

RELAÇÃO ENTRE A REMUNERAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, OS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS HOSPITALARES E O RESULTADO: ESTUDO NAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

RELATIONSHIP BETWEEN THE REMUNERATION OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM, THE COSTS OF HOSPITAL PROCEDURES AND THE RESULT: STUDY IN THE HOLY HOUSES OF MERCY OF THE STATE OF SÃO PAULO

LA RELACIÓN ENTRE LA REMUNERACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, LOS COSTES DE LOS PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS Y EL RESULTADO: ESTUDIO EN LAS SANTAS CASAS DE MISERICORDIA DEL ESTADO DE SÃO PAULO

Maria Beatriz Nunes Pires

Universidade Estadual de Maringá - UEM
beatriz@planisa.com.br

Rosangela de Oliveira

Universidade Estadual de Maringá - UEM
rosangela_oliveira1985@hotmail.com

Caio Cesar Violin de Alcantara

Universidade Estadual de Maringá - UEM
caioalcantara94@gmail.com

Katia Abbas

Universidade Estadual de Maringá - UEM
katia_abbas@yahoo.com.br

RESUMO

As Santas Casas exercem papel fundamental e estratégico na assistência à saúde dos brasileiros, se destacando pela representatividade no atendimento aos pacientes do sistema público de saúde, o qual as remunera com base em uma tabela padrão e benefícios adicionais. Nesse sentido, o estudo se propõe a responder a seguinte questão: Como a remuneração do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com os incentivos em relação aos custos dos procedimentos hospitalares, afeta o resultado das Santas Casas do estado de São Paulo? Para responder ao problema proposto, o estudo tem por objetivo investigar se o endividamento das Santas Casas do Estado em questão pode ser explicado pela insuficiência da remuneração do SUS. A pesquisa tem caráter descritivo, com abordagem qualitativa, realizada com 10 Santas Casas do estado de São Paulo. A partir dos achados, verificou-se que o financiamento das Santas Casas é caracterizado pela defasagem entre os custos dos serviços e a sua remuneração, mesmo com os incentivos oferecidos, gerando resultados negativos e um endividamento crescente nessas instituições.

Palavras-chave: Santas Casas. Endividamento. Custos.

ABSTRACT

Holy Houses have a fundamental and strategic role in the health care of Brazilians, standing out for its representativeness in the care of patients in the public health system, which remunerates them based on a standard table and additional benefits. In this sense, the study proposes to answer the following question: How does the remuneration of the Unified Health System (SUS), even with the incentives in relation to the costs of hospital procedures, affect the results of Holy Houses in the state of São Paulo? In order to respond to the proposed problem, the objective of the study is to investigate whether the indebtedness of the Holy Houses of the state in question can be explained by the insufficient remuneration of the SUS. The research has a descriptive character, with a qualitative approach, carried out with 10 Holy Houses of the state of São Paulo. Based on the findings, it was verified that the financing of Holy Houses is characterized by a gap between the costs of services and their remuneration, even with the incentives offered, generating negative results and increasing indebtedness in these institutions.

Keywords: Holy Houses. Indebtedness. Costs.

RESUMEN

Las Santas Casas desempeñan un papel fundamental y estratégico en la asistencia a la salud de los brasileños, destacándose por la atención a los pacientes del sistema público de salud, el cual las remunera con base en una tabla estándar y beneficios adicionales. En este sentido, el estudio se propone responder a la pregunta: ¿Cómo la remuneración del Sistema Único de Salud (SUS), incluso con los incentivos en relación a los costos de los procedimientos hospitalarios, afecta el resultado de las Santas Casas del estado de São Paulo? Para responder al problema, el estudio tiene por objetivo investigar si el endeudamiento de las Santas Casas de este estado puede ser explicado por la insuficiencia de la remuneración del SUS. La investigación tiene carácter descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado con 10 Santas Casas del estado de São Paulo. A partir de los hallazgos, se verificó que la financiación de las Santas Casas se caracteriza por el desfase entre los costos de los servicios y su remuneración, incluso con los incentivos ofrecidos, generando resultados negativos y un endeudamiento creciente en esas instituciones.

Palabras clave: Santas Casas. Endeudamiento. Costos.

INTRODUÇÃO

O sistema hospitalar brasileiro é composto por diversos arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade, abrangendo tanto o setor público quanto o privado (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Os prestadores privados são a maioria, respondendo por 62% do total de 452.488 leitos de internação existentes no Brasil no ano de 2014 (TABNET/DATASUS, 2017), dentre os quais se

enquadram as instituições filantrópicas, que se diferenciam das demais pelo caráter não-lucrativo (ACIOLE, 2006).

Os hospitais filantrópicos atuam de forma significativa no setor hospitalar brasileiro. Ao final do ano de 2014, das 6.880 unidades hospitalares existentes no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, 1.466 (21%) eram classificadas como entidades filantrópicas sem fins lucrativos (CNES/DATASUS, 2017), respondendo por 31% do total de leitos de internação do país (TABNET/DATASUS, 2017). Tal importância é evidenciada também na Constituição Federal, que prioriza a participação das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos na prestação de serviços privados de assistência à saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Para que uma entidade de saúde seja reconhecida como filantrópica, e usufrua dos benefícios, é preciso que a mesma obtenha uma certificação junto ao Ministério da Saúde. Para tanto, torna-se necessário o cumprimento de requisitos, tais como a celebração de convênio junto ao SUS, ofertando os serviços ao mesmo no percentual mínimo de 60%, além de comprovar anualmente tal prestação de serviço ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, uma parcela significativa do atendimento hospitalar é custeada pelo SUS por intermédio de mecanismos de repasses e pagamentos, os quais ao longo do tempo vêm sendo consolidados e racionalizados (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Contudo, a ligação com o sistema público passou a representar um problema para os hospitais sem fins lucrativos, pois os mesmos encontram-se endividados devido ao financiamento deficitário do sistema (CMB, 2017).

Apesar da sua relevância no cenário da saúde brasileira, o financiamento das entidades filantrópicas é caracterizado pela contínua defasagem entre os custos dos serviços e a sua remuneração, resultando num crescente e ininterrupto endividamento (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012). Em média, o valor reembolsado pelo SUS ao setor privado é inferior ao custo dos procedimentos realizados, fato este que contribui para a crise financeira das instituições filantrópicas (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009), dentre elas as Santas Casas.

Tidas como a faceta mais visível e emblemática do setor filantrópico (ACIOLE, 2006), as Santas Casas destacam-se nesse cenário, sendo que em 2014 havia 461 unidades no país, das quais 92% possuíam convênio com o SUS (CNES/DATASUS, 2017), o que significa dizer que uma parcela significativa de sua receita operacional provém do sistema público (ACIOLE, 2006). Tal vínculo resultou em um *déficit* acumulado às entidades filantrópicas próximo a R\$ 21 bilhões, no final do ano de 2015 (ANTONELLI, 2016), demonstrando uma inversão de papéis, onde o segmento em questão contribui para o financiamento do SUS, quando deveria ocorrer ao contrário (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012).

Diante do exposto, frente a essa relação entre o SUS e as entidades filantrópicas, o presente estudo se propõe a responder a seguinte questão: Como a remuneração do SUS, mesmo com os incentivos em relação aos custos dos procedimentos hospitalares, afeta o resultado das Santas Casas do estado de São Paulo? Para responder ao problema proposto, o estudo tem por objetivo investigar se o endividamento das Santas Casas do estado de São Paulo pode ser explicado pela insuficiência da remuneração do SUS.

Justifica-se a realização do estudo pelo fato da literatura sobre gestão hospitalar focar em pesquisas direcionadas ao cálculo dos custos, como por exemplo os estudos Baumgartner (1998), Abbas (2001), Vargas (2002), Struett et al. (2007), Leoncine (2010) e Souza et al. (2012), dentre vários outros. De acordo com Cunha, Souza e Ferreira (2014) e Avelar et al. (2015), são poucos os estudos que abordam a situação financeira e o endividamento dos hospitais, apesar da grande representatividade e importância dessas organizações no sistema de saúde brasileiro nos últimos anos. Dentre estes estudos, que evidenciam a comparação entre os valores reembolsados pelo SUS e os custos reais dos hospitais, se destacam o de Botelho (2006), Raimundini et al. (2006), Souza et al. (2013) e Kos et al. (2015).

O estudo de Botelho (2006) teve como objetivo delinear um modelo de implantação do Método de Custeio Baseado em Atividades (ABC) que fosse aplicável a organizações hospitalares. Para tanto, o autor apurou e analisou os custos de procedimentos hospitalares em um hospital universitário de Montes Claros, Minas Gerais. Por meio do estudo de caso realizado, o autor concluiu que o repasse do SUS paga apenas 48,50% dos custos de um parto normal, e que a maioria das clínicas do hospital pesquisado apresenta prejuízos nessa relação.

Já Raimundini et al. (2006), analisaram a aplicabilidade também do Custeio Baseado em Atividades como ferramenta de gestão financeira para hospitais públicos, além de analisar os custos hospitalares identificados por este tipo de custeio em dois hospitais universitários, localizados no Paraná e em Minas Gerais. Tendo como objeto de estudo os procedimentos de parto normal e parto cesárea, os autores concluíram que os valores repassados pelos SUS, aos dois hospitais analisados, superaram os custos incorridos.

Souza et al. (2013) verificaram a suficiência do valor repassado pelo SUS em procedimentos de urologia, frente aos custos incorridos para a sua realização. Por meio do estudo de caso, em um hospital localizado na região metropolitana do estado de Minas Gerais, os autores concluíram que o valor repassado é insuficiente para cobrir os custos de todos os procedimentos analisados, destacando-se uma diferença significativa entre tais valores.

Em uma pesquisa com o objetivo de verificar a relação entre os repasses do SUS e os custos dos procedimentos de um hospital beneficente da região centro-oeste do Paraná, Kos et al. (2015) apuraram e analisaram os custos de alguns procedimentos por meio do custeio por absorção, e concluíram que, em 90% dos procedimentos selecionados, o valor repassado pelo SUS é superior ao custo médio apurado.

Frente ao exposto, a relevância deste estudo está centrada no tamanho da amostra, uma vez que são analisadas as relações entre os valores repassados pelo SUS e os custos reais dos procedimentos analisados em 10 instituições hospitalares, ampliando assim, a representatividade dos achados. Além disso, destaca-se o fato do presente estudo focar nas Santas Casas, que, segundo Aciole (2006), são consideradas a faceta emblemática do setor filantrópico.

Justifica-se a opção pelas entidades do Estado de São Paulo pelo fato de que, das 425 Santas Casas brasileiras credenciadas ao SUS em 2017, 51% estão localizadas nesse estado (CNES/DATASUS, 2017). Por fim, o período a ser analisado compreende o ano de 2014, por este ter sido marcado pela interrupção do atendimento de urgência e emergência no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em virtude da falta de recursos para aquisição de materiais e medicamentos (FEHOSP, 2014), evidenciando de forma alarmante a situação deficitária do setor filantrópico.

Além desta Introdução, este estudo está organizado em mais quatro seções. A segunda seção contextualiza primeiramente o SUS, abordando em seguida as entidades filantrópicas e as Santas Casas e também a gestão de custos em hospitais brasileiros. A terceira seção apresenta os procedimentos metodológicos do estudo, seguida, na quarta seção pela análise dos resultados. E, por fim, a quinta seção apresenta as considerações finais do estudo.

REFERENCIAL TEÓRICO

Sistema Único de Saúde (SUS)

A partir da Constituição Federal do Brasil de 1988, a saúde é caracterizada como um direito do cidadão e um dever do estado, visando a redução e o risco de doença e outros agravos, além de disponibilizar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Para tanto, criou-se o SUS, que constitucionalmente pode manter relações com as instituições privadas, as quais são livres para atuarem de forma complementar ao sistema, tendo preferência de atuação as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (BRASIL, 1988). Em 2014, 71% do total de leitos existentes no país possuía convênio com o SUS, e destes, apenas 17% representavam as entidades privadas lucrativas, enquanto 31% se tratavam de leitos de entidades privadas sem fins lucrativos e 52% de entidades públicas (TABNET/DATASUS, 2017). Assim, percebe-se que o SUS conta mais com as instituições filantrópicas do que com as instituições privadas com fins lucrativos, visto que a disponibilidade de leitos hospitalares de entidades de caráter lucrativo é inferior a de leitos de estabelecimentos filantrópicos (MENICUCCI, 2003).

Considerando-se os convênios firmados entre o SUS e as instituições privadas com ou sem fins lucrativos, dentre elas as filantrópicas, tem-se que uma parcela significativa do atendimento hospitalar

dessas instituições é custeada pelo SUS, por intermédio de mecanismos de repasses e pagamentos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Um desses mecanismos é a Tabela SUS que, segundo o Conselho Federal de Medicina, é o padrão de referência para o pagamento dos serviços prestados por estabelecimentos conveniados e filantrópicos que atendem a rede pública de saúde (CFM, 2015). Contudo, segundo La Forgia e Couttolenc (2009), os pagamentos não são baseados no custo dos serviços e não refletem os custos reais, de forma que a remuneração paga pelo SUS em muitos casos não cobre os custos incorridos na prestação do serviço (GUERRA, 2011), o que pode, em partes, ser explicado pelo fato da tabela estar defasada, não acompanhando nem os índices inflacionários do período (CFM, 2015). Como resultado, os hospitais conveniados ou contratados pelo SUS têm lidado com sérios problemas financeiros (GUERRA, 2011), destacando-se os filantrópicos, altamente impactados pelos repasses do SUS em virtude da taxa mínima de atendimento de 60% (BRASIL, 2009), aliado ao fato dos valores serem insuficientes para cobrir os gastos com os pacientes (APARECIDA et al., 2014).

Nesse contexto, como uma forma de estimular o desenvolvimento de ações assistenciais e a sua realização em regime de parceria com o Poder Público, a legislação disponibiliza incentivos financeiros e fiscais às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (MENICUCCI, 2003), dentre os quais tem-se o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) e o Santa Casa SUStentáveis, sendo este um auxílio específico do estado de São Paulo. O IAC é destinado aos estabelecimentos constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, que possuam trinta ou mais leitos ativos devidamente cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde. O valor do IAC corresponde a 50% do valor contratado entre o gestor de saúde responsável e o hospital, para a média complexidade (PORTARIA N. 2.035/2013). Segundo o Ministério da Saúde, 155 hospitais de ensino e 657 hospitais filantrópicos se encontravam contratualizados em 2013, correspondendo a aproximadamente R\$ 900 milhões/ano referente aos recursos de incentivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Já o auxílio financeiro às instituições filantrópicas, Santas Casas SUStentáveis, tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento de um parque hospitalar de referência, no estado de São Paulo, com capacidade de prestar serviços de qualidade e resolutivos de média e alta complexidade, que atendam às demandas da população, em especial as encaminhadas pelo SUS, e integrar as redes de atenção à saúde no estado. Destaca-se que para as Santas Casas efetuarem a adesão a tal auxílio, dentre as exigências, consta o processo de implantação de custos hospitalares por meio do método de custeio por absorção (SÃO PAULO, 2014). O critério para seleção dos hospitais a serem beneficiados pelo programa Santas Casas SUStentáveis é a divisão em três categorias, sendo elas: hospitais estruturantes, hospitais estratégicos e hospitais de apoio. Os hospitais estruturantes compreendem aqueles de referência em atendimentos complexos, como cirurgias cardiovasculares e torácicas, hemodiálise e neurocirurgias. Os hospitais estratégicos são os de pequeno e médio porte e de cirurgias eletivas e os hospitais de apoio são os de leitos de longa permanência e casos crônicos. Com relação aos incentivos, tais modalidades recebem respectivamente 70%, 40% e 10% sobre os valores aprovados de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, os quais totalizaram em 2014 o repasse de R\$ 351 milhões (COSEMS/SP, 2014).

Frente ao exposto, verifica-se a importância do setor privado na prestação de serviços hospitalares no país, com 62% dos leitos totais no ano de 2014, dentre os quais, 55% possuíam convênio com o SUS, recebendo financiamento público (TABNET/DATASUS, 2017). Assim, como os hospitais privados são os principais provedores de assistência hospitalar, sua fragilidade financeira compromete a estabilidade de todo o sistema de saúde brasileiro (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009), em especial no que diz respeito aos hospitais filantrópicos, que ofertam 60% ou mais de internações ao SUS (CARVALHO, 2005; BRASIL, 2009) e que, em 2014, concentravam 31% dos leitos de internação à disposição do SUS (TABNET/DATASUS, 2017).

Entidades filantrópicas

Diante das mudanças econômicas que afetam o país, o governo busca incentivar o desenvolvimento de organizações não-governamentais sem fins lucrativos para o desempenho de

atividades voltadas ao interesse público e social em parceria com ele. Como consequência disso, estas organizações se tornam importantes agentes para a melhoria da sociedade em geral e para o desenvolvimento econômico do mercado (COLAUTO; BEUREN, 2003). Nesse âmbito têm-se as entidades filantrópicas, que se destacam na atividade socioeconômica do Brasil (COLAUTO; BEUREN, 2003), pois reúnem três condições que lhe concedem relevância na formulação de políticas de saúde: prestar serviços para o SUS; por vezes ser operador de planos de saúde; e ser prestador de serviços para outras operadoras de planos de saúde (LIMA et al., 2007).

Assim, são consideradas filantrópicas as entidades portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, concedido pelo Ministério de Assistência e Promoção Social (CARVALHO, 2005). Segundo Carvalho (2005), por meio da certificação a entidade obtém diversas isenções fiscais e tributárias, mas, por outro lado é exigida a oferta de 60% ou mais de internações ao SUS. Dessa forma, tais entidades têm sido subsidiadas pelo Estado, com a justificativa da oferta de serviços de natureza social com propósitos beneficentes, por meio de associações com o Estado, como acontece com o SUS, ou isoladamente (PORTELA et al., 2000).

O setor hospitalar filantrópico corresponde a uma importante parcela do parque hospitalar brasileiro (PORTELA et al., 2000), representando cerca de um terço dos leitos existentes no Brasil (TABNET/DATASUS, 2017). Tais hospitais se diferenciam dos privados com fins lucrativos, por não terem como objetivo de funcionamento o retorno financeiro, além de serem importantes prestadores de serviços para o SUS e também para o setor de Saúde Suplementar no Brasil (LIMA et al., 2007). As principais fontes de receita para os hospitais filantrópicos são o SUS e convênios com operadoras, porém, a operação de planos próprios pode constituir outra fonte de receita, vista como uma estratégia de sustentação financeira dessas organizações (LIMA et al., 2007), pois considerando-se a dificuldade de arcar com as despesas, tais hospitais buscam diversificar suas receitas (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Contudo, devido ao financiamento deficitário do sistema público, o mesmo passou a impactar negativamente os hospitais sem fins lucrativos (CMB, 2017), dentre eles os filantrópicos, pois apesar da sua relevância no sistema de saúde do país, seu financiamento é caracterizado pela contínua defasagem entre os custos incorridos e a remuneração, resultando num crescente e ininterrupto endividamento (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012). Assim, o futuro dos hospitais filantrópicos brasileiros torna-se incerto, pois muitos deles estão severamente subutilizados, altamente endividados e próximos à falência. O valor reembolsado pelo SUS ao setor privado é, em média, inferior ao custo dos procedimentos hospitalares, o que contribuiu para a crise financeira das entidades filantrópicas (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009), dentre as quais encontram-se as Santas Casas de Misericórdia.

Santas Casas de Misericórdia

As Santas Casas de Misericórdia são tidas como as instituições representativas do segmento filantrópico, simbolizando uma herança do passado colonial português que melhor retrata o sentimento de generosidade e altruísmo enraizados na filantropia (ACIOLE, 2006). A sua história, com mais de cinco séculos, se confunde com a própria história do Brasil (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012), tendo em vista que a primeira Santa Casa foi fundada no ano de 1543 na cidade de Santos (CREMESP, 2005). No decorrer da história do país, tais instituições tomaram frente da atenção à saúde da população brasileira carente (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012), mesmo quando ainda não existia o SUS. Em um cenário onde apenas os trabalhadores formais tinham acesso ao atendimento médico pelo Instituto Nacional da Previdência e Seguridade, cabia às Santas Casas garantir o atendimento do restante da população (CREMESP, 2005).

Nesse sentido, a atenção dispensada à saúde, desvinculada do lucro, coloca as Santas Casas e demais instituições filantrópicas em sintonia com os propósitos do serviço público. Destacam-se nesse cenário as Santas Casas, que dentre as 461 unidades existentes no país em 2014, 92% possuíam convênio com o SUS, sendo que a sua maioria (51%) encontrava-se no estado de São Paulo, seguido de 22% localizadas no estado de Minas Gerais e 7% no estado do Paraná, sendo esses os maiores percentuais de

concentração (CNES/DATASUS, 2017). Cabe ainda destacar o papel das Santas Casas no ensino médico do país, uma vez que elas abrem suas portas para a realização das atividades práticas e dos estágios de formação dos futuros médicos (ACIOLE, 2006). Assim, podem ser consideradas instituições que além da prestação de serviço, contribuem para a produção de conhecimento, riqueza e geração de empregos e formação de recursos humanos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012).

Dessa forma, as Santas Casas foram se constituindo em organizações complexas, presentes em vários recantos do país, que subsiste devido a uma hibridização envolvendo dois sistemas: SUS e planos próprios de saúde. Contudo, vale ressaltar que uma parcela significativa de sua receita operacional provém do SUS (ACIOLE, 2006), visto que as Santas Casas destinam 60% de seus serviços ao mesmo (BRASIL, 2009). Essa relação com o sistema público de saúde resultou em um *déficit* acumulado às entidades filantrópicas próximo a R\$ 21 bilhões, no final do ano de 2015 (ANTONELLI, 2016).

Nesse cenário, verifica-se uma inversão de papéis, onde o setor filantrópico contribui para o financiamento do SUS, quando na verdade deveria ocorrer ao contrário, uma vez que, em média, para cada R\$100 empregados pelos hospitais filantrópicos nos convênios e contratos com o SUS, há o reembolso de R\$ 65. Além disso, os maiores *déficits* são originados na assistência de média complexidade, onde as diferenças entre o valor reembolsado e o efetivamente gasto, em alguns casos, superam os 200% (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012).

Frente ao exposto, mostra-se interessante investigar se o endividamento das Santas Casas do estado de São Paulo pode ser explicado pela insuficiência da remuneração do SUS, mesmo com os incentivos proporcionados pelo governo.

A gestão de custos em hospitais brasileiros

O sucesso da administração hospitalar está em aproveitar da melhor forma possível os recursos estruturais, humanos e de clientes, de modo que cada estratégia operacional seja direcionada no sentido da consecução dos objetivos institucionais da organização (COLAUTO; BEUREN, 2003). Por serem instituições complexas e multidimensionais, os hospitais produzem uma variedade de serviços ou produtos, tais como: atendimento ao paciente (internação, ambulatório, emergência e diagnóstico), pesquisa e serviços de hotelaria, trabalho social, promoção e prevenção da saúde (ROTTA, 2004; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; SILVA; BOGERT; SCHULTZ, 2009).

Nesse contexto, há a necessidade de se analisar econômico-financeiramente as organizações hospitalares de modo a verificar a eficiência da gestão organizacional (SOUZA et al., 2014). O objetivo de realizar o controle de custos hospitalares é possibilitar a análise do custo do serviço prestado nas diversas áreas do hospital, de forma a proporcionar a identificação e elaboração de estratégias eficazes (CHING, 2001), visto que o conhecimento do custo dos procedimentos hospitalares é fundamental para uma precificação realista dos produtos e serviços, avaliando a eficiência e formulando políticas que promovam o uso racional dos recursos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

No cenário brasileiro, caracterizado por um sistema de saúde deficitário (CMB, 2017), a apuração e o controle dos custos hospitalares tornam-se uma necessidade, de modo a proporcionar o gerenciamento e acompanhamento dos serviços, bem como a implantação de medidas corretivas que visem um melhor desempenho das unidades (ABBAS, 2001). Destaca-se que tal necessidade se aplica tanto aos hospitais com ou sem fins lucrativos, visto que os primeiros buscam otimizar o resultado para remunerar o capital investido, já os últimos o fazem visando a melhoria dos serviços bem como o atendimento à crescente demanda da comunidade (ALMEIDA, 1987).

Tradicionalmente, no Brasil o custeio por absorção pleno é o mais utilizado em hospitais (ABBAS et al., 2015), aliado a isso, tem-se que para as Santas Casas efetuarem a adesão à Santas Casas SUStentáveis, é necessária a implantação do método de custeio por absorção para apuração dos custos (SÃO PAULO, 2014), conforme exposto na seção 2.1. Contudo, as informações de custo no Brasil possuem limitações que comprometem o seu uso efetivo, tais como: baixa qualidade dos múltiplos e não padronização sistemas de custos (quando existem) e falhas gerenciais para aplicar os dados disponíveis às operações (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Nesse contexto, segundo tais autores, existem amplas variações de

custo para um mesmo procedimento, tanto entre casos como entre instituições, decorrentes da falta de padronização das práticas clínicas e dos métodos de custeio adotados pelos hospitais.

Além disso, fatores como a taxa média de permanência do paciente e a taxa de ocupação são indicadores que podem ajudar a explicar a variação dos custos hospitalares (BARNUM E KUTZIN, 1993). A taxa média de permanência é representada pela relação entre o total de pacientes/dia num determinado período e o total de pacientes com alta no mesmo período, incluindo óbitos e transferências. Já a taxa de ocupação hospitalar é o resultado da relação percentual entre o número de pacientes/dia, em determinado período, e o número de leitos/dia no mesmo período (PORTARIA N. 1101/GM).

Nesse sentido, internações longas, sendo essas desnecessárias, podem aumentar artificialmente a taxa de ocupação do leito (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009), visto que se uma ocupação maior for caracterizada por poucas admissões e estadas longas, os custos de hospedagem serão mais elevados em relação ao número de pacientes, quando na realidade, uma maior taxa de ocupação tende a resultar em custos menores, visto que os custos indiretos são alocados aos leitos preenchidos (GUERRA, 2011). Contudo, embora tais indicadores influenciem nos custos dos procedimentos, no Brasil eles raramente são utilizados para avaliação e monitoramento dos cuidados hospitalares (MARTINS et al., 2004).

Inserido nesse cenário, marcado pelas amplas variações de custo tanto nas Santas Casas quanto entre elas, o SUS se apresenta como a principal fonte de financiamento para a atenção hospitalar, reembolsando hospitais e clínicas com base na tabela de procedimentos do Ministério da Saúde, a qual determina o preço de cada procedimento ou serviço realizado (GUERRA, 2011). Dessa forma, o valor do repasse realizado pelo SUS não é obtido com base na quantidade de medicamentos e materiais médico e hospitalares efetivamente utilizados, além de não considerar os dias de permanência efetivos do paciente no hospital (RAIMUNDINI et al., 2006).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tendo em vista o objetivo deste trabalho, foi realizada uma pesquisa descritiva, visando analisar e interpretar os dados, por meio da abordagem qualitativa, pois são aprofundadas questões relacionadas aos custos de procedimentos hospitalares e a composição do endividamento no âmbito teórico e prático, não se fazendo uso de métodos estatísticos.

A pesquisa documental foi utilizada para a obtenção dos dados, ou seja, utilizou-se materiais que não receberam tratamento analítico (fonte primária), no sentido de organizar as informações que se encontravam dispersas. Dessa forma, foram manuseados prontuários, relatórios, diários, livros de registro, bem como o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) utilizado pelas Santas Casas tidas como objetos de estudo, além de dados extraídos do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e das Secretarias de Saúde municipais e estaduais, referentes ao ano de 2014.

A coleta de dados ocorreu em campo, no primeiro semestre do ano de 2015, utilizando-se também de entrevistas semiestruturadas, realizadas no mesmo período, cujo objetivo foi investigar a percepção dos gestores no que tange à relação entre os valores pagos pelo SUS às Santas Casas e o endividamento das mesmas. Cabe ressaltar que não faz parte do escopo deste trabalho a análise das demonstrações financeiras, bem como serão apresentadas apenas alguns trechos das entrevistas que retratam a opinião dos gestores, de maneira geral.

Como aproximadamente 51% das Santas Casas e hospitais filantrópicos do Brasil estão localizados no estado de São Paulo (CNES/DATASUS, 2017), optou-se por desenvolver o estudo com as Santas Casas deste estado. A amostra foi definida por conveniência, a partir da possibilidade de acesso aos entrevistados e aos dados das instituições, de maneira a representar os três tipos de classificações do projeto Santas Casas SUS-tentáveis, resultando em 10 instituições, distribuídas da seguinte forma: três estruturantes (01, 02 e 03), quatro estratégicas (01, 02, 03 e 04) e três de apoio (01, 02 e 03). Cabe ressaltar que os resultados obtidos dizem respeito à realidade das instituições tidas como objeto de estudo, não podendo ser generalizados, uma vez que não se utilizou a amostragem estatística.

Após a definição das Santas Casas, foi realizado um levantamento no SIH/SUS e no DATASUS

de todos os procedimentos realizados pelas entidades selecionadas, totalizando 911 procedimentos distintos durante o ano de 2014. Os mesmos foram ordenados de acordo com a quantidade realizada e a frequência destes nas instituições selecionadas. Na sequência, foram excluídos os que ocorreram em menos de 70% das Santas Casas, e também aqueles que não foram considerados homogêneos, ou seja, os que apresentaram divergências quanto à definição do procedimento, ou com amplitude indeterminada (tipo outras doenças).

Em seguida, a partir dos 80 procedimentos restantes, foram excluídos aqueles com média menor do que 25 casos por procedimento, uma vez que foi estipulada essa quantidade mínima de amostra para o levantamento dos dados, buscando-se excluir da análise os procedimentos cuja incidência não fosse representativa. Assim, dos 27 procedimentos restantes, foram excluídos os com valor inferior a R\$ 400,00 na tabela SUS, com o objetivo de se analisar os procedimentos com valores significativos, restando 11 procedimentos para análise, conforme exposto no Quadro I.

Quadro I - Procedimentos selecionados.

Procedimentos clínicos (média complexidade)	
0303030038	Tratamento de diabetes mellitus
0303040149	Tratamento de acidente vascular cerebral (AVC)
0303060190	Tratamento de infarto agudo no miocárdio
0303030212	Tratamento de insuficiência cardíaca
0303140151	Tratamento de pneumonia ou influenza (gripe)
0310010039	Parto normal
Procedimentos cirúrgicos (média complexidade)	
0406020566	Tratamento cirúrgico de varizes (bilateral)
0407020039	Apendicectomia
0407030026	Colecistectomia
0407040102	Hernioplastia inguinal/crural (unilateral)
0411010034	Parto cesariano

Fonte: elaborado pelos autores com base nas informações coletadas (2015).

A análise realizada considerou as diferenças existentes entre os custos reais incorridos nos procedimentos e os valores da tabela SUS, já adicionados os percentuais dos incentivos Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) e Santas Casas Sustentáveis para os procedimentos de média complexidade selecionados. Ademais, foram escolhidos dois casos, um clínico (Pneumonia) e um cirúrgico (Colecistectomia), para uma análise mais aprofundada a ser apresentada na próxima seção.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir das entrevistas realizadas com os gestores, ficou evidente, na maioria dos casos, que na percepção dos mesmos a remuneração do SUS se caracteriza como um dos principais fatores para o endividamento das Santas Casas. Tal relação pode ser vislumbrada no depoimento do diretor da Santa Casa estratégica 02, ao afirmar que

Apesar da evolução na gestão das Santas Casas, o endividamento vem crescendo, principalmente em virtude da defasagem de remuneração do SUS frente aos aumentos de custos operacionais, mas também pela redução da margem de rentabilidade da saúde suplementar.

Percebe-se que além da questão da defasagem na remuneração do SUS, também se destaca a redução da margem de rentabilidade da saúde suplementar como um dos fatores do endividamento das instituições, visto que a oferta de planos de saúde próprios também compõe a receita das Santas Casas, conforme visto anteriormente. As entrevistas realizadas também trouxeram à tona a questão do aumento da demanda como um fator impactante no endividamento das Santas Casas, ademais, segundo os gestores, apesar dos incentivos a situação financeira das instituições ainda fica comprometida, pois os valores repassados estão suscetíveis a cortes, assim como os repasses do município, o que resulta na redução do capital de giro dessas instituições. Tais afirmações podem ser observadas no relato da administradora da Santa Casa estratégica 04:

Até o início deste ano (2015), com os programas ao qual a Santa Casa está inserida, nosso endividamento estava em declive, porém com os cortes lineares que ocorreram nos repasses dos

valores e o atual cenário econômico do país, o momento é extremamente preocupante. Estamos reduzindo mensalmente o capital de giro do hospital. Tivemos corte de 10% no valor do programa Santa Casa Sustentável, apesar de termos cumprido as metas estabelecidas e de 20% nos valores repassados pelo município. A cidade está com sua economia extremamente enfraquecida e a taxa de desemprego subiu absurdamente, muitas empresas tradicionais estão fechando as portas, o que ocasiona uma diminuição do número de conveniados do sistema suplementar de saúde e um aumento da demanda para o Sistema Único de Saúde.

Com relação aos procedimentos selecionados para análise, antes de serem abordados os custos das Santas Casas *versus* a remuneração do SUS, considera-se relevante apresentar alguns indicadores que impactam nos custos, logo influenciam tal relação, os quais foram identificados a partir da literatura e dos dados coletados, sendo eles: quantidade de funcionários, média de permanência e taxa de ocupação. Conforme exposto por Barnum e Kutzin (1993) na seção 2.4 deste estudo, a taxa média de permanência do paciente e a taxa de ocupação podem ajudar a explicar a variação dos custos hospitalares.

Assim, no que diz respeito à quantidade de funcionários por leito disponível, destaca-se que as Santas Casas estruturantes apresentam maior quantidade de funcionários e funcionários da enfermagem por leito disponível, em média 4,5 e 2,1, respectivamente. As Santas Casas estratégicas e de apoio apresentam, em média, 4,2 e 2,1 funcionários e 2,7 e 1,2 funcionários, respectivamente. No que tange à média de permanência nas Santas Casas, nas classificadas como estruturantes chegou-se a um valor médio de 5,7 dias, nas estratégicas esse valor foi de 3,6 dias e nas de apoio a média foi de 3,3 dias. Já com relação à taxa média de ocupação, nas Santas Casas estruturantes chegou-se a um valor de 75%, nas estratégicas 59% e nas de apoio 49%. A Tabela I apresenta o detalhamento dos dados.

Tabela I - Média dos indicadores com base no ano de 2014.

	Apoio				Estratégico					Estruturante			
	01	02	03	Mé- dia	01	02	03	04	Mé- dia	01	02	03	Mé- dia
Funcionários da enfermagem/ leito disponível	1,7	1,0	0,9	1,2	2,0	2,7	1,9	1,8	2,1	2,4	2,0	1,8	2,1
Funcionários da enfermagem/ leito ocupado	3,8	2,5	1,5	3,0	4,5	5,0	2,7	2,8	3,8	3,3	2,8	2,2	2,8
Funcionários/ leito disponível	3,9	2,2	2,0	2,7	4,3	5,0	4,3	3,2	4,2	5,1	4,5	3,8	4,5
Funcionários/ leito ocupado	8,9	5,2	3,3	5,8	9,6	9,2	6,3	4,8	7,5	7,1	6,3	4,6	6,0
Média de permanência	2,4	3,8	3,6	-	2,3	4,7	4,2	3,1	-	5,2	5,7	6,3	-
Taxa de ocupação geral (%)	44	42	62	-	45	55	69	65	-	72	72	82	-

Fonte: elaborado pelos autores com base nas informações coletadas (2015).

A análise dos custos dos procedimentos selecionados revelou variações para um mesmo procedimento, tanto entre casos de uma mesma Santa Casa. A Tabela 2 apresenta variações que chegam a ultrapassar os 400%.

Tabela 2 - Variação dos custos médios dos procedimentos entre as Santas Casas - ocupação real – 2014.

Procedimentos	Custo médio (ocupação real)	Maior valor	Menor valor	% Variação máx. / mín.
Tratamento de diabetes mellitus	1.513,17	1.836,90	1.003,24	83,1
Tratamento de acidente vascular cerebral (AVC)	1.864,35	2.891,72	1.059,89	172,8
Tratamento de infarto agudo no miocárdio	2.148,10	3.362,04	1.148,23	192,8
Tratamento de insuficiência cardíaca	2.588,96	5.611,72	1.091,94	413,9
Tratamento de pneumonia ou influenza (gripe)	1.817,18	2.691,38	1.163,95	131,2
Parto normal	1.266,31	1.643,00	748,74	119,4
Tratamento cirúrgico de varizes (bilateral)	1.488,18	2.185,99	789,38	176,9
Apendicectomia	1.607,98	2.401,61	921,75	160,5
Colecistectomia	2.024,84	3.626,52	1.129,90	221,0
Hernioplastia inguinal/crural (unilateral)	1.274,45	2.660,26	949,43	180,2
Parto cesariano	1.587,89	2.244,28	1.003,20	123,7

Fonte: elaborado pelos autores com base nas informações coletadas (2015).

Nesse contexto, a taxa média de ocupação dos leitos das Santas Casas exposto na Tabela I, pode ser considerada um fator impactante na variação do custo de um mesmo procedimento realizado em instituições diferentes, considerando-se a utilização do custeio por absorção. A elevação na taxa de ocupação resultaria na redução do custo da diária, refletindo no custo dos procedimentos realizados, e vice-versa, visto que todos os custos do período são alocados aos leitos ocupados no período em questão.

Diante do exposto, verificou-se que as Santas Casas que apresentam taxas de ocupação menores que 50% chegam a ter o custo da diária 145% maior que aquelas que têm uma taxa de ocupação acima de 75%, refletindo no custo de seus procedimentos. Contudo, mesmo após a linearização das taxas de ocupação para 80%, subsistem variações significativas de custo entre as Santas Casas, as quais oscilam entre 97% a 326%, conforme exposto na Tabela 3.

O fato de perdurarem variações significativas de custo entre as Santas Casas, mesmo após a linearização das taxas de ocupação para 80%, pode ser explicado, em parte, pela quantidade de funcionários por leito disponível, conforme apresentado na Tabela I, visto que os custos com mão de obra chegam a representar 70% dos custos totais das Santas Casas, conforme pôde ser observado na pesquisa. Nesse sentido, o uso excessivo de recursos humanos ou a quantidade destes para a taxa de ocupação apresentada, pode representar uma grande fonte de ineficiência no aumento dos custos.

Outra razão para a variação dos custos, tanto entre procedimentos nas Santas Casas quanto entre elas, é a falta de padronização das práticas clínicas executadas, pois de acordo com o levantamento feito nos prontuários e contas médicas, existem diferenças no uso de recursos, sendo identificado maior variação nos procedimentos clínicos do que cirúrgicos, dentre os selecionados para o estudo. Este achado vai ao encontro do que dizem La Forgia e Couttolenc (2009) e exposto na seção 2.4 deste estudo: “existem amplas variações de custo para um mesmo procedimento, tanto entre casos como entre instituições, decorrente da falta de padronização das práticas clínicas e dos sistemas de custeio adotados pelos hospitais”.

Tabela 3 - Variação dos custos médios dos procedimentos entre as Santas Casas - ocupação 80% - 2014.

Procedimentos	Custo médio (ocupação 80%)	Maior valor	Menor valor	% Variação máx. / mín.
Tratamento de diabetes mellitus	1.478,99	2.063,00	1.046,03	97,2
Tratamento de acidente vascular cerebral (AVC)	1.707,31	2.379,61	935,94	154,2
Tratamento de infarto agudo no miocárdio	2.032,13	2.993,21	1.088,98	174,9
Tratamento de insuficiência cardíaca	2.388,11	4.838,21	1.136,87	325,6
Tratamento de pneumonia ou influenza (gripe)	1.623,39	2.312,07	852,63	171,2
Parto normal	1.088,42	1.440,64	603,85	138,6
Tratamento cirúrgico de varizes (bilateral)	1.459,47	2.144,21	748,07	186,6
Apendicectomia	1.521,62	2.394,59	851,65	181,2
Colecistectomia	1.952,36	3.529,03	1.046,05	237,4
Hernioplastia inguinal/crural (unilateral)	1.235,51	2.650,19	811,68	226,5
Parto cesariano	1.330,61	2.140,51	772,88	177,0

Fonte: elaborado pelos autores com base nas informações coletadas (2015).

Assim, a partir da análise dos custos dos procedimentos *versus* as remunerações, tem-se que em 100% dos casos há resultado negativo, quando são comparados os custos dos procedimentos realizados com o valor da Tabela SUS padrão (sem incentivos). O valor da tabela em questão cobre em média 34% dos custos para a taxa de ocupação real e 38% para a taxa de ocupação 80%. Separando os procedimentos em clínicos e cirúrgicos, apurou-se que o percentual de cobertura é maior para os segundos nas diferentes ocupações, sendo 38% para ocupação real e 41% na ocupação de 80%, enquanto que para os primeiros a cobertura é de 31% e 35%, respectivamente.

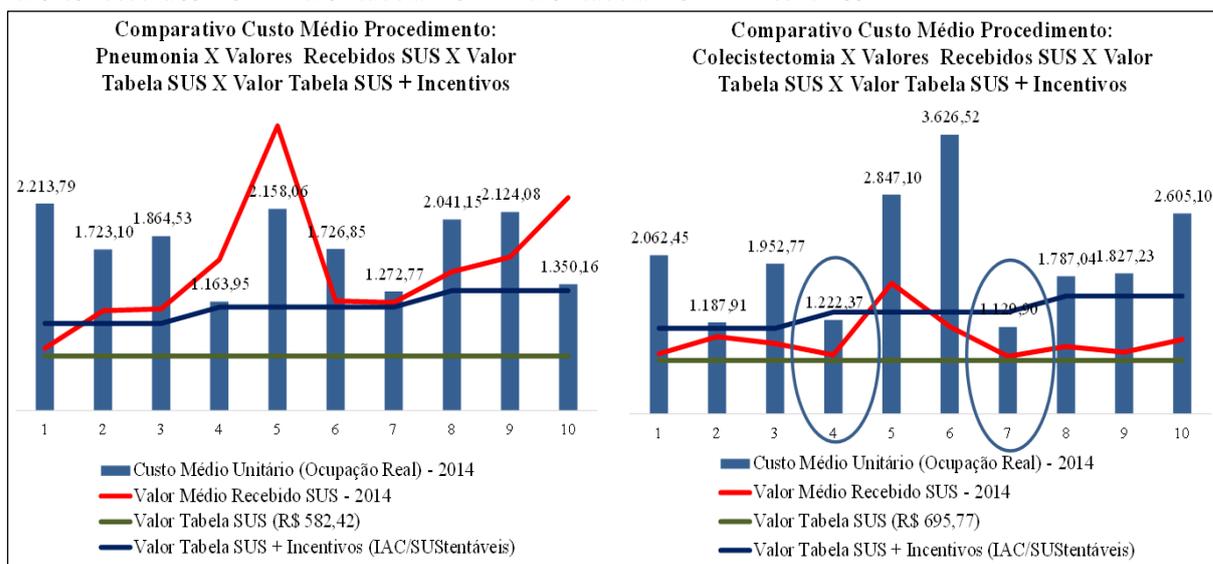
Na análise da relação entre os custos dos procedimentos e a remuneração acrescida dos incentivos (IAC e SUS táveis), tem-se que apenas 8% dos procedimentos apresentaram resultado positivo para o

custo com a ocupação real e 13% para o custo com a ocupação de 80%. Em média, a cobertura dos custos pela Tabela SUS, acrescida dos incentivos, se deu na ordem de 64% para ocupação real e 70% para a ocupação de 80%. Segmentando os procedimentos em clínicos e cirúrgicos, tem-se que com os incentivos a cobertura dos custos dos procedimentos cirúrgicos é de 65% para a ocupação real e 76% para ocupação de 80%, enquanto que para os procedimentos clínicos a cobertura é de 59% e 71%, respectivamente.

A partir da análise mais aprofundada dos procedimentos clínico (Pneumonia) e cirúrgico (Colecistectomia), observou-se que o custo médio do primeiro apresentou variação de 90% entre as Santas Casas, enquanto que o segundo apresentou uma variação de 221%. Quando comparados os custos apurados com o valor da Tabela SUS, acrescida dos incentivos, são observados resultados negativos para todas as Santas Casas no procedimento clínico, enquanto que para o procedimento cirúrgico apenas duas instituições apresentaram resultado positivo, conforme evidenciado na Figura I.

Dessa forma, julga-se relevante identificar a composição dos custos dos procedimentos, evidenciando quais fatores causam maior impacto e, conseqüentemente, contribuem para a divergência entre os valores pagos pelos SUS e os gastos pelas Santas Casas. A Tabela 4 apresenta que para o procedimento Pneumonia, em média, o valor é composto por 73% de custos relacionados a diárias (estrutura e serviços), 5% relacionados com serviços profissionais, 7% com serviços de diagnósticos, 5% com materiais e 11% com medicamentos, variando entre as Santas Casas e suas classificações. Já na Colecistectomia a composição foi de 36% com diárias, 32% com centro cirúrgico, 14% com serviços profissionais, 2% com serviços de diagnósticos, 7% com materiais e 8% com medicamentos.

Figura I – Gráfico comparativo do custo médio dos procedimentos Pneumonia e Colecistectomia x valores recebidos SUS x valor tabela SUS x valor tabela SUS + incentivos.



Fonte: elaborado pelos autores com base nas informações coletadas (2015).

Nesse sentido, verifica-se nos custos dos procedimentos a significância dos custos da diária, como apresentado na Tabela 4, os quais são diretamente impactados pela taxa média de ocupação, em virtude dos custos serem atribuídos aos serviços prestados aos pacientes. Logo, quanto maior a taxa de ocupação menor o custo do procedimento.

Tabela 4 - Composição dos custos dos procedimentos Pneumonia e Colecistectomia.

Tratamento de pneumonia ou influenza (gripe)	Apoio	Estratégica	Estruturante	Média
Diárias	70%	76%	71%	73%
Serviços profissionais	4%	5%	4%	5%
Serviços de diagnóstico	8%	6%	8%	7%
Materiais	7%	4%	4%	5%
Medicamentos	11%	9%	13%	11%

Colecistectomia	Apoio	Estratégica	Estruturante	Média
Diárias	38%	37%	32%	36%
Centro Cirúrgico	23%	34%	39%	32%
Serviços profissionais	15%	15%	12%	14%
Serviços de diagnóstico	3%	1%	3%	2%
Materiais	10%	6%	6%	7%
Medicamentos	11%	8%	7%	8%

Fonte: elaborado pelos autores com base nas informações coletadas (2015).

Com relação à utilização dos insumos para realização dos procedimentos (Tabela 5) verificou-se que, no que tange às diárias, a média de permanência dos pacientes em tratamento de Pneumonia foi de 5 dias, variando de 4 a 6 dias, enquanto que a média dos pacientes que realizaram Colecistectomia foi de 3 dias, variando de 2 a 6 dias, no que diz respeito a procedimentos realizados em instituições distintas. Tal variação do tempo de permanência impacta diretamente no custo do procedimento, visto que o valor da diária representa em média 73% dos custos do procedimento Pneumonia e 36% da Colecistectomia.

Tabela 5 - Análise da utilização dos insumos por procedimento.

	Pneumonia			Colecistectomia		
	Média	Menor	Maior	Média	Menor	Maior
Média de permanência (dias)	5,1	3,6	6,3	3,1	2,1	5,9
Tempo de cirurgia (minutos)	-	-	-	99,9	69,8	165,8
Nº de exames solicitados	29	1	65	18	6	33
Frequência de uso de exames acima de 50% casos (%)	13,1	5,6	20,8	37,4	31,8	42,9
Nº de itens – materiais	57	28	85	83	41	116
Frequência de uso materiais acima de 50% casos (%)	15,9	8,9	26,1	39,4	25,5	68,3
Nº de itens – medicamentos	109	74	160	79	45	124
Frequência de uso medicamentos acima 50% casos (%)	5,7	3,3	8,6	28,5	19,4	40

Fonte: elaborado pelos autores com base nas informações coletadas (2015).

A utilização de sala cirúrgica para a realização da Colecistectomia, em média, foi de 1 hora e 40 minutos, variando de 1 hora e 10 minutos a 2 horas e 45 minutos. Quanto aos exames, observou-se uma quantidade média de 29 exames solicitados para o procedimento Pneumonia, variando de 1 a 65, dentre os quais apenas 13,1% foram realizados por mais de 50% dos pacientes, ou seja, 86,9% dos exames foram realizados por menos de 50% dos pacientes. Para a Colecistectomia a utilização dos exames foi pouco significativa.

Com relação aos materiais e medicamentos utilizados nos procedimentos citados, observou-se um grande número de itens utilizados e um baixo percentual de utilização entre os casos. Para o procedimento Pneumonia, é ainda mais evidente a falta de padronização destes itens, pois 84,1% dos itens de materiais e 94,3% dos medicamentos são utilizados por menos de 50% dos pacientes.

Frente ao exposto, fica evidenciada a falta de padronização no uso dos recursos disponíveis nestas instituições, quando realizados os procedimentos analisados, bem como amplas variações de custo para um mesmo procedimento, o que vai ao encontro da literatura abordada. A partir do estudo realizado, identificou-se que tais variações, tanto entre as Santas Casas como na mesma instituição, podem ser explicadas pela média de permanência e taxa de ocupação, além das diferentes formas de uso dos recursos disponíveis. Torna-se relevante também, considerar tais fatores quando encontra-se na literatura estudos científicos que apresentam uma relação positiva entre a remuneração do SUS e o custo real dos procedimentos, como pode ser visto em Raimundini et al. (2006) e Kos et al. (2015), uma vez que a realidade de cada instituição impacta diretamente nessa análise, conforme pôde ser visto neste estudo.

Verificou-se também que apesar de identificados alguns fatores-chave na composição e variação dos custos, os dados evidenciaram que a principal causa do endividamento crescente das Santas Casas

pesquisadas é a defasagem da Tabela SUS, a qual mesmo com os incentivos, na grande maioria dos casos, não cobre os custos incorridos nos procedimentos, como pôde ser observado neste tópico, corroborando com os achados de Botelho (2006) e Souza et al. (2013). Assim, tem-se que para as instituições pesquisadas, no que diz respeito aos procedimentos analisados, a relação da remuneração do SUS e os custos dos procedimentos resulta em *déficit* para as Santas Casas, o qual ao longo do tempo comprometeu a capacidade financeira dessas instituições, devido ao alarmante e crescente endividamento vivenciado por elas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve por objetivo investigar se o endividamento das Santas Casas do estado de São Paulo pode ser explicado pela insuficiência da remuneração do SUS, de forma a responder a seguinte questão: Como a remuneração do SUS, mesmo com os incentivos em relação aos custos dos procedimentos hospitalares, afeta o resultado das Santas Casas do estado de São Paulo? O estudo atendeu ao objetivo proposto e, a partir dos achados, verificou-se que o financiamento das Santas Casas é caracterizado pela contínua defasagem entre os custos dos serviços e a sua remuneração. Mesmo com os incentivos oferecidos, gera resultados negativos e um crescente e ininterrupto endividamento nessas instituições.

A partir da coleta de dados, pode-se verificar que as Santas Casas, em sua grande maioria, não recebem reembolso dos valores integrais gastos com procedimentos efetuados aos beneficiários do SUS, sendo essa questão identificada como causa principal do endividamento. Ademais, verificou-se também que os custos dos procedimentos tidos como objeto de estudo oscilam muito, tanto em uma mesma Santa Casa, quanto entre Santas Casas distintas, devido à existência de fatores-chave tais como: taxa de ocupação, média de permanência, número de funcionários e falta de padronização das práticas clínicas executadas.

A partir do estudo realizado observou-se a relevância da participação das Santas Casas no campo da saúde brasileira, o que torna a situação atual preocupante, considerando-se que o impacto que uma crise nas Santas Casas pode causar, atingindo principalmente a população dependente do sistema público de saúde, que corresponde, pelo menos, por 60% da demanda dessas instituições, além do impacto na saúde suplementar, visto a oferta de planos de saúde por parte das Santas Casas, como forma de diversificar a receita operacional.

Dessa forma, acredita-se que frente aos resultados obtidos, é necessária a adoção de medidas eficazes tanto com relação à gestão dos custos pelas Santas Casas, quanto medidas governamentais que reduzam as diferenças encontradas entre os custos dos procedimentos e a sua remuneração, de modo a regularizar a situação financeira dessas instituições, visando evitar impactos negativos não só na saúde, mas também na economia e na educação.

Este estudo contribui para a literatura acerca da realidade das Santas Casas brasileiras, e acredita-se que os resultados auxiliam na compreensão dos fatores que impulsionam o endividamento dessas instituições. Como limitação do estudo, destaca-se o período restrito da análise, visto que o estudo se ateve aos dados referentes ao ano de 2014, ademais, evidencia-se o fato dos achados se aplicarem somente às Santas Casas e aos procedimentos tidos como objeto de estudo. Dessa forma, para pesquisas futuras, recomenda-se analisar a relação entre a remuneração do SUS, os custos dos procedimentos hospitalares e o resultado de Santas Casas de outros estados, bem como em outros hospitais privados credenciados ou conveniados ao SUS, buscando-se também ampliar o período analisado.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ABBAS, K.; MARQUES, K. C. M.; TONIN, J. M. F.; SASSO, M.; LEONCINE, M. Uma análise comparativa entre os métodos de custeio discutidos na literatura contábil e os métodos usados na

prática em hospitais paranaenses. **ABCustos Associação Brasileira de Custos**, v. 10, n. 1, p. 73-93, 2015.

ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ALMEIDA, J. J. **Sistemas de custos em organizações hospitalares – estudo de casos**. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Instituto Superior de Estudos Contábeis da Fundação Getúlio Vargas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1987.

ANTONELLI, D. **Dívidas ameaçam funcionamento de Santas Casas e hospitais filantrópicos**. Gazeta do Povo, 2016. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/dividas-ameacam-funcionamento-de-santas-casas-e-hospitais-filantropicos-Ir6hvckoq9hgmsacdu7z7Ibsg>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

APARECIDA, L. P.; SOUZA, A. A.; GERVÁSIO, L. R. Análise das demonstrações financeiras de três hospitais brasileiros em um período de cinco anos. In: Congresso Nacional de Administração e Ciências Contábeis - AdCont, 5, **Anais...**Rio de Janeiro, 2014.

AVELAR, E. A.; BORGES, S. L.; PEREIRA, H. R.; SOUZA, A. A. Análise de variáveis determinantes de endividamento em hospitais brasileiros. In: Seminários em Administração – SemeAD, 8, **Anais...**São Paulo, 2015.

BARNUM, H.; KUTZIN, J. **Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing**. Washington: The World Bank, 1993.

BAUMGARTNER, R.R. **Avaliação da aplicabilidade do custeio ABC – Activity-Based Costing na acurácia de custos na área hospitalar, especificamente na unidade de terapia intensiva. Estudo de um caso prático**. Dissertação (Mestrado em Ciências Financeiras e Contábeis) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Financeiras e Contábeis, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.

BOTELHO, E. M. **Custeio Baseado em Atividades – ABC: uma aplicação em uma organização hospitalar universitária**. Tese de doutorado (Doutorado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de Outubro de 1988**. 22º ed. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL. Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social. **Presidência da República**, Brasília, DF, nov. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1101/GM, de 12 de junho de 2002. **Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, Brasília, jun., 2002.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Comissão aprova relatório sobre santas casas e envia sugestões ao governo**. Câmara dos Deputados - Notícias, 11 jul. 2012. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/422333-COMISSAO-APROVA-RELATORIO-SOBRE-SANTAS-CASAS-E-ENVIA-SUGESTOES-AO-GOVERNO.html>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

CARVALHO, C. V. **A situação das Santas Casas de Misericórdia**. Consultoria Legislativa Câmara dos

Deputados, 2005.

CFM. **Defasagem na tabela SUS afeta maioria dos procedimentos hospitalares.** Conselho Federal de Medicina, Brasília, 07 maio. 2015. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=25491:defasagem-na-tabela-sus-afeta-maioria-dos-procedimentos-hospitalares>. Acesso em: 02 fev. 2017.

CHING, H. Y. **Manual de custos de instituições de saúde.** São Paulo: Atlas, 2001.

CMB. **A história de misericórdia das Santas Casas.** Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, Brasília. Disponível em: <<http://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico#>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

CNES/DATASUS. CNES - **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

COLAUTO, R. D.; BEUREN, I. M. Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: O caso de uma organização hospitalar. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 7, n. 4, p. 163-185, 2003.

COSEMS. **Santas Casas no Estado de SP e a relação com os municípios.** Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, Cerqueira Cesar, set/out. 2015. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/jornal/72.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

CREMESP. **Em São Paulo, Santas Casas pedem socorro.** Conselho Regional de Medicina de Estado de São Paulo, Estado de São Paulo, abril. 2005. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=494>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

CUNHA, F. P.; SOUZA, A. A.; FERREIRA, C. O. Análise do endividamento de hospitais filantrópicos. In: Seminários em Administração FEA-USP, 17, **Anais...**São Paulo, 2014.

FEHOSP. **Posicionamento Oficial da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo.** Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo, São Paulo, 23 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.santacasasp.org.br/portal/site/pub/8603/santas-casas-pedem-socorro>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

GUERRA, M. **Análise de desempenho de organizações hospitalares.** Dissertação (Mestrado em Contabilidade e Controladoria) - Faculdade de Ciências Econômicas (FACE), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

KOS, S. R.; SANTOS, N. P.; KLEIN, L.; SCARPIN, J. E. Repasse do SUS vs custos dos procedimentos hospitalares: é possível cobrir os custos com o repasse do SUS? In: Congresso Brasileiro de Custos, 12, **Anais...**Foz do Iguaçu, 2015.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil.** São Paulo: Singular, 2009.

LEONCINE, M. **Sistemática para apuração de custos por procedimento médico hospitalar.** Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

LIMA, S. M. L.; PORTELA, M. C.; UGÁ, M. A. D.; BARBOSA, P. R.; GERSCHMAN, S.; VASCONCELLOS, M. M. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 116-123, 2007.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, M.; BLAIS, R.; LEITE, I. DA COSTA. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: Comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 268-282, 2004.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Tese (Doutorado em Ciências Humanas - Sociologia e Política) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de orientações - Novas regras de incentivo de adesão à contratualização** - IAC, 2013.

PORTELA, M. C.; LIMA, S. M. L.; VASCONCELLOS, M. M.; BARBOSA, P. R.; UGÁ, M. A. D.; LEIS, S. V. G. Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 2, p. I-II, 2000.

RAIMUNDINI, S. L.; SOUZA, A. A.; STRUETT, M. A. M.; BOTELHO, E. M. Aplicabilidade do custeio baseado em atividades e análise de custos em hospitais públicos. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo – RAUSP**, v. 41, n. 4, p. 453-465, 2006.

ROTTA, C. S. G. **Utilização de indicadores de desempenho em hospitalar como instrumento gerencial**. 143 f. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SÃO PAULO (Estado). **Resolução nº 13, de 2014**. Diário Oficial Poder Executivo, São Paulo, 6 fev. 2014.

SILVA, M. Z.; BORGERT, A.; SCHULTZ, C. A. Sistematização de um método de custeio híbrido para o custeamento de procedimentos médicos: uma aplicação conjunta das metodologias ABC e UEP. **Revista de Ciências da Administração**, v. 11, n. 23, p. 217-244, 2009.

SOUZA, A. A.; AVELAR, E. A.; SILVA, E. A.; TORMIN, B. F.; GERVÁSIO, L. R. Uma análise financeira dos hospitais brasileiros entre os anos de 2006 a 2011. **Sociedade, Contabilidade e Gestão**, v. 9, n. 3, p. 6-23, 2014.

SOUZA, A. A.; CUNHA, G. A.; MARQUES, A. M. F.; OLIVEIRA, L. F.; AVELAR, E. A. Custos dos serviços hospitalares: análise da maternidade de um hospital da região metropolitana de Belo Horizonte, MG. In: Congresso Brasileiro de Custos, 19, **Anais...Bento Gonçalves**, 2012.

SOUZA, A. A.; XAVIER, A. G.; LIMA, L. C. M.; GUERRA, M. Análise de custos em hospitais: comparação entre os custos de procedimentos de urologia e os valores repassados pelo Sistema Único de Saúde. **ABCustos Associação Brasileira de Custos**, v. 8, n. 1, p. 90-107, 2013.

STRUETT, M. A. M.; SOUZA, A. A.; RAIMUNDINI, S.L. Aplicação do custeio baseado em atividades: estudo de caso em um laboratório de análises clínicas. **ConTexto**, v. 7, n. 11, p. 1-24, 2007.

TABNET/DATASUS. **Informações de Saúde**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

VARGAS, O. C. **O custeio baseado em atividades aplicado em serviços de UTI hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

VASCONCELLOS, M. M. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 116-123, 2007.