física Professores Emanuel Fernandes de Lima e Francisco Ednilson Alves dos Santos e à bibliotecária, minha querida amiga, Terezinha Gagliardi, pela imensa compreensão e apoio.

A todos e todas que contribuíram de alguma maneira para a construção desta pesquisa.

APRESENTAÇÃO

Esta apresentação se faz necessária para explicar o modelo da dissertação disposto. O primeiro ponto que merece destaque é a quantidade de páginas deste trabalho. Com o intuito de produzir um trabalho com maior probabilidade de publicação em revistas da área, ficou acordado entre o Orientador desta pesquisa e os outros membros da banca do exame de qualificação, que a versão final do presente trabalho deveria ser feita em formato de artigo.

No entanto, para atender às normas e regras do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos, da Universidade Federal de São Carlos, o artigo apresentado na Defesa foi moldado no formato de dissertação. Todavia, apesar do número reduzido de páginas, esta pesquisa contém, ainda que de maneira sucinta, todos os elementos que caracterizam um trabalho científico.

Em seguida a esta breve apresentação, apresenta-se o resumo da pesquisa juntamente com as palavras-chave que proporcionam uma ideia do trabalho realizado. Após, na introdução é explanada a situação atual da área da saúde no Brasil bem como seus avanços ao longo do tempo. Na segunda seção, apresenta-se uma revisão bibliográfica que contém os assuntos pertinentes a este trabalho, bem como trabalhos que possuem relação mais direta com o tema estudado.

A terceira seção traz informações sobre o método utilizado na realização desta pesquisa e descreve cada uma das quatro etapas da coleta dos dados utilizados neste estudo. Em seguida, na quarta seção, os resultados obtidos são descritos e demonstrados por meio de tabelas e gráficos que facilitam sua visualização de forma que possa haver uma discussão e comparação com estudos realizados em contextos semelhantes, gerando assim, as conclusões.

Na quinta seção são elencadas as considerações finais que frisam os resultados obtidos neste estudo, são demonstradas as limitações que esta pesquisa teve durante sua realização e são sugeridas possibilidades de novos estudos de forma que se possa dar continuidade à investigação realizada até este momento. Por fim, são apresentadas as referências utilizadas na construção deste estudo.

RESUMO

CASONATO, Fábio Antonio. **FINANCIAMENTO DO SUS: Análise dos impactos na gestão do Hospital Universitário da UFSCar no período de 2017 a 2020**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2022.

Diante de um cenário de restrição orçamentária enfrentado pela Saúde Pública no Brasil, se torna primordial entender como os recursos investidos pelo Estado estão sendo gastos pelos entes públicos, uma vez que a população, em virtude do pagamento de uma alta carga de impostos ao governo, vem exigindo cada vez mais eficiência dos serviços que são prestados à comunidade. 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. Por fim, não foi possível observar os efeitos do subfinanciamento, existente na saúde brasileira, na gestão financeira do HU-UFSCar pois, com a capacidade instalada, o Hospital realizou uma grande quantidade de procedimentos ambulatoriais e internações no período estudado a um custo inferior aos valores praticados pelo mercado.

Palavras-chave: Gestão Pública. Saúde Pública. Financiamento da Assistência à Saúde. Hospital Universitário Federal. Governança Pública.

ABSTRACT

CASONATO, Fabio Antonio. **SUS FINANCING: Analysis of impacts on the management of the University Hospital of UFSCar from 2017 to 2020**. Dissertation (Master's in Management of Public Organizations and Systems) – Federal University of São Carlos, São Carlos, 2022.

Faced with a scenario of budget constraint faced by Public Health in Brazil, it is essential to understand how the resources invested by the State are being spent by public entities, since the population, due to the payment of a high tax burden to the government, has been demanding more and more efficiency in the services provided to the community. The objective of this study is to analyze the extent to which SUS funding impacts the financial management of the University Hospital of the Federal University of São Carlos (HU-UFSCar), currently managed by the Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). For this, financial information was collected on the entity's revenues and billing in the years 2017, 2018, 2019 and 2020. The values of the procedures performed by the hospital in this period referenced by the SUS Table were converted into values charged by the market based on the Classification Brazilian Hierarchy of Medical Procedures (CBHPM). Comparing the values obtained with the costs for carrying out the procedures, it was found that, if the services were performed by the private sector, the population would pay a higher amount for the same services that are offered by the HU-UFSCar in the public regime. Efficiency in the use of resources by the entity was also observed, since the value produced is higher than the value used to perform the services. Finally, it was not possible to observe the effects of underfunding, existing in Brazilian health, on the financial management of the HU-UFSCar because, with the installed capacity, the Hospital performed a large number of outpatient procedures and hospitalizations in the studied period at a cost lower than the values practiced by the market.

Keywords: Public administration. Public health. Health Care Financing. Federal University Hospital. Public Governance.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de procedimentos hospitalares realizados pelo HU-UFSCar nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020.	27
Tabela 2 - Movimentação financeira do HU-UFSCar nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020.	28
Tabela 3 - Conversão de Valores SUS para Valores de Mercado.	29

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Comparação entre os valores SUS e os valores mercado.	30
Gráfico 2 - Comparação entre a receita e o faturamento.	31
Gráfico 3 - Comparação entre os custos diretos e indiretos e o faturamento.	33
Gráfico 4 - Comparação entre os custos diretos e indiretos e o faturamento com a subtração dos valores referentes às obras e reformas.	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
Cofins	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HU	Hospital Universitário
HU – UFSCar	Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos
OPM	Órteses, Próteses e Materiais
PIB	Produto Interno Bruto
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SAHUDES	Sociedade de Apoio, Humanização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Órteses Próteses e Materiais do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
TUSS	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
UCO	Unidade de Custo Operacional
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UPIAMA	Unidade de Processamento da Informação Assistencial, Monitoramento e Avaliação
VEAS	Valor Econômico Agregado à Sociedade
VECP	Valor Econômico Agregado à Curto Prazo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	CUSTOS NO SISTEMA HOSPITALAR	14
2.2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEU FINANCIAMENTO	16
2.3	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, GOVERNANÇA E GESTÃO NA SAÚDE	18
2.4	TRABALHOS CORRELATOS	20
3	METODOLOGIA	22
3.1	ESPECIFICAÇÃO DA PESQUISA	22
3.2	COLETA DE DADOS	23
3.3	RESULTADOS	27
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
	<u>REFERÊNCIAS</u>	40

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 (BRASIL, 1988). A Lei nº 8080, criada em 1990 com o intuito de regular as ações e serviços de saúde em todo território nacional, visa operacionalizar o atendimento público à saúde por meio da efetivação da atuação do SUS cumprindo assim o que está previsto na Constituição Federal (BRASIL, 1990).

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 (BRASIL, 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 que cria o “Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros” (BRASIL, 2016) e tem por objetivo estagnar as despesas primárias da União, piora ainda mais o cenário da saúde pública brasileira.

Piola, França e Nunes (2016) afirmam que não há dúvidas que o advento da EC nº 29/2000 proporcionou mais estabilidade no repasse de recursos federais para o SUS e viabilizou o aumento do comprometimento financeiro de Estados e Municípios para o seu financiamento, no entanto, devido ao aumento do gasto com ações e serviços públicos de saúde, o valor repassado ao sistema público ainda não é suficiente para cumprir suas obrigações constitucionais.

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,

consequentemente, pode haver redução de acesso o que ocasiona a diminuição de utilização dos serviços (MARTINS *et al.*, 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; FREITAS; COLUSSI, 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). Para isso, este artigo foi dividido em cinco seções. Além desta introdução, a segunda seção explana assuntos relevantes a este trabalho por meio de revisão bibliográfica, a terceira é sobre o método utilizado, a coleta e obtenção dos dados, na quarta seção são demonstrados os resultados obtidos, discussões e conclusão. Por fim, a quinta seção elenca as considerações finais, as limitações da pesquisa, além de sugestões para novos estudos.

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 *et al.* (2019) afirmam que este aumento pode ser justificado pelo envelhecimento da população e pelo desenvolvimento de novos tratamentos. Ademais, Miethke-Morais *et al.* (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 *et al.* (2020) afirmam que os custos são elementos fundamentais para se realizar avaliações econômicas na área da saúde. Segundo a definição de Agarwal *et al.* (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; SÁNCHEZ-EXPÓSITO; GÓMEZ-RUIZ, 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.

Na perspectiva econômica, a avaliação sobre em que momento um tratamento se torna demasiadamente caro, tem relação com o objetivo e as restrições impostas ao tomador de decisões: na Inglaterra, por exemplo, existe um orçamento fixo para a saúde, portanto, o objetivo do agente tomador de decisões é maximizar o atendimento à saúde a partir de um valor fixo, já em países como a Holanda, que possuem uma visão social mais abrangente cujo objetivo é a maximização do bem estar social, o orçamento é mais flexível (BROUWER *et al.*, 2019).

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 explicar 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, França e Nunes (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 *et al.* (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 *et al.* (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; FRANÇA; NUNES, 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. Este ponto será abordado no próximo item.

2.3 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, GOVERNANÇA E GESTÃO NA SAÚDE

Administrar, para Di Pietro (2017), abarca tanto as atividades de planejar, dirigir e comandar como a de executar. A autora afirma que todo ato administrativo deve ter uma finalidade que seja útil e satisfaça uma vontade externa que pode ser individual ou coletiva, sendo que, no âmbito da Administração Pública, a vontade provém da lei que fixa o objetivo

que o administrador deve buscar alcançar (DI PIETRO, 2017).

Conforme Silva (2017) aponta, o significado de administrar, quando existe a presença do tema econômico, é utilizar meios disponíveis para atingir os objetivos estabelecidos com o melhor custo-benefício possível. Nessa direção, segundo o autor, o que difere a administração privada da administração pública, a princípio, seria a localização do poder e a essência dos interesses compreendidos, sendo que no âmbito dos negócios privados o proprietário detém o poder que é exercido em função de seus próprios interesses e na administração pública, o poder que o Estado possui deve ser utilizado em favor da sociedade (SILVA, 2017).

Para Di Pietro (2017) a administração pública, em seu sentido objetivo, abarca uma atividade funcional do Estado, por meio de pessoas jurídicas, órgãos e agentes que são encarregados de amparar os anseios coletivos e subordinados à ordem jurídica que está em vigência e no sentido subjetivo, a administração pública trata-se da função administrativa praticada pelos entes, sejam eles pessoas jurídicas, órgãos ou agentes públicos.

Todavia, o atendimento das necessidades da população deve ser feito considerando-se a questão da eficiência. Para Mazon, Freitas e Colussi (2021), as avaliações de eficiência possuem uma concepção extensa, ou seja, apresentam conceitos particulares que dependem da área em questão. Na concepção de Almeida (2012), a eficiência em um processo produtivo pode ser avaliada pela busca da maximização da produção por meio da utilização do arranjo mais adequado dos insumos considerando os recursos disponíveis.

Oliveira e Pisa (2015) destacam que a Constituição Federal de 1988 conferiu aos cidadãos brasileiros o direito de “exercer o controle sobre a administração pública, de exigir ética, integridade (*compliance*), transparência (*disclosure*) e prestação de contas (*accountability*), bem como de participar diretamente na escolha das políticas públicas a serem implantadas.” (OLIVEIRA; PISA, 2015, p. 1264). Neste cenário, segundo Oliveira e Pisa (2015), a partir da década de 1990, começa-se a buscar uma nova relação entre o Estado e a Sociedade que visa orientar o Estado para as questões sociais da população, após a consolidação dessa relação, é possível verificar o aparecimento da noção de governança que trata da habilidade do Estado de concretizar “as políticas necessárias para o alcance dos objetivos comuns e pressupõe o aperfeiçoamento dos meios de interlocução com a sociedade, ao passo que sejam promovidas ações que garantam a maior atuação do cidadão e responsabilização dos agentes públicos.” (OLIVEIRA; PISA, 2015, p. 1264).

Baptista (2017), para tratar da questão da governança pública, parte da premissa de que a função do Estado neste contexto transcende a formação de grandes redes que abrangem pessoas e grupos públicos e privados, que pertencem ao governo ou não, em um movimento

histórico-cultural. “A Governança Pública vem se configurando como um novo arranjo de governo, cujo objetivo é tornar o atendimento às demandas sociais mais dinâmica, efetiva e criada a partir daqueles diretamente envolvidos com a problemática” (BAPTISTA, 2017, p. 123).

Nesse contexto, Sausen *et al.* (2021) apontam duas vertentes de gestão na área da saúde: a gestão estratégica e a gestão social. Os autores afirmam que a gestão estratégica tem predominância nas instituições, pois “o trabalho como evolução, o modelo estratégico de gestão e a burocracia e suas representações são importantes para as instituições e os atores envolvidos e para a ordem, estrutura e organização de uma sistemática nas relações.” (SAUSEN *et al.*, 2021 p. 425). No entanto, segundo Sausen *et al.* (2021), é primordial que os processos de gestão das discussões das políticas públicas sejam reconfigurados, de forma que seja possível alcançar ambientes mais democráticos na área da saúde que contemplem o desenvolvimento da população local.

Nesse âmbito, segundo Tenório (2016), apresenta-se a gestão social baseada na tomada de decisões coletivas por meio do diálogo, como contraponto à gestão estratégica, que é tecnoburocrática e monológica. Sausen *et al.* (2021) afirma que a gestão social é pautada na inclusão, nas pessoas como sujeitos, “no coletivo, na autonomia enquanto liberdade e emancipação, na informalidade e flexibilidade, na linguagem como evolução, no conhecimento reflexivo e construído, na comunicação pela interação e argumentação, na cooperação e na solidariedade.” (SAUSEN *et al.*, 2021 p. 425).

Sausen *et al.* (2021) concluem dizendo que a gestão estratégica se encontra mais presente no campo da saúde. Sendo assim, Tenório (2016) frisa que as tecnologias gerenciais não devem ser desprezadas, mas é necessário reestruturar de maneira crítica a lógica de mercado de base instrumental, não política, em favor de uma lógica baseada nas decisões que consideram as necessidades dos indivíduos enquanto cidadãos de direito.

2.4 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.

Para se verificar 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), serão levantados os dados financeiros referentes ao processo produtivo da Instituição, ou seja, os que estão relacionados com a realização dos procedimentos de saúde. O faturamento do HU-UFSCar será convertido para o valor de mercado com o objetivo de verificar se são maiores que os custos diretos e indiretos.

Ademais, para que seja possível realizar um estudo aprofundado do cenário financeiro da entidade, todas as subvenções recebidas pelo hospital no período estudado serão levadas em consideração de forma que seja possível verificar se, além dos benefícios gerados à sociedade que foram verificados por meio da obtenção de resultados positivos do VECP e do VEAS, os recursos repassados pelo Estado estão sendo empregados em sua totalidade pela gestão do HU-UFSCar, sendo que, por meio desta análise será possível ter uma ideia inicial de como a pandemia da COVID-19 afetou a rotina administrativa e financeira do hospital, uma vez que o período analisado compreendeu os 3 anos que antecederam a pandemia, 2017, 2018 e 2019, além de 2020 que foi quando a COVID chegou em território brasileiro.

3 METODOLOGIA

3.1 ESPECIFICAÇÃO DA PESQUISA

No aspecto metodológico, 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.

Andrade *et al.* (2017) afirmam que o estudo de caso se caracteriza por utilizar uma metodologia de pesquisa estruturada, podendo ser aplicado em casos particulares, contribuindo assim, com o entendimento de eventos que podem ser individuais ou grupais. Para Yin (2015), um estudo de caso possibilita uma investigação que procura preservar as especificidades do fenômeno de forma integral, de maneira que se possa entender eventos sociais complexos. O autor frisa ainda que a opção do estudo de caso deve ser escolhida quando ocorre a investigação de fenômenos atuais e que este método se diferencia de outras técnicas pela sua habilidade de tratar uma vasta diversidade de evidências “- documentos, artefatos, entrevistas e observações - além do que pode estar disponível em um estudo histórico convencional.” (YIN, 2015 p. 13).

Na abordagem qualitativa de pesquisa, segundo Yin (2016), existe a tentativa de coleta, integração e apresentação dos dados de variadas fontes de evidências, que provavelmente são decorrentes da complexidade do ambiente real que é o objeto do estudo e da diversidade de seus integrantes, características essas, que explicam a necessidade da realização de entrevistas, observações e até mesmo o exame de documentos. Bicudo (2021) afirma que a pesquisa qualitativa possui uma lógica implícita de direcionar o desenvolvimento dos procedimentos no sentido de responder uma pergunta, que pode ser elaborada com o objetivo de orientar o estudo, ou seja, esse tipo de pesquisa não tem a função de confirmar ou rejeitar uma hipótese. Para Yin (2016), existe a tendência de as conclusões da pesquisa serem baseadas na relação entre os dados coletados de diferentes fontes.

Para Bicudo (2021), a interpretação dos dados requer um trabalho duro, que não pode ser susceptível a um molde tendencioso, ou seja, deve ser um exercício neutro que não seja baseado em impressões que defendem posicionamentos próprios. “É sempre um trabalho intersubjetivo que avança no diálogo lógico-racional entre pessoa investigadora-texto-contexto-estudos que dizem do investigado.” (BICUDO, 2021 p. 551).

As pesquisas de caráter exploratório, segundo Gil (2017), têm a finalidade de possibilitar maior proximidade com o objeto de estudo, com o intuito de melhorar seu entendimento ou levantar hipóteses. Considerando a necessidade de se entender como os recursos repassados ao HU-UFSCar são utilizados na produção dos serviços de saúde que são oferecidos à sociedade, pode-se afirmar que este estudo contém características exploratórias.

3.2 COLETA DE 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:

Etapa 1: Informações sobre os valores repassados ao HU-UFSCar. As receitas, execução orçamentária e execução financeira foram coletadas no site da EBSEH (BRASIL, 2021b). Além disso, o Gerente Administrativo da Divisão Administrativo-Financeira do Hospital forneceu planilhas com informações sobre os custos diretos e indiretos. A disponibilização de informações à população vai ao encontro dos critérios sugeridos desde o advento do SUS que tinham por finalidade aumentar a transparência sobre o repasse federal de recursos às instituições (BARROS; PIOLA, 2016).

Etapa 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.

Etapa 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

Saúde¹. 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.

Etapa 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 (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.

Etapa 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 ANS².

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 (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

¹ Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em: 02 mar. 2022.

² Disponível em: <http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar/padrao-tiss-tabelas-relacionadas>. Acesso em: 02 mar. 2022.

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 (CBHPM, 2016); outubro de 2017 a setembro de 2018 (CBHPM, 2017); outubro de 2018 a setembro de 2019 (CBHPM, 2018); outubro de 2019 a setembro de 2020 (CBHPM, 2019); e outubro de 2020 a dezembro de 2020 (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.

Etapa 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, Ferreira e Alemão (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 *et al.* (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, Ferreira e Alemão (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, Ferreira e Alemão (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; FERREIRA; ALEMÃO, 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.

3.3 RESULTADOS

Para dar início à análise dos dados coletados, são apresentados na Tabela 1, a quantidade de procedimentos realizados pelo HU-UFSCar nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020. Ressalta-se que foi encontrada uma variedade de 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 nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020.

	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 vistas mais a diante neste estudo.

Na Tabela 2 estão descritas a receita, a execução orçamentária, a execução financeira, e os custos diretos e indiretos do HU-UFSCar nos anos 2017, 2018, 2019 e 2020.

Tabela 2 - Movimentação financeira do HU-UFSCar nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020.

	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 são os 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.

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.

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.

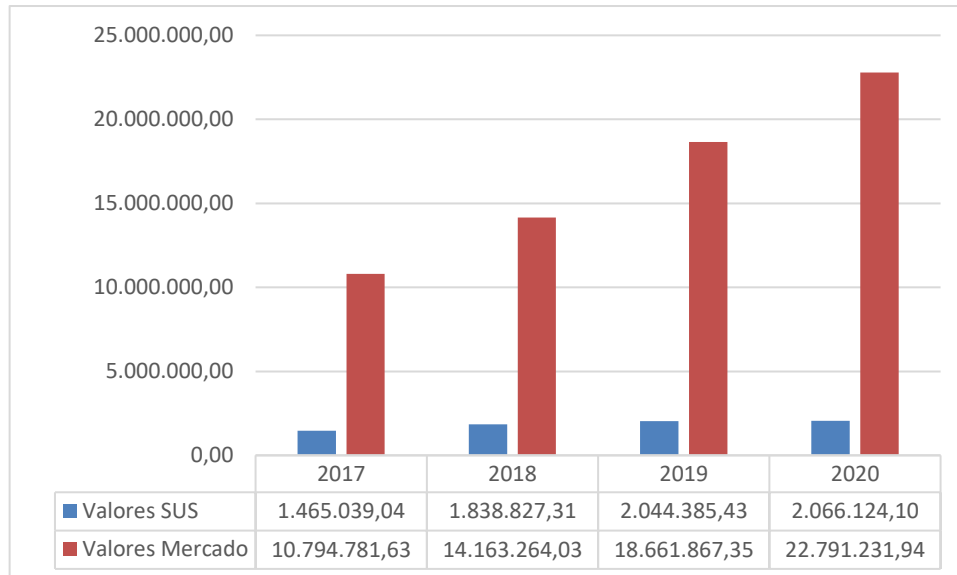
Uma observação importante é que o repasse ao HU-UFSCar não é feito com base apenas na Tabela SUS, mas por meio de contratualização. Conforme consta no Plano Diretor Estratégico 2021 – 2023 do HU-UFSCar, o objetivo do Contrato SUS firmado com o Município de São Carlos é a formalização da “prestação de 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.” (BRASIL, 2020a, 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 EBSEH, 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 (BRASIL, 2016b).

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. Tanto o Contrato nº 130/16 quanto seu 2º Termo Aditivo, estão disponíveis no site da EBSEH (BRASIL, 2021a).

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.

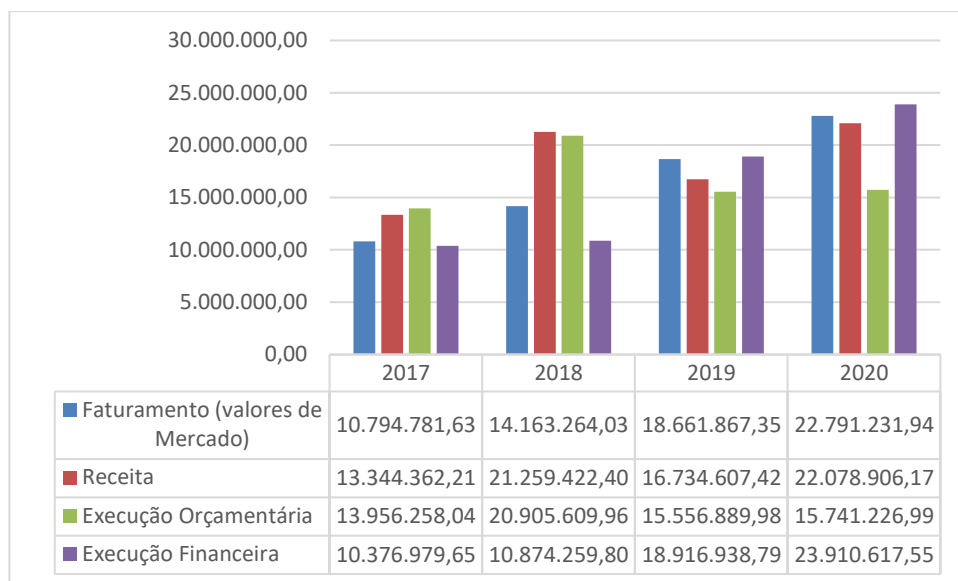
Com o objetivo de demonstrar quanto seria cobrado na iniciativa privada pelos mesmos procedimentos realizados em regime público pelo HU-UFSCar, foi necessário utilizar como base os valores de remuneração definidos na Tabela SUS. Por meio desse método, verificou-se uma importante discrepância entre os 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, Borgert e Borgert (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.

Para melhor visualização da relação entre os dados obtidos na Tabela 2, os valores foram representados no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Comparação entre a receita e o faturamento.



Fonte: Elaboração própria.

Na análise do Gráfico 2, é possível verificar um crescimento expressivo no faturamento do hospital (já convertido para o valor de mercado). O total que era de R\$ 10,79 milhões em 2017, foi para R\$ 14,16 milhões em 2018, R\$ 18,66 milhões em 2019 e em 2020 atingiu 22,71 milhões o que representa um aumento relativo de 31% de 2017 para 2018, 32% de 2018 para 2019 e 22% de 2019 para 2020, sendo que de 2017 para 2020 o valor mais que dobrou. Um dos fatores que contribuiu para este resultado, foi o aumento na quantidade de leitos que, de acordo com o Relatórios de Gestão do HU-UFSCar publicados no site da EBSEH, em 2017 eram 21, em 2019 este número foi para 52 (BRASIL, 2020b) e 2020 terminou com 75 leitos (BRASIL, 2021c). É importante destacar que o número de leitos disponíveis em 2018 não consta no Relatório de Gestão 2018-19. (BRASIL, 2020b)

É possível perceber ainda que a receita, ou os recursos repassados ao HU-UFSCar, também foi incrementada. No ano de 2017, a remuneração do hospital foi de R\$ 13,34

milhões, R\$ 21,26 milhões em 2018, 16,73 milhões em 2019 e 22,08 milhões em 2020. É importante ressaltar que neste montante estão somados os investimentos utilizados para realização de obras e compra de equipamentos, ou seja, são recursos que não estão diretamente relacionados com a produção do hospital. Um exemplo disso foi o recebimento de R\$ 7,5 milhões no mês de abril de 2018, conforme apontado pelo Gerente Administrativo da Divisão Administrativo-Financeira do Hospital, para execução da reforma do Centro Cirúrgico e da UTI do HU-UFSCar, que pode ser visto nas informações sobre as Receitas disponíveis no site da EBSEH (BRASIL, 2021b).

Quanto aos valores da execução orçamentária, nota-se que existe uma pequena diferença com os valores da receita nos anos 2017, 2018 e 2019. Isto mostra que os valores recebidos foram rapidamente reservados para a execução das obras e para compra de materiais de consumo ou equipamentos. O ano de 2020 foi atípico, os dados coletados mostram que o valor da receita foi R\$ 6.337.679,18 maior que o da execução orçamentária.

De acordo com o Gerente Administrativo da Divisão Administrativo-Financeira do HU-UFSCar, este valor, por não ter sido utilizado no ano de 2020, foi devolvido ao Governo Federal, sendo que os motivos que acarretaram a devolução são 2. O primeiro é porque a diferença do valor de contratualização, R\$ 104.000,00 mensais, foi recebida no final de 2020 retroativamente aos meses de setembro, outubro, novembro e dezembro, ou seja, não houve tempo hábil para realização dos procedimentos necessários para empenhar o valor de R\$ 416.000,00.

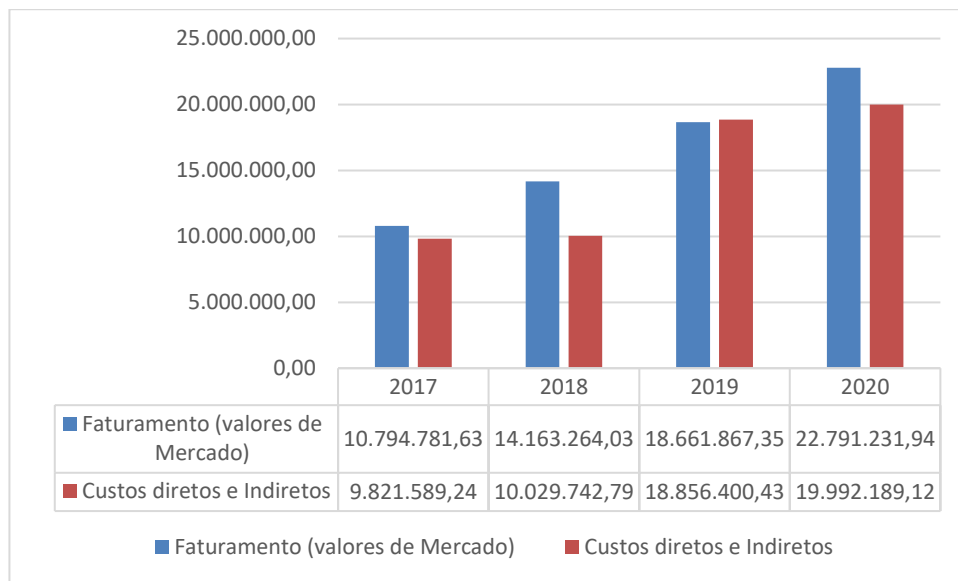
O segundo motivo que causou a devolução dos recursos, foi o cenário pandêmico que o mundo atravessou em 2020 e que ainda perdura. Conforme explicado pelo Gerente Administrativo da Divisão Administrativo-Financeira do HU-UFSCar, devido ao redirecionamento de atendimentos para os pacientes da COVID-19, houve cancelamento de atendimentos eletivos e o envio de créditos adicionais e extraordinários para o enfrentamento da COVID-19 no valor de R\$ 4.540.596,22 (soma extraída dos documentos referentes à receita, disponíveis no site da EBSEH) (BRASIL, 2021b) acabou desequilibrando o planejamento financeiro do HU-UFSCar que culminou na devolução de recursos. O estudo de Oliveira *et al.* (2021) confirma a acentuada diminuição dos procedimentos e internações eletivas em 2020 em comparação com os anos 2017, 2018 e 2019 em todo o Brasil.

Os valores da execução financeira são relativos aos pagamentos realizados, ou seja, são os valores que são efetivamente gastos quando os produtos são comprados ou os serviços são executados, diferentemente da receita e da execução orçamentária que são contabilizados previamente. Considerando que uma obra pode demorar vários anos para ser finalizada, é

mais lógico relacionar os valores da execução financeira com os da produção do hospital, apesar de ainda estarem somados os valores de investimento.

Ao comparar os valores de faturamento do HU-UFSCar convertidos para valores de mercado demonstrados na Tabela 3 com os custos diretos e indiretos obtidos na Tabela 2, é possível verificar a eficiência na utilização dos recursos pelo hospital. O Gráfico 3 demonstra a relação entre os valores.

Gráfico 3 - Comparação entre os custos diretos e indiretos e o faturamento.



Fonte: Elaboração própria.

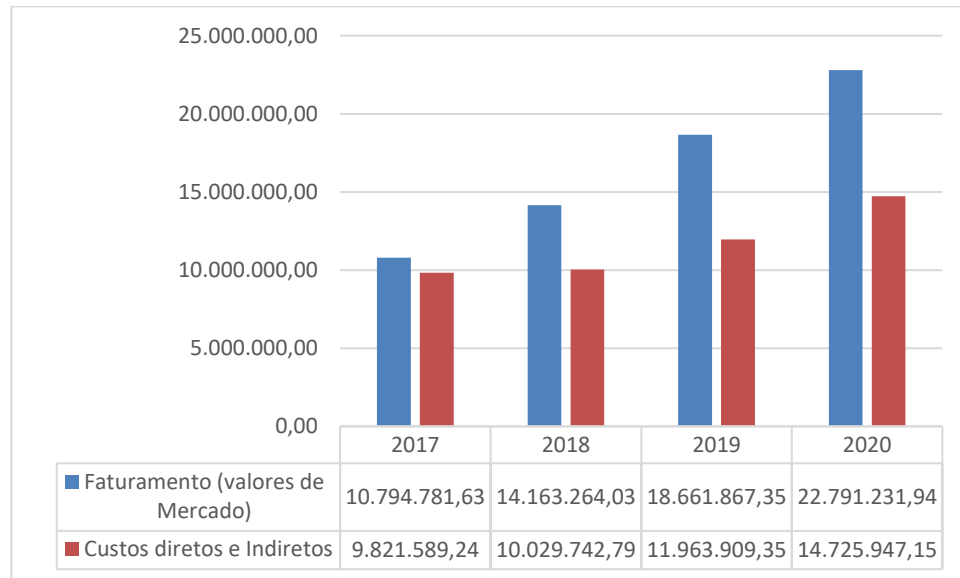
O Gráfico 3 apresenta a comparação direta entre a soma dos custos diretos e indiretos e o faturamento do HU-UFSCar convertidas em valores de mercado. É possível verificar que o valor da produção nos anos de 2017, 2018 e 2020 foram maiores que os custos diretos e indiretos R\$ 973.192,39 (9,91% maior), R\$ 4.133.521,24 (41,21% maior) e R\$ 2.799.042,82 (14% maior), respectivamente. No ano de 2019, os valores dos custos diretos e indiretos foram maiores que o da produção em 1,04%, ou seja, R\$ 194.533,07.

O resultado de 2019 pode ser explicado pela inclusão do item “Obras e Reformas” no montante dos custos diretos e indiretos, adicionando assim, R\$ 6.892.491,08 no custeio do hospital. Retirando este valor da análise, pelo motivo de não haver relação direta com a realização dos procedimentos, o valor dos custos no ano de 2019 cai para R\$ 11.963.909,35, o que implica em uma diferença entre o valor da produção e os custos diretos e indiretos no ano de 2019 de R\$ 6.697.958,00, ou seja, o faturamento foi 55,98% maior que os custos. No ano de 2020 ocorreu a mesma situação. Ao descontar o item “Obras e Reformas” dos custos

diretos e indiretos, obteve-se o montante de R\$ 14.725.947,15, que representa um faturamento 54,77% maior que os custos diretos e indiretos.

No Gráfico 4, foram retirados os gastos com obras e reformas da somatória dos custos diretos e indiretos.

Gráfico 4 - Comparação entre os custos diretos e indiretos e o faturamento com a subtração dos valores referentes às obras e reformas.



Fonte: Elaboração própria.

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. Além disso, como pode ser visto na comparação do faturamento, já convertido em valores de mercado, com a soma dos custos diretos e indiretos mostrada no Gráfico 4, a utilização dos recursos pela entidade é feita de maneira eficiente, visto que o valor produzido se mostra superior ao valor utilizado para realização dos serviços.

É possível observar no Gráfico 4 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. O estudo de

Guedes (2017) também vai ao encontro do resultado obtido nessa pesquisa, porque verificou por meio de Análise Envoltória de Dados, que o HU-UFSCar é considerado eficiente em uma amostra de 31 Hospitais Universitários Gerais no Brasil sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Nesse sentido, Slomski *et al.* (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.

Os dados obtidos acerca da análise das informações financeiras sobre as receitas e a produção do Hospital nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020, mostram que o HU-UFSCar utiliza os recursos repassados pelo Estado com eficiência. Sendo assim, com o objetivo de responder à questão central deste trabalho que é analisar em que medida o financiamento do SUS impacta na gestão financeira do HU-UFSCar, constatou-se que não foi possível observar os efeitos do subfinanciamento, existente na saúde brasileira, na gestão financeira do HU-UFSCar pois, com a capacidade instalada, o Hospital realizou uma grande quantidade de procedimentos ambulatoriais e internações no período estudado a um custo inferior aos valores praticados pelo mercado.

No entanto, destaca-se que a entidade não atingiu sua previsão inicial da disponibilização de 250 leitos de média e alta complexidade, conforme descrito no Relatório Anual de Gestão 2016 publicado no site da EBSERH (BRASIL, 2017). Em 2020, segundo o Relatório de Gestão 2020, a quantidade de leitos em funcionamento era de 75 (BRASIL, 2021c). Portanto, é possível concluir que, de certa forma, o subfinanciamento impõe limitações na quantidade de atendimentos do HU-UFSCar pois, caso todos os módulos previstos estivessem concluídos, seriam realizados mais atendimentos. Isto vai ao encontro das afirmações dos autores citados neste estudo, como por exemplo, Celuppi *et al.* (2019), que afirmam ser o subfinanciamento um dos maiores entraves na universalização do acesso à saúde.

No entanto, é possível notar que o hospital está em processo de ampliação e melhoramento dos serviços. Além disso, possui um gerenciamento voltado para a

maximização dos resultados na utilização dos recursos, que é comprovado na comparação dos valores da produção do HU-UFSCar com o setor privado com base na CBHPM em que o hospital alcança um valor de faturamento maior que os custos.

4 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 desequilibrou 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. Além disso, espera-se que os resultados apresentados nesta pesquisa colaborem para melhorar ainda mais a transparência do HU-UFSCar de forma que seja evidenciada a forma que os recursos investidos pelo Estado são gerenciados com o objetivo de produzir bons resultados econômicos. Pois, conforme Slomski *et al.* (2010) ressaltam, existe a necessidade de os agentes públicos prestarem contas de forma ampla e transparente permitindo que seja possível a população avaliar o desempenho dos gestores públicos.

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.

O resultado deste 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.

Ademais, outro possível parâmetro para se avaliar se os recursos são suficientes, é a aferição da qualidade dos atendimentos. Nesse sentido, Naranjo-Gil, Sánchez-Expósito e Gómez-Ruiz (2016) afirmam que somente as informações financeiras dificilmente são suficientes para demonstrar a qualidade dos serviços prestados. Portanto, sugere-se que novos estudos sejam realizados com o intuito de verificar se, além de utilizar apropriadamente os recursos financeiros, o atendimento ao paciente é feito de forma satisfatória. Pois, conforme Silva e Hecksher (2016) afirmam, uma forma de aprimorar a gestão e atingir melhores resultados tem relação com a habilidade de “avaliar e melhorar a qualidade dos serviços na visão dos usuários.” (SILVA; HECKSHER, 2016, p. 982).

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, Ferreira e Alemão (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.

Uma última questão a se considerar, visto que a previsão inicial é que o HU-UFSCar opere com 250 leitos de média e alta complexidade, é se o Hospital conseguirá manter uma boa gestão dos recursos recebidos à medida que a quantidade de leitos em funcionamento for sendo ampliada pois, os resultados obtidos por Guedes (2017) concluíram que uma parcela considerável de Hospitais Universitários de médio e grande portes se mostraram ineficientes.

Nesse sentido, sugere-se que sejam feitos estudos futuros no HU-UFSCar que considerem uma possível ampliação na quantidade de leitos oferecidos.

REFERÊNCIAS

- AGARWAL, A.; MANN, C.; ABDELLA, E.; MITIKU, W.; ALEBACHEW, A.; BERMAN, P. 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**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 1-12, maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05218-1>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05218-1>. Acesso em: 24 maio 2021.
- ALMEIDA, E. **Econometria espacial aplicada**. 1. ed. São Paulo: Alínea, 2012. 498 p.
- AMB, Associação Médica Brasileira. **CBHPM-2016: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos**. Barueri: Manole, 2016. 212 p. Disponível em: <https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2017/08/CBHPM-2016.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.
- AMB, Associação Médica Brasileira. **CBHPM-2018: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos**. Barueri: Manole, 2018. 224 p. Disponível em: https://asmemgo.org.br/wp-content/uploads/2019/07/CBHPM_2018.pdf. Acesso em: 07 jul. 2021.
- ANDRADE, S. R.; RUOFF, A. B.; PICCOLI, T.; SCHMITT, M. D.; FERREIRA, S. A.; XAVIER, A. C. A. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 1-12, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8fLRLYFMZLVwT3BxBHCJRSs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- BAPTISTA, V. F. A governança pública como antigovernança. **Revista Espaço Acadêmico**, [s.l.], n. 194, p. 122-134, ago/2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/34106/19747>. Acesso em: 12 out. 2020.
- BARROS M. E. D.; PIOLA S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES R.; PIOLA S. F.; ROA A. C. **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. 2016. p. 103-138. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em: 02 jan. 2022.
- BICUDO, M. A. V. A lógica da pesquisa qualitativa e os modos de procedimentos nela fundados. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 9, n. 22, p. 540-552, dez. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2021.v.9.n.22.507>. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/507/291>. Acesso em: 11 jan. 2022.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF:

Presidência da República, out. 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29/2000**, de 13 de setembro de 2000. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em 11 dez. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95/2016**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 16 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Contratualização**. São Carlos, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufscar/governanca/contratualizacao>. Acesso em: 02 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Plano Diretor Estratégico 2021-2023 do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos**. São Carlos, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufscar/acao-a-informacao/programas-e-projetos/programas-projetos-e-acoas>. Acesso em: 13 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. **Plano Diretor Estratégico 2017-2018 do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos: desafios e oportunidades**. São Paulo, 2016b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufscar/acao-a-informacao/programas-e-projetos/programas-projetos-e-acoas>. Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Receitas e Despesas**. Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos - SP, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufscar/acao-a-informacao/receitas-e-despesas>. Acesso em: 02 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Relatório Anual de Gestão 2016**. Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos - SP, 2017. Disponível em:

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/1386480/1386539/RELAT%C3%93RIO+DE+GEST%C3%83O+HU-UFSCar+2016.pdf/3f763446-8143-4519-a286-5cfabd03c92f>. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Relatório de Gestão 2018-19**. Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos - SP, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufscar/governanca/relatorios-de-gestao/relatorio-de-gestao-2018-19.pdf/view>. Acesso em: 13 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Relatório de Gestão 2020**. Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos - SP, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufscar/governanca/relatorios-de-gestao/relatorio-de-gestao-2020.pdf/view>. Acesso em: 13 jan. 2022.

BROUWER, W; BAAL, P. V; EXEL, J. B; VERSTEEGH, M. When is it too expensive? Cost-effectiveness thresholds and health care decision-making. **The European Journal of Health Economics**. v. 20, n. 2, p. 175-180, mar. 2019. DOI: 10.1007/s10198-018-1000-4. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10198-018-1000-4.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2021.

CELUPPI, I. C.; GEREMIA, D. S.; FERREIRA, J.; PEREIRA, A. M. M.; SOUZA, J. B. de. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 302-313, abr./jun. 2019. DOI: 10.1590/0103-110420191210. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43n121/302-313/pt>. Acesso em: 03 jan. 2020.

CBHPM. **Comunicado Oficial**. 2016. Disponível em: http://www.spp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/COMUNICADO-CBHPM-2016_2017.pdf. Acesso em: 07 jul. 2021.

CBHPM. **Comunicado Oficial**. 2017. Disponível em: https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2017/11/COMUNICADO-CBHPM-2017_2018.pdf. Acesso em: 07 jul. 2021.

CBHPM. **Comunicado Oficial**. 2018. Disponível em: https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2018/12/COMUNICADO-CBHPM-2018_2019.pdf. Acesso em: 07 jul. 2021.

CBHPM. **Comunicado Oficial**. 2019. Disponível em: <https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2020/02/2019-10-29-Porte-e-UCO-R-2107.pdf> Acesso em: 07 jul. 2021.

CBHPM. **Comunicado Oficial**. 2020. Disponível em: http://www.sbp.org.br/wb/wp-content/uploads/2021/11/COMUNICADO-CBHPM-2021_2022.pdf. Acesso em: 07 jul. 2021.

COHN, A. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 32, n. 93, p. 225-241, 2018. DOI: 10.5935/0103-4014.20180040. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v32n93/0103-4014-ea-32-93-0225.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2019.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. 30 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017. 1088 p.

FONSECA, H. L. P. da; CUNHA JÚNIOR, L. A. P. da. A criação do serviço social autônomo

do Instituto Hospitalar de Base como novo modelo de gestão hospitalar do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. 2053-2064, jun. 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018246.08502019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2053.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2019.

FREGONESI, M. S. F. A.; SLOMSKI, V. Valor Econômico Agregado à sociedade por entidades públicas. In: CONGRESSO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 7., 2007, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: USP, 2007. Disponível em: <https://congressousp.fipecafi.org/anais/artigos72007/443.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2021.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 12, p. 4405-4415, dez. 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182412.25892019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n12/1413-8123-csc-24-12-4405.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2017. 192 p.

GONÇALVES, M. A.; FERREIRA, B. P.; ALEMÃO, M. M. Risco operacional no setor saúde: financiamento pelo SUS paralelo aos gastos na fundação hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Revista Gestão & Tecnologia**, Pedro Leopoldo, v. 14, n. 1, p. 126-150, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://revistagt.fpl.edu.br/get/article/view/532/505>. Acesso em: 26 jul. 2021.

GUEDES, F. J. R. **Análise da Eficiência de Hospitais Universitários Sob a Gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)**. 2017. 129f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação Lato Sensu) - Curso de Especialização em Gestão Estratégica, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/FACE-BEDSHP/1/an_lise_da_efici_ncia_de_hospitais_universit_rios_sob_a_gest_o_da_empresa_brasileira_de_servi_os_hospitalares__ebserh__v_1.pdf. Acesso em: 05 ago. 2020.

KAPLAN, R. S.; PORTER, M. E. How to solve the cost crisis in health care. **Harvard Business Review**, v. 89, n. 9, p. 46-52, set. 2011. Disponível em: <https://outcomesbasedhealthcare.com/How-to-Solve-Cost-Crisis.pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.

KLAZINGA, N. *Health system performance management: quality for better or for worse*. **Eurohealth**, London, v. 16, n. 3, p. 26-28, 2010. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf. Acesso em: 14 out. 2020.

KOS, S. R.; SANTOS, N. P. dos; KLEIN, L.; SCARPIN, J. E. Repasse do SUS VS custo dos procedimentos hospitalares: É possível cobrir os custos com o repasse do SUS? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 22., 2015, Foz do Iguaçu, PR. **Anais [...]**. 2015. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4026/4027>. Acesso em: 23 dez. 2019.

MARTINS, M.; LIMA, S. M. L.; ANDRADE, C. L. T. de; PORTELA, M. C. 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**, [s. l.], v. 24, n. 12, p. 4541-4554, dez. 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182412.25262019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n12/1413-8123-csc-24-12-4541.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2019.

MAZON, L. M.; FREITAS, S. F. T. de; COLUSSI, C. F. Financiamento e gestão: a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 1521-1532, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.09712019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/55dC6KfZxm8yZfSyMnXY7TF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2021.

MENDES Á.; FUNCIA F. R. O SUS e seu financiamento. *In*: MARQUES R.; PIOLA S. F.; ROA A. C. **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. 2016. p. 139-168. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em: 02 jan. 2022.

MERCIER, G.; NARO, G. Costing Hospital Surgery Services: the method matters. **Plos One**, [s. l.], v. 9, n. 5, p. e97290, maio 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0097290. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0097290>. Acesso em: 20 maio 2021.

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. COVID-19-related hospital cost-outcome analysis: The impact of clinical and demographic factors. **Revista Brasileira de Doenças Infecciosas**. [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1-9, jul./ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101609>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34454894/>. Acesso em: 14 jan. 2022.

NARANJO-GIL, D.; SÁNCHEZ-EXPÓSITO, M.; GÓMEZ-RUIZ, L. Traditional vs. Contemporary Management Control Practices for Developing Public Health Policies. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [s.l.], v. 13, n. 7, p. 1-13, jul. 2016. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph13070713>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/13/7/713/htm>. Acesso em: 15 out. 2020.

OLIVEIRA, A. G. de; PISA, B. J. IGovP: índice de avaliação da governança pública - instrumento de planejamento do estado e de controle social pelo cidadão. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1263-1290, set./out. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7612136179>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122015000501263. Acesso em: 13 out. 2020.

OLIVEIRA, M. M. de; FULLER, T. L.; GABAGLIA, C. R.; CAMBOU, M. C.; BRASIL, P.; VASCONCELOS, Z. F. M. de; NIELSEN-SAINES, K. Repercussions of the COVID-19 pandemic on preventive health services in Brazil. **Medicina preventiva**. [s. l.], v. 155, n.

2022, p. 1-6, dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypped.2021.106914>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8716082/pdf/main.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2022.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M. de; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 411-422, fev. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015212.10402015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0411.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2019.

PÖHLMANN, J.; NORRBACKA, K.; BOYE, K. S.; VALENTINE, W. J.; SAPIN, H. 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**, [s. l.], v. 21, n. 8, p. 1179-1196, out. 2020. DOI: 10.1007/s10198-020-01229-1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7561572/>. Acesso em: 20 maio 2021.

PORTER, M. E. What Is Value in Health Care? **New England Journal Of Medicine**, [s. l.], v. 363, n. 26, p. 2477-2481, dez. 2010. DOI: 10.1056/NEJMp1011024. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1011024?articleTools=true>. Acesso em: 24 maio 2021.

RAMOS, V. R. B. **O Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS) pelo Hospital Universitário da UFSCar no ano de 2017**. 2019. 119f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos) – Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos (PPGGOSP), Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/11090>. Acesso em: 16 out. 2020.

SANTOS, N. R. dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06092018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1729.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2019.

SANTOS, R. V.; BORGERT, A.; BORGERT, E. A. Relação entre os custos de um hospital universitário e o reembolso do Sistema Único de Saúde-SUS. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 24., 2017, Florianópolis, SC. **Anais [...]**. 2017. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4381/4381>. Acesso em: 02 dez. 2019.

SAUSEN, J. da F. C. L.; CARDOSO, V. V.; BAGGIO, D. K.; MUELLER, A. A. Controle social na saúde complementar em um município brasileiro do noroeste gaúcho: entre a gestão social e a gestão estratégica. **Interações**, Campo Grande, MS, v. 22, n. 2, p. 421-437, abr./jun. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v22i2.2671>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/fJqCD4DHbwX7WT9HtnhX4bM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 jan. 2022.

SILVA, E. R.; HECKSHER, S. D. Qualidade do atendimento em serviços públicos de saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Brasília, v.7, (Supl. 1), p. 980-992, jul. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3564/3247>. Acesso em: 19 out. 2020.

SILVA, J. M. A da. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E CULTURA PATRIMONIALISTA. **Práticas de Administração Pública**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 25-41, jan./abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5902/2526629225590>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/pap/article/view/25590/15329>. Acesso em: 02 out. 2020.

SILVA, J. P. T. Análise da eficiência de hospitais regionais em um estado do Nordeste. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 84-97, jan./mar. 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n120/0103-1104-sdeb-43-120-0084.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2019.

SLOMSKI, V.; CAMARGO, G. B.; AMARAL FILHO, A. C. C.; SLOMSKI, V. G. 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**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 933-937, jul./ago. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/VwpbtnKx9jmNTb67GbytgLq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 ago. 2021.

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. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 8, p. 2783-2792, ago. 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018248.34462018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n8/2783-2792/pt>. Acesso em: 27 dez. 2019.

TENÓRIO, F. G. **Uma alternativa: gestão social**. Ijuí: Editora Unijuí, 2016. 264 p.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290 p.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. 1.ed. Porto Alegre: Penso, 2016. 336 p.