



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA APLICADA

HELDER LUIS DA SILVA GUTERRES

**O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO NO ESTADO DO PARÁ: análise do faturamento de
contratualização.**

BELÉM
2024

HELDER LUIS DA SILVA GUTERRES

**O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO NO ESTADO DO PARÁ:** análise do faturamento de
contratualização.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Economia Aplicada da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Economia Aplicada.

Área de concentração: Políticas Públicas para o Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Armando Lírio de Souza.

BELÉM
2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

G983f Guterres, Helder Luis da Silva.
O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO ESTADO DO
PARÁ: análise do faturamento de contratualização. / Helder
Luis da Silva Guterres. — 2024.
85 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Dr. Armando Lírio de Souza
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-
Graduação em Economia, Belém, 2024.

1. Contratualização. 2. Faturamento do SUS. 3.
Hospital Universitário. 4. Glosas Administrativas. I.
Título.

CDD 330

HELDER LUIS DA SILVA GUTERRES

**O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO NO ESTADO DO PARÁ:** análise do faturamento de
contratualização.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Economia Aplicada da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Economia Aplicada.

Área de concentração: Políticas Públicas para o Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Armando Lírio de Souza.

DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____

CONCEITO: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Armando Lírio de Souza (Orientador)

Prof. Dr. Hilder André Bezerra Farias (1º Membro)

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani (2º Membro)

BELÉM
2024

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, por ter me concedido o privilégio de desenvolver e concluir este trabalho.

Ao professor Dr. Armando Lírio de Souza por ter me orientado e, acima de tudo, pelo seu conhecimento compartilhado de maneira muito competente.

Aos professores que fizeram parte da banca defesa, o Prof. Dr. Hilder André Bezerra Farias e Pedro Paulo Freire Piani, pela valiosa contribuição dispensada para melhoria deste trabalho.

À Profa. Dra. Aldair da Silva Guterres, minha mãe, pela importância em minha vida e na contribuição dispensada para melhoria deste trabalho.

RESUMO

Este estudo objetiva analisar o comportamento do faturamento dos procedimentos de alta complexidade contratualizados entre um Hospital Universitário no Estado do Pará e o Sistema Único de Saúde. Busca-se também apurar o impacto financeiro das glosas hospitalares por se entender que é uma das dificuldades encontradas nas gestões hospitalares. No que se refere à metodologia, tratou-se de um estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa. Para a coleta dos dados, usou-se os Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos de Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS (SIGTAP), além de informações dos procedimentos contratualizados entre o HU e o SUS, tais como códigos, nomenclaturas, classificações, complexidades e modalidades. Com os resultados foram construídos tabelas, gráficos, e análises com a utilização de medidas de resumo (médias e de dispersão) e de análise de frequências relativas e percentuais. Por fim, foi feita a proposição de um produto, na forma de projeto de educação continuada a fim de que haja a oferta de cursos de capacitação para profissionais que trabalhem nos setores que envolvam as atividades, cuja finalidade será contribuir com a disseminação do conhecimento acerca deste tema e, desse modo, promover a capacitação daqueles que exerçam esse papel financeiro.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; gestão hospitalar; faturamento; glosas.

SUMARY

This study aims to analyze the billing behavior of highly complex procedures contracted between a University Hospital in the State of Pará and the Unified Health System. We also seek to determine the financial impact of hospital disallowances as it is understood that this is one of the difficulties encountered in hospital management. Regarding the methodology, this is an exploratory study with a descriptive focus and quantitative approach, divided into two phases: in the first, the contractualization instrument and its changes in contract amendments are analyzed; in the second, the evidence recorded in regulatory systems is presented and the SUS Contractualization Policy is extensively analyzed in order to construct a situational diagnosis of billing and hospital disallowances. Graphs, tables and analyzes are also used using summary measures (averages and dispersion) and analysis of relative frequencies and percentages. Finally, it is concluded by proposing a product, that is, the creation of a teaching material project with guidelines regarding the topic studied to be applied continuously by professionals working in sectors involving financial activities in the HU, whose purpose is contribute to the dissemination of knowledge on this topic and, in this way, promote the training of those who carry out this financial role.

Keywords: Unified Health System; hospital management; invoicing; glosses.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Gastos com saúde no Brasil entre 2008 e 2017 (em bilhões de R\$).....	26
Tabela 2 — Taxas de crescimento da despesa com saúde no Brasil entre 2008 e 2017.....	26
Tabela 3 — Metas ambulatoriais e hospitalares em 2016.....	33
Tabela 4 — Programação orçamentária do HU em 2016.....	36
Tabela 5 — Alterações na programação orçamentária a partir dos termos aditivos ao Contrato n. 463-2016.....	38
Tabela 6 — Receita de produção do SUS conforme o contrato n. 463-2016 entre 2018 até 2021.....	40
Tabela 7 — Causas de glosas hospitalares entre os anos de 2016-2021.....	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 — Representatividade dos incentivos financeiros pré-fixados do HU.....	35
Gráfico 2 — Representatividade dos incentivos financeiros em relação ao total de recursos.....	35
Gráfico 3 — Variação das programações orçamentárias entre 2016 a 2021.....	39
Gráfico 4 — Variação da receita de produção do SUS entre 2018 a 2021.....	41
Gráfico 5 — Análise anual do faturamento de procedimentos de alta complexidade.....	42
Gráfico 6 — Procedimentos apresentados no Subgrupo 02.01 “Coleta de Materiais” entre outubro-2016 e dezembro-2021.....	45
Gráfico 7 — Procedimentos do Subgrupo 02.01 “Coleta de Materiais”, apresentados entre os anos de 2016-2021 de acordo com a ocorrência de aprovação ou glosa.....	45
Gráfico 8 — Faturamento anual do subgrupo 02.01 “Coleta de Materiais” de acordo com a apuração do valor de aprovação e glosa entre os ano de 2016 a 2021.....	46
Gráfico 9 — Procedimentos apresentados no Subgrupo 02.06 “Diagnóstico por Tomografia” entre outubro-2016 e dezembro-2021.....	47
Gráfico 10 — Procedimentos do Subgrupo 02.06 “Diagnóstico por Tomografia”, apresentados de acordo com a ocorrência de aprovação ou glosa, entre os anos de 2016-2021.....	47
Gráfico 11 — Faturamento anual do Subgrupo 02.06 “Diagnóstico por Tomografia” de acordo com a apuração do valor de aprovação ou glosa, entre os anos de 2016-2021.....	48
Gráfico 12 — Faturamento apresentado no Subgrupo 02.06 “Diagnóstico por Tomografia” entre outubro-2016 e dezembro-2021.....	50
Gráfico 13 — Faturamento anual do tipo de procedimento T1 do Subgrupo 2 de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021.....	50
Gráfico 14 — Faturamento anual do tipo de procedimento T2 do Subgrupo 2 de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021.....	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 15 — Faturamento hospitalar anual total de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021

Gráfico 16 — Análise de Pareto em relação ao faturamento por subgrupos

Gráfico 17 — Glosas dos Procedimentos de Alta Complexidade: ambulatoriais e hospitalares

Gráfico 18 — Análise de Pareto das glosas por subgrupos

Gráfico 19 — Análise de Pareto das causas de glosas entre 2016 a 2021

Gráfico 20 — Análise de Pareto das causas de glosas por ano

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Normas Operacionais do SUS

Quadro 2 – Classificação dos procedimentos de alta complexidade do HU

Quadro 3 – Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade do HU

Quadro 4 – Divisão do subgrupo “02.06 – Diagnóstico por Tomografia” por tipos de procedimentos

Quadro 5 – Procedimentos hospitalares de alta complexidade

Quadro 6 – Causas de glosas hospitalares no período de 2016 a 2021

LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
HU	Hospital Universitário
FPO	Ficha de Programação Orçamentária
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
DATASUS	Banco de Dados do Departamento de Informática do SUS
POP	Procedimento Operacional Padrão
UMA	Unidade de Monitoramento e Avaliação
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
FAC	Função de Auto Correlação
ARIMA	Modelos Autorregressivos Integrados de Médias Móveis
AR	Autorregressivo
MA	Média Móvel
ARp	Processo Autorregressivo de Ordem p
MS	Ministério da Saúde
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
PCB	Partido Comunista Brasileiro
AIS	Ações Integradas de Saúde
NOB-SUS	Norma Operacional Básica do SUS
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
PAB	Piso da Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada Integrada

NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
OPMC	Órteses, Próteses e Materiais especiais
TABNET	Aplicativo para Tabulação de Dados do DATASUS
TABWIN	Sistema de Importação de Dados do DATASUS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Aspectos metodológicos da pesquisa quantitativa.....	16
2	MARCO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	20
2.1	Políticas Públicas de Saúde	20
2.2	O financiamento do SUS.....	27
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO SOBRE OS DADOS ENCONTRADOS	31
3.1	A contratualização no HU	31
3.2	Programação orçamentária do Contrato n. 463-2016.....	33
3.3	Termos aditivos das programações orçamentárias.....	36
3.4	Análises financeiras	39
3.4.1	Análise do faturamento de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade.....	43
3.4.2	Análise do faturamento de procedimentos hospitalares de alta complexidade.....	59
3.4.3	Análise do impacto financeiros das glosas hospitalares em procedimentos de alta complexidade	66
3.4.4	Apuração das causas das glosas hospitalares	69
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS.....	81

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde brasileira têm obedecido as demandas advindas das contratualizações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e as instituições que integram a rede de saúde. Na busca de aumentar a eficiência no atendimento dessa demanda social, os municípios vêm atuando na elaboração da política municipal, fato este que tem aproximado a participação social no processo decisório das políticas públicas de saúde e reflete a maior realidade dessas demandas (SALIBA, 2009).

A política de contratualização entre o SUS e os Hospitais Universitários (HU) foi uma iniciativa do Governo Federal através do Ministério da Saúde no ano de 2003, em que foram fixadas novas diretrizes norteadoras para o financiamento da saúde (MATHEUS, 2019; DIACONU et al., 2021). Com a contratualização, os Hospitais Universitários (HU) buscaram estratégias e mudanças organizacionais a fim de produzir resultados para o aumento do desempenho hospitalar, implantar critérios de controle e avaliação e possibilitar uma gestão mais descentralizada e participativa. Dessa forma, as mudanças do contrato de gestão buscaram impactos positivos nos indicadores de desempenho, melhor eficiência e efetividade financeira (LUEDYI, MENDES & JÚNIOR, 2012).

No Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, o polo das receitas compreende operações de financiamento que visam: a) garantir receitas suficientes e sustentáveis coletadas de forma eficiente e equitativa; e b) gerenciar essas receitas em fundos compartilhados, a fim de equilibrar os riscos de forma justa. O SUS dispõe de uma estrutura de financiamento baseada em tributos, o que consolida os recursos em um único polo, cuja baixa fragmentação é atualmente reputada como a ideal para se atingir os intentos de se alcançar a cobertura universal da saúde (MATHAUER, 2020).

Um estudo de Chioro (2021) referente aos hospitais de ensino contratualizados com o SUS, mostrou que essa política de contratualização aumentou consideravelmente o faturamento dos HU, assim como as suas metas qualitativas e quantitativas não somente na área assistencial, mas também nas suas áreas de ensino, pesquisa e inovações tecnológicas em saúde, o que sucedeu maior relevância dos HU no SUS. No entanto, ao se analisar o processo de contratualização dos HU, identificou-se ainda algumas dificuldades desse processo e, portanto, contribuições para o aprimoramento do processo em questão ainda são necessárias, o que enseja

importantes mudanças nos atuais modelos de gestão dos HU (SILVA, 2022).

A estruturação da saúde em níveis de complexidade se reflete na oferta de serviços em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Aponta-se, entre outros fenômenos, a fragmentação da atenção, a baixa resolutividade dos primeiros níveis de atenção e a dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade (GONÇALVES; BAPTISTA; PAIVA, 2018). Logo, é de suma importância que a gestão das ações da contratualização faça o monitoramento para que o processo sempre envolva, além do planejamento e do orçamento, os seus respectivos controles e avaliação (SANTOS & SERVO, 2021).

O Contrato Administrativo Nº. 463, de 23 de setembro de 2016, celebrado entre a Prefeitura Municipal de Belém (PMB) — por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde — e a Universidade Federal do Pará (UFPA), formalizou a contratação para a prestação de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares através do referido Hospital Universitário (HU). A contratualização com o SUS representa a maior fonte de arrecadação do HU que recebe, mensalmente, um recurso financeiro do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

A observação do aumento considerável do faturamento de alta complexidade ao longo do contrato chamou a atenção e despertou o interesse em conhecer mais a fundo, nesta pesquisa, o comportamento do faturamento do HU. Justifica-se também a necessidade de analisar o impacto financeiro das glosas hospitalares para contribuir no entendimento das dificuldades e oportunidades de faturamento da contratualização com o SUS.

Atualmente, observa-se, na literatura, que poucos estudos evidenciam os resultados da contratualização nos HU. É nessa perspectiva que este estudo pretende contribuir ao analisar a relação da contratualização com o aumento do faturamento em um HU de grande porte no Estado do Pará.

O objetivo geral é analisar o comportamento do faturamento dos procedimentos de alta complexidade em um hospital universitário no Estado do Pará. Ademais, os objetivos específicos são os seguintes: apurar o comportamento do

faturamento do HU no período de contratualização com o SUS entre os anos de 2016 a 2021; apurar o impacto financeiro das glosas hospitalares como uma das dificuldades do processo de contratualização; apurar quais procedimentos possuem maiores representatividades no faturamento e as glosas hospitalares.

O estudo apresenta como problema principal o comportamento do faturamento

dos procedimentos de alta complexidade contratualizados entre o HU e o SUS que podem apresentar algum impacto financeiro em decorrência das glosas hospitalares.

A hipótese alternativa do estudo afirma que é possível existir muitas dificuldades nas gestões hospitalares no controle do faturamento dos procedimentos de alta complexidade e apurar o impacto financeiro das glosas hospitalares como um dos pontos importantes no processo de contratualização

1.1 Aspectos metodológicos da pesquisa quantitativa

Tratou-se de um estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa, dirigido a um HU, classificado como hospital de grande porte (capacidade entre 51 a 150 leitos), localizado na cidade de Belém, Estado do Pará. A escolha desse HU deu-se em razão de a Instituição ter oportunizado a realização desta pesquisa, através da disponibilização de documentos necessários para tal, além disso, destaca-se também a relevância dos seus serviços de alta complexidade na Região Norte do Brasil.

Para a devida contextualização, pesquisou-se as bases de dados “LILACS”, “MEDLINE e “SCIELO” por meio das palavras “Contratualização SUS”, “Financiamento de Hospitais Universitários” e “Glosas Hospitalares” a fim de se classificar, apontar e discutir a temática da política de contratualização no SUS e o referido Hospital, assim como analisar o impacto financeiro das glosas hospitalares no desempenho do faturamento nos procedimentos de alta complexidade.

Para identificar as metas, objetivos, normas e procedimentos de gestão, realizou-se algumas pesquisas documentais referentes ao Contrato Administrativo n. 463/2016, os seus termos aditivos, documentos descritivos e as suas fichas de programações orçamentárias (FPO) desde que publicadas. Consultou-se também o regimento, o contrato de gestão, as portarias, as normas, os organogramas, o plano de ação, o relatório de gestão anual, o compromisso com a qualidade hospitalar (CQH), as planilhas de metas de indicadores e o quadro de propostas de indicadores.

Para a coleta dos dados, usou-se os Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos de Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS (SIGTAP), além de informações dos procedimentos contratualizados entre o HU e o SUS, tais como códigos, nomenclaturas, classificações, complexidades e modalidades.

Ademais, selecionou-se apenas os procedimentos de alta complexidade com

seus respectivos códigos, nomenclaturas, classificações e modalidade, isso tudo disponibilizado em uma planilha por meio do programa *Microsoft Excel 2016* para a tabulação dos dados coletados durante o período de outubro de 2016 a dezembro de 2021.

A coleta de dados dos procedimentos de alta complexidade e das glosas hospitalares, apresentada pelo HU, ocorreu através do Banco de Dados do Departamento de Informática (DATASUS). Utilizou-se o aplicativo tabulador de dados TABWIN/TABNET, isto é, um programa para a análise de base de dados que permitiu importar as tabulações efetuadas e gerar relatórios específicos.

Usou-se ainda os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da Unidade de Monitoramento e Avaliação (UMA) do HU para a orientação do procedimento de baixa de arquivos de dados do sistema de informações ambulatoriais e hospitalares, transferindo-os para o TABWIN a fim de se tabular e extrair dados financeiros e quantitativos dos procedimentos faturados (INTRANET/UFPA, 2021).

Por meio de Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e de Informações Hospitalares (SIH-SUS), tabulou-se os dados dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares e as glosas do HU. Após isso, colocou-se tais dados em planilhas do banco de dados para a análise estatística.

Para auxiliar na avaliação do desempenho e apurar uma melhor demonstração do faturamento do HU, usou-se o Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o qual utiliza a data base das informações extraídas do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI).

Organizou-se os dados de acordo com os procedimentos de alta complexidade, classificados em grupos e subgrupos, suas metas mensais quantitativas físicas e financeiras, quantidade física e financeira de procedimentos

apresentados pelo HU (apresentação da produção mensal de cada procedimento cadastrado), quantidade física e financeira dos procedimentos aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde (mediante repasse financeiro ao HU após auditoria do gestor de saúde) e, por fim, a quantidade física e financeira das glosas hospitalares (diferença entre procedimentos apresentados e procedimentos aprovados).

A análise estatística considerou a organização das séries de dados da quantidade física e financeira de procedimentos apresentados pelo HU e aprovados

pela Secretaria Municipal, assim como as glosas hospitalares ao longo do tempo. Usou-se, como primeira ferramenta de estudo, a análise exploratória de dados. Na segunda abordagem, usou-se a Análise de Pareto ¹ com o objetivo de se identificar e ordenar os principais fatores relacionados com as glosas hospitalares.

A estatística auxiliou desde a pré-análise dos dados — na qual se identificou dados faltantes, erros de registro, valores discrepantes e demais inconsistências — até a análise exploratória que trata da redução, análise e interpretação dos dados (BUSSAB; MORETTIN, 2017).

Na Análise Exploratória de Dados (AED), usou-se diversas técnicas como gráficos, estatísticas descritivas e métodos de resumo para fornecer uma compreensão inicial dos dados e para identificar quaisquer características importantes, assim como a existência de tendências e padrões que pudessem orientar as etapas subsequentes de análise.

No presente trabalho, considerando a organização temporal, emprega-se basicamente dois tipos de gráfico: os gráficos de linha — que são as representações adequadas para os conjuntos de observações ordenadas no tempo

— e os gráficos em colunas 100% empilhadas — os quais permitem a comparação dos percentuais com que cada categoria (procedimento aprovado ou glosa) contribui anualmente nos procedimentos contratualizados de alta complexidade realizados no período estudado.

O desenvolvimento do diagrama de Pareto se inicia com a coleta e organização de dados relativos aos problemas e causas identificados na organização. No contexto deste trabalho, seria a identificação dos motivos de recusas pelos órgãos competentes para cada tipo de glosa hospitalar. O segundo passo é ordenar o problema mais recorrente até o menos recorrente, ou seja, ordenar os motivos de recusas da maior

¹ Análise de Pareto é uma ferramenta de controle de qualidade que tem, como seu produto principal, o diagrama de Pareto, o qual objetiva identificar pontos críticos na organização, potenciais causadores de problemas relacionados com falhas ou mau desempenho nos processos organizacionais (SANTOS, 2020). Ademais, o Diagrama de Pareto é um gráfico de barras que tem por base o Princípio de Pareto, o qual possibilita a separação, em uma relação entre várias causas de um resultado, daquelas que são 20% mais relevantes para sua ocorrência, na intenção de auxiliar na tomada de decisão para se otimizar o processo organizacional (ROSSA, 2021).

De acordo com o Princípio de Pareto, criado em 1896 pelo economista italiano Vilfredo Pareto, 80% da riqueza mundial se concentrava em 20% da população. Joseph Juran, nos anos de 1930, foi um dos principais disseminadores dessa regra para diversos cenários, como esportes, natureza e organizações (SANTOS, 2020). A generalização do princípio de Pareto é conhecida como princípio 80/20, no qual entende-se que 80% das consequências são resultantes de 20% das causas. Isso significa que, em muitos casos, o maior número de problemas é gerado por poucas causas.

para a menor frequência de ocorrência. No terceiro passo, calcula-se a porcentagem de ocorrência de cada problema com base no número de causas, ou seja, elaborase uma tabela de frequência para cada tipo de glosa com os motivos relatados para as recusas de pagamento ordenado.

Utiliza-se ainda os dados da tabela para se construir um gráfico de barras a fim de se relacionar os problemas (motivos de recusa de pagamento) com a frequência (ocorrência de cada motivo). Sobrepe-se, às barras, a linha de porcentagem acumulada, a qual identifica os maiores causadores dos problemas.

Enfim, pretende-se, com a análise do diagrama de Pareto, identificar a relação entre os problemas e as causas e suas consequências para a rotina e os resultados na administração hospitalar, assim como fornecer subsídios para a elaboração de possíveis sugestões de controle para a melhoria da gestão e a redução do índice de glosas hospitalares no HU.

2 MARCO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil uma das amplas conquistas pautadas pela Constituição Federal de 1988, “saúde para todos”, consolidada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi a participação do controle social nas políticas de saúde, por meio dos conselhos de saúde. Tais políticas sempre estiveram pautadas nas agendas governamentais, por visar maior número de atendimentos, melhores serviços e condições de vida da população. A partir de então, foi considerado como dever do estado brasileiro assegurar a todos os cidadãos o acesso às ações e aos serviços de saúde. Ficou marcada assim, a trajetória das políticas de saúde pública que se relaciona diretamente com a evolução política, social e econômica da sociedade, características essas indissociáveis no contexto do povo brasileiro (KUCHARSKI, 2022).

Buscou-se o apoio nos determinantes históricos voltados para o contexto político social como forma de entender esta problemática. A contextualização dos marcos históricos possibilitou compreender quais os serviços disponibilizados, como a população era atendida e de que maneira esse processo ocorreu no Brasil (ANDRADE, 2022).

A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor (KUCHARSKI, 2022).

A situação crítica da saúde, mostrou a necessidade de mudanças no sistema e desencadeou o processo de implementação da reforma sanitária no Brasil, resultando na perspectiva fundamental de construção do Sistema Único de Saúde (ANDRADE, 2022).

2.1 Políticas Públicas de Saúde Brasileira

Historicamente as políticas públicas de saúde começaram a ser implantadas no Brasil em meados de 1936 a partir das primeiras pesquisas sobre políticas públicas realizadas por Harold Dwight Lasswell, desde então vem ocorrendo a produção de ações governamentais, com o entendimento de que está nas mãos do governo decidir o que fazer diante dos problemas levantados, decisões estas que trazem impactos nas ações consideradas como políticas públicas (AGUM, 2015).

Remetendo a que estes problemas sejam socialmente relevantes, mas que tenham implicações qualitativas ou quantitativas na sociedade direcionam a entrar na agenda de discussão dos atores políticos, cabendo a eles a interpretação para alcançar os objetivos propostos, envolvendo aspectos da política, da sociedade e das instituições políticas (LIMA; AGUIAR; LUI, 2021).

Aproximadamente na década de 1950, houve o crescimento da participação das camadas sociais dos diversos níveis, formando-se inúmeros partidos políticos e houve a reorganização dos sindicatos de classes e o aparecimento de vários movimentos sociais espalhados pelo país, todos com um único objetivo, alcançar melhores condições de vida para a população (GONH, 2017).

Entre os anos de 1960 a 1970, o Brasil enfrentava um intenso contexto de sistema de saúde segmentado e excludente, com grande parte da população sem acesso à assistência, à saúde e os poucos recursos dos orçamentos públicos que eram usados pelo Ministério da Saúde (MS), secretarias estaduais de saúde e municípios ou vinham de doações feitas por entidades de caridade, bastante usados por entidades religiosas ou filantrópicas que ajudavam como podiam. Os poucos recursos públicos de caráter universal se centralizavam no MS, que os usava principalmente no setor de vigilância à saúde, buscando controlar doenças transmissíveis e de vigilância sanitária. Havia poucos hospitais especializados, e ocorria a ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em regiões específicas do país (PIOLA, 2013).

Na década de 1970, a política de saúde brasileira, foi impactada por medidas reformadoras frágeis, setor público ineficaz, tensões envolvendo os trabalhadores e profissionais da área da saúde, com exigências de maior dedicação e compromisso; apoio popular reduzido diante de poucos resultados concretos país (PIOLA, 2013).

A transição democrática ocorreu após a década de 70, quando os movimentos cresceram, houve a aquisição de inovação política com foco na justiça social, redistribuição de renda e universalização dos benefícios sociais (MENDES; MARQUES, 2009). É neste contexto que o país passa pelo processo de reformulação iniciando o processo de reforma sanitária com mobilização do movimento sanitário, composto por médicos e lideranças políticas da área de saúde oriundos do partido comunista do Brasil (GERSCHMAN, 1995).

No início da década de 80, a política de saúde no Brasil, direcionava-se apenas a uma parcela da população definida como “indigente”. A execução de saúde era

realizada por alguns municípios e estados e principalmente por instituições filantrópicas (BRASIL/CONOF/CD, 2011).

Na primeira metade da década de 1980, as estratégias adotadas para a saída de tais dificuldades foram baseadas em políticas de "focalização do gasto", com subsídios diretos aos pobres, tais como, suplementação alimentar, programas de atenção primária à saúde, inspiradas nos postulados das tecnologias simplificadas e outros itens pontuais que haviam sido recomendadas pela Conferência de Alma-Ata realizada em 1978. Os gastos públicos deveriam ter como objetivo atingir a um determinado conjunto de efeitos demonstráveis por melhoria de indicadores sociais dos segmentos pobres das populações como mortalidade infantil, desnutrição, evasão escolar, qualidade da habitação, entre outros (CORDEIRO, 2001).

Neste contexto, em 1988, foi criado o SUS Brasileiro com o propósito de subsidiar as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e sua lei de criação regulamentada dois anos mais tarde, do dia 19 de setembro de 1990.

O SUS está amparado em uma vasta legislação cujo tripé principal é formado pela Constituição Federal de 1988, a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Complementarmente, foram propostas Normas Operacionais (NOB) do SUS, conforme o quadro abaixo.

Quadro 1 — Normas operacionais do SUS

<p>NOB-SUS 01/91 Resolução n° 258/1991/INAMPS</p>	<p>Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), para o financiamento das atividades ambulatoriais;</p> <p>Instituiu a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), para o financiamento das internações hospitalares;</p> <p>Definiu recursos para o custeio da máquina administrativa do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS);</p> <p>Definiu recursos para o financiamento de Programas Especiais em Saúde.</p> <p>Definiu recursos para investimentos no setor saúde.</p>
---	--

<p>NOB-SUS 01/92 Portaria N° 234/1992/MS</p>	<p>Criou o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), como instâncias gestoras colegiadas do SUS; Enfatizou a necessidade de descentralização das ações e serviços de saúde; Normalizou o Fundo Nacional de Saúde (FNS); Descentralizou o planejamento e a distribuição AIH pelas Secretarias Estaduais de Saúde.</p>
<p>NOB-SUS 01/93 Portaria N° 545/1993/MS</p>	<p>Lançou o documento denominado "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde- a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei"; Deu maior ênfase à municipalização da saúde; Criou a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), como órgãos de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aos Conselhos Estaduais de Saúde, respectivamente.</p>
<p>NOB-SUS 01/96 Portaria N° 1.742/1996/MS</p>	<p>Instituiu a Gestão Plena Municipal da Saúde com responsabilidade dos municípios pela saúde; O município passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão; Os estados passam a ser meros mediadores; A União normaliza e financia e o município gera e executa; Criou os níveis de gestão Incipiente, Parcial e Semiplena; Instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB); Institui a Programação Pactuada Integrada (PPI).</p>
<p>NOAS-SUS 01/01 Portaria N° 9512001/MS</p>	<p>Os estados passam da função de meros mediadores para a de coordenadores do SUS em âmbito estadual; A ênfase na municipalização (atomização) dá lugar à ênfase na regionalização (otimização).</p>
<p>NOAS-SUS ½ Portaria N° 373/2002/MS</p>	<p>Aperfeiçoou e revoga a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS).</p>

Fonte: Secretaria de Saúde da Bahia (2017, com adaptação).

O controle social é qualificado como uma demonstração mais evidente da participação da sociedade na gestão da saúde e se caracteriza como construtor das normas operacionais básicas de 1993 e 1996 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993; BRASIL, 1996).

Neste contexto, o controle social é interpretado como a participação do cidadão defendendo seus direitos e interesses na escolha de políticas públicas, e que tais

escolhas sejam relevantes para a coletividade situada em determinado território, visando o fortalecimento e que possam promover o desenvolvimento, local, regional e de determinada nação.

Para tanto, os conselhos de saúde são órgãos colegiados que se traduzem como uma das formas mais democráticas de exercer o controle social na sociedade. São espaços que reúnem diversos segmentos da sociedade para debater e avaliar a situação de saúde dos municípios, propondo diretrizes para a formulação da política de saúde, além de fiscalizar a aplicação dos recursos

Os conselhos de saúde, atualmente, consolidam um cenário político de um potencial revolucionário em dois eixos: (I) o do estado e (II) o da própria sociedade (MENDES; MARQUES, 2009). O julgamento das analogias de poder em um conselho de saúde permite um avanço na abrangência dos discursos e dos métodos. Suas experiências de participação convergem para democratização das relações, eliminando assim os conselhos como um instrumento que perpetua a desigualdade e a submissão.

Por isso, o conceito das características do federalismo e a direção da política de saúde no Brasil são importantes para o debate na atualidade, analisando que o país convive no período de reestruturação, voltado ao esboço da nova estrutura das relações federativas, com ação efetiva na diminuição dos desequilíbrios regionais através do processo de descentralização e democratização de políticas públicas. A definição que melhor se assemelha ao Sistema Único de Saúde (SUS) seria a de descentralização como restituição. Descentralização, nesse aspecto, provoca a ampliação da autonomia das esferas estaduais e municipais, que necessitarão de qualificação para a efetivação de um conjunto de funções públicas (BRASIL, 2003).

O alcance desses espaços é fundamental na organização de uma institucionalidade democrática, por meio da qual o direito à saúde não poderá concretizar-se em direito à cidadania. Deste modo, a saúde é pautada numa definição ampla e o direito à saúde é reafirmado como conquista social, que, para plena execução, necessita garantir a participação da população na organização, gestão e controle das ações e serviços de saúde (GUIZARDI, 2004).

Desde o ano de 2000, o financiamento do SUS foi compartilhado efetivamente por todas as Unidades da Federação (UFs) brasileiras, em decorrência da aprovação da Emenda Constitucional (EC) número 29 que estabeleceu um piso para a participação dos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

Estabeleceu-se o piso estadual em 12% da receita de impostos² e transferências constitucionais da União, após dedução das parcelas transferidas aos municípios. Os municípios tiveram o piso equivalente à 15% da receita dos impostos a eles inerentes³, somando ainda as transferências constitucionais repassadas pela União e Estados. Já o Distrito Federal, recebe 12% e 15% respectivamente, aplicados, sobre as transferências constitucionais e a receita de impostos (estadual ou municipal) (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Desde o ano de 2001, o valor mínimo para a União passou a ser executado pelo Ministério da Saúde (MS) correspondendo a 59,8% dos recursos públicos alocados ao SUS, a fim de atender as ações e serviços públicos de saúde (ASPS), sendo corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) entre os dois anos anteriores. Apesar das “perdas” de recursos devido a diversos expedientes executados pelas três esferas de governo (SERVO, 2011), e que se prolongaram em função da demora para a regulamentação da EC no 29 (ocorrida em 2012 pela Lei Complementar (LC) número 141). A EC ajudou no crescimento real significativo de recursos alocados pelas três esferas de governo em prol do financiamento do SUS e aumentou a participação relativa de estados, Distrito Federal e Municípios no financiamento do SUS (PIOLA, 2013).

De 2000 a 2010 ocorreu um aumento real de 112 % no gasto consolidado total e 89% no gasto per capita das três esferas e, ainda, aumento da participação relativa de Estados, Distrito Federal e Municípios no financiamento do sistema (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016). Estudos mais recentes constataram o crescimento real dos gastos municipais em saúde de 2004 a 2014 (156,3%), com queda entre 2014 e 2015, seguida de recuperação até 2019 (CRUZ; BARROS; SOUZA, 2022).

As emendas parlamentares individuais conseguiram ampliar o poder dos parlamentares na liberação do orçamento público, pois isso deu ampla visão e repasse para as bases políticas municipais. Como consequência, houve o aumento na proporção dos valores empenhados, na obrigatoriedade de execução financeira e em casos de não impedimento técnico e metas fiscais em ordem. As regras, não muito

² Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD), Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) incidente sobre os rendimentos do trabalho dos servidores públicos estaduais.

³ Imposto Territorial Rural (ITR), Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto de Transmissão de Bens Imóveis Intervivos (ITBI) e Imposto sobre Serviços de qualquer natureza (ISS) e IRRF incidente sobre os rendimentos do trabalho dos servidores públicos municipais

bem definidas, geraram um problema de como e em quanto tempo essa execução financeira seria transformada em pagamento, o que levou o Poder Executivo a deter, a barganhar por melhores negociações, o que pode ser utilizado junto aos parlamentares nas votações ou matérias de seu interesse (SILVESTRE FILHO; CAMBRAIA, 2023).

No ano de 2022, a União investiu R\$ 155 bilhões para utilização na saúde pública brasileira. Em termos comparativos aos anos de 2020 e 2021, período abrangente da fase mais alta da Pandemia de COVID-19, houve redução, em 2022, das despesas em razão da redução dos efeitos da pandemia. Percebeu-se que se pagou R\$ 12 bilhões em despesas direcionadas ao combate da Pandemia (BRASIL, 2023).

Tabela 1 — Gastos com saúde no Brasil entre 2008 e 2017 (em bilhões de R\$)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Saúde	50,8	57,4	66,2	74	83,5	89,4	100,4	106,9	115,9	117,1
Atenção Básica	8,1	8,4	9,7	11	13,4	13,8	16,8	17,7	18,6	18,5
MAC	21,9	24,7	27	30,5	34,1	34,7	39,2	40,4	42,8	45,1
Assistência Farmacêutica	4,1	4,8	5,3	6,4	7,4	8,8	9,7	11	13,1	11,2
Vigilância em Saúde	2,3	2,5	2,7	3,6	3,8	4,5	4,8	4,8	6,9	6,8
Emendas Parlamentares	-	-	-	-	-	-	0	1,5	3,4	3,3
Investimentos (exceto EP)	1,2	1,6	2	2,2	3,4	3,9	4,4	2,9	2,9	1,7
Outros	13,2	15,4	19,5	20,4	21,4	23,8	25,5	28,1	28,1	30,4
Pessoal	8,1	9,7	11	12,5	13,9	14,6	15,7	16,1	16,6	17,8
Demais	5,1	5,7	8,5	7,9	7,5	9,2	9,8	12,5	11,5	12,6
Receita Corrente – União	755	775	890	1030	1135	1220	1243	1283	1361	1408
% da Rec. Corrente Saúde	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,08	0,08	0,09	0,08
PIB	3110	3333	3886	4376	4815	5332	5779	5996	6259	6560
% do PIB Saúde	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02

Fonte: Silva (2019, com adaptação).

Na Tabela 2, verifica-se que houve um crescimento da despesa com saúde. Esse crescimento esteve acima da taxa de crescimento da Receita Corrente da União (9,7% contra 7,2%), apesar do crescimento da receita corrente ter ficado um pouco acima da inflação verificada no período. Isso permitiu que houvesse crescimento acumulado da despesa com saúde, o qual chegou a 31,9% (3,1% ao ano, em média). Nesse mesmo período, a Receita Corrente teve elevação de 6,7% em termos reais, ou seja, 0,7% ao ano (BRASIL, 2018).

Tabela 2 — Taxas de crescimento da despesa com saúde no Brasil entre 2008 e 2017

	Variação nominal (% a.a.) 2008-2017	Variação real (% a.a.) 2008-2017
Saúde	9,7%	3,1%
Atenção básica	9,6%	3,0%
Média e alta complexidade	8,4%	1,9%
Assistência farmacêutica	11,8%	5,1%
Vigilância em saúde	12,7%	6,0%

Fonte: Silva (2019, com adaptação).

Mais recentemente é possível observar a ocorrência de crise fiscal dos governos estaduais e municipais, ameaça a situação de subfinanciamento do sistema, pois se mostra temeroso a um aumento de sua participação no financiamento do SUS para poder compensar os recursos deduzidos da União. A previsão de congelamento das despesas primárias do governo federal até o ano de 2036 se configura no grande desafio para o financiamento do SUS, conforme foi determinado pela EC número 95/2016. Parece ser muito difícil que essa condição estabelecida para as despesas do Poder Executivo, gere recursos que possam novamente aumentar a participação da União no SUS. O aumento de indicadores demográficos e epidemiológicos, somados à necessidade de se sanar insuficiências de oferta e de preparo tecnológico dos serviços públicos de saúde, indicam que é valioso e importante o crescimento dos recursos federais (SÁ; FUNCIA, 2023).

2.2 O Financiamento do SUS

A contratualização é parte do conjunto das políticas que reforçam o caráter público dos estabelecimentos que integram a rede SUS. Constituem-se em operações importantes na sustentabilidade dos sistemas de saúde. Na descrição das operações envolvidas no financiamento do sistema, é preciso assegurar sustentabilidade das receitas e equilíbrio entre os polos das receitas e das despesas (ALBUQUERQUE; MORAES; LIMA, 2015; BRASIL, 2021).

O polo das receitas compreende operações de financiamento que visam: a) garantir receitas suficientes e sustentáveis coletadas de forma eficiente e equitativa; e b) gerenciar essas receitas em fundos compartilhados, a fim de equilibrar os riscos de forma justa. O SUS dispõe de uma estrutura de financiamento baseada em tributos, que consolida os recursos em um único polo, cuja baixa fragmentação é atualmente reputada como a ideal para atingir os intentos de se alcançar cobertura universal de saúde (MATHAUER, 2020).

No entanto, enfrenta problemas de subfinanciamento que impõem restrições para garantia dessa cobertura universal com integralidade da atenção. No polo das despesas, os modelos de remuneração e o desempenho dos prestadores de serviços, juntamente com a cobertura populacional e as políticas que buscam definir os serviços oferecidos, são os componentes relevantes para a definição da sustentabilidade e de um desempenho satisfatório do sistema de saúde (MATHAUER, 2020).

A contratualização entre entes públicos e privados tem adquirido várias formas, tais como fundações, serviços sociais autônomos e o modelo que vem se consolidando mais rapidamente, o das organizações sociais de saúde. A lei federal n.9.637-1998, institui as organizações sociais, e a partir dela várias legislações estaduais e municipais passaram a acompanhar a disseminação desse modelo. Até 2018 eram mais de 130 legislações sobre organizações sociais de saúde, mostrando que não podemos falar de um modelo único e nacional, mas de uma miríade de situações com vários modelos e formas de organização da relação contratual entre entes públicos e unidades privadas para gestão de unidades públicas de prestação de serviços de saúde. A legislação sobre organizações sociais delimita suas áreas de atuação em ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e conservação do meio ambiente, cultura e saúde (RAMOS; SETA, 2019).

Desde a década de 90, a gestão pública no Brasil passou por grandes mudanças incentivadas por reivindicações sociais que pediram maior eficiência, transparência e eficácia na aplicação dos recursos públicos. O Decreto nº 10.282 de 2020 define como serviços públicos essenciais: a seguridade social (previdência, assistência e saúde) e a educação, entre outras atividades. Evidentemente, discussões sobre a viabilidade financeira de Hospitais Universitários Públicos já vêm de longa data. Em especial, o atendimento com qualidade tem sido uma exigência crescente em qualquer tipo de serviço, inclusive para a área da saúde (BONACIM; ARAÚJO, 2009).

É fato que a política de contratualização foi benéfica à estas instituições, aumentou consideravelmente seus faturamentos, assim como suas metas, não somente na área assistencial, mas também no ensino, pesquisa e inovações tecnológicas em saúde, o que ganhou maior relevância dos HUs no SUS. No entanto, debates e análises do processo de contratualização dos HU's no SUS, identificaram dificuldades, perspectivas e propostas para o aprimoramento da política de reestruturação dos HUs, que contribuem para importantes mudanças nos atuais modelos de gestão, organização e assistência, à luz do processo de contratualização (BRASIL, 2008, p. 5).

As glosas hospitalares representam uma das grandes dificuldades combatidas pelas gestões hospitalares, já que afeta diretamente na receita e influenciam nos resultados das ofertas de serviços. As glosas hospitalares se trata do não pagamento das operadoras de saúde por atendimentos, internações, exames laboratoriais ou de

imagem, remédios e outros serviços utilizados pelos beneficiários (RODRIGUES, 2018).

As glosas administrativas são aquelas decorrentes de dificuldades na melhor operacionalização das contas e acontecem quando no momento da cobrança aparecem as falhas operacionais podendo estar relacionadas a falta de interação entre o responsável pelo dinheiro (Estado/SUS) e o hospital, ou, ainda, quando ocorre falha no momento da análise da conta do hospital prestador de serviços (RODRIGUES, 2018).

As glosas técnicas são aquelas devidas à falta de justificativas ou embasamento que implique a indicação de determinado procedimento e a falta de anotações durante o atendimento da equipe de assistência ao paciente. Estas acontecem quando da apresentação dos valores de serviços, relativos diretamente a assistência prestada ao paciente e medicamentos utilizados e não aos procedimentos médicos adotados (RODRIGUES, 2018). Os contínuos problemas relacionados aos registros dos prontuários, em sua maioria por falta de anotação e até mesmo justificativa de medicamento administrado e materiais utilizados, geram cancelamento e/ou recusa parcial ou total das contas hospitalares, por serem consideradas ilegais ou indevidas (SOUSA, 2012).

Poderão surgir situações que suscitem dúvidas em relação às regras e práticas adotadas pelo hospital, este na tentativa de sanar tais problemas recorre às glosas ou correções. Devem ser buscados incessantemente os motivos das glosas, porém caso não se consiga identificar e corrigir esses motivos poderá ocorrer nas contas do hospital um grande déficit financeiro, o que geralmente tem levado à diminuição dos serviços que o hospital presta à população (MOTA, 2009; SOUSA, 2012).

A melhora na qualidade da assistência é um aspecto importante a ser considerado na qualificação de profissionais da saúde para executarem auditorias no intuito de minimizar as glosas, sendo necessário o incentivo do hospital para que esses profissionais se capacitem para tal. O controle dos custos hospitalares na maioria das vezes está relacionado a materiais de consumo, medicações e exames, seriam necessários profissionais mais treinados nestes controles e assim refletir em minimização de glosas (SOUSA, 2012).

O tema desperta atenção do setor de auditoria dos hospitais universitários, a qual indica avaliação, exame analítico e pericial que segue o desenvolvimento das operações contábeis desde o início do processo até o balanço.

Existem dois tipos de auditoria, pode ser de cuidados e de custos. A auditoria de cuidados representa uma ferramenta importante para mensurar a qualidade da assistência prestada. A auditoria de custos é voltada para as contas financeiras do hospital, que são importantes para o incremento de minimização das glosas (SANTOS; ROSA, 2013).

A auditoria é uma especialização da contabilidade que está associada ao controle administrativo financeiro das instituições e, conforme Sousa (2012), é de suma importância para a verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõe a conta hospitalar cobrados, garantindo um pagamento justo mediante a cobrança adequada. Acredita-se que as glosas hospitalares não estão somente vinculadas ao custo e as perdas financeiras, mas também mostram onde a equipe multiprofissional pode melhorar, por isso são sugeridos ações não somente de otimização de processos mas também de Recursos Humanos como exemplo curso de educação continuada para os profissionais

mostrando a importância na qualidade da assistência prestada ao paciente e do preenchimento adequado do prontuário para minimização das perdas financeiras (glosas) para a instituição e o aprimoramento dos profissionais responsáveis pela auditoria da instituição para que os mesmos ficassem de acordo com todos os contratos realizados (VIANA, 2019).

Os alvos das auditorias nos hospitais são os registros realizados nos prontuários do paciente devido a sua importância no cuidado com a saúde na relação direta com o faturamento dos custos hospitalares (SILVA, 2017).

Os protocolos padronizados atualmente em uso no setor de auditoria interna do HU, representam ferramentas de minimização de glosas. Faz-se necessário, que ocorra a melhoria da qualidade dos registros do prontuário do paciente, assim como a utilização de protocolos sistematizados para melhorar as práticas existenciais e os impactos na segurança do paciente (SILVA, 2017). Neste contexto, justifica-se a realização desta pesquisa no intuito apurar o comportamento do faturamento e identificar a ocorrência das glosas hospitalares, a fim de proporcionar estudos analíticos que possibilitem sugerir melhorias para que o HU tenha melhor eficiência financeira e ampliação dos serviços prestados à comunidade.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo será abordada a contratualização do SUS com o HU estudado, focado no comportamento de faturamento, portanto inicialmente apresentaremos a composição do contrato com seus documentos, metas e tipos de financiamento; será demonstrada a programação orçamentária e sua evolução a partir de seus Termos Aditivos no período analisado.

Por fim, serão mostradas as análises dos resultados encontrados no período analisado (entre os anos de 2016 a 2021), com demonstrações em gráficos e tabelas dos dados do faturamento do local do estudo, no quais serão mostradas as variáveis importantes que contribuíram para o avanço financeiro do hospital.

3.1 A contratualização do HU

A contratualização firmada entre o SUS e o HU ocorreu através da Portaria nº 3.410/2013, apresentou o Instrumento Formal de Contratualização contrato 463/2016, pactuado entre o HU e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com o objetivo de inserção na rede de atenção para a prestação de serviços de média e alta complexidade.

A contratualização é composta pelo termo de instrumento formal de contratualização de fato, que conterà as responsabilidades do hospital quantos aos eixos, responsabilidade do ente federado, dos recursos financeiros, sanções e penalidades e a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização; e o Documento Descritivo (DD)⁴, que por sua vez, conterà as metas quali-quantitativas e indicadores de monitoramento.

No DD são definidas as metas físicas, também chamadas de metas quantitativas, a serem executadas durante o contrato. Elas são divididas, em tabelas,

⁴ Art. 26. O Documento Descritivo conterà, no mínimo:

- I - a definição de todas as ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital;
- II - a definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizadas;
- III - a definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados;
- IV - a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização;
- V - a definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho; e
- VI - a definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme modelo anexo a esta Portaria.

por tipo de assistência (ambulatorial e hospitalar) e por complexidade (média e alta complexidade).

As metas ambulatoriais são apresentadas por grupos e subgrupos, conforme a nomenclatura e código do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), enquanto as metas hospitalares são apresentadas pela especialidade do leito (cirúrgico, clínico, pediátrico etc.).

As metas físicas ambulatoriais expressam a quantidade de procedimentos que precisam ser executados, esses procedimentos são listados de forma detalhada na Ficha de Programação Orçamentária (FPO), que faz parte do instrumento formal de contratualização. Na FPO são apresentados os códigos, valor unitário, meta física e meta financeira de cada procedimento, tanto de média complexidade como de alta complexidade. Já as metas físicas hospitalares são a quantidade de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), ou seja, a quantidade de internação.

O contrato do HU apresentou uma meta com dois tipos de financiamento do SUS: (1) o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e (2) o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

O MAC é composto pelos valores pré-fixados, que são valores fixos repassados mensalmente, representados pelos procedimentos de média complexidade, enquanto os valores pós-fixados é um valor repassado após apuração da produção no Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH do Ministério da Saúde, representados pelos procedimentos de alta complexidade.

O valor pré-fixado da Média Complexidade é repassado conforme a avaliação quadrimestral feita pela Comissão de Acompanhamento da Avaliação (CAC), prevista na Portaria GM/MS nº 3.410/2013 do Ministério da Saúde, das metas quantitativas (ambulatoriais e hospitalares) e qualitativas, ambas descritas no DD.

Esta comissão avalia a quantidade de procedimentos realizados e o alcance dos indicadores de desempenho qualitativo, tendo, o Hospital, que atingir no mínimo 85% de metas quantitativas e 80 pontos das metas qualitativas para receber o valor em sua totalidade.

Portanto, o Documento Descritivo relaciona além dos valores e procedimentos, também as metas qualitativas e quantitativas que devem ser atendidas pelo hospital, visando o melhor alcance de atendimentos à população que que o hospital está inserido.

Na cidade de Belém, que possui média de 1,3 milhão de habitantes, o Hospital ganha destaque por disponibilizar cerca de 655 mil procedimentos anuais entre média e alta complexidades conforme demonstrado na tabela 3.

Tabela 3 — Metas ambulatoriais e hospitalares em 2016

Complexidade	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS		PROCEDIMENTOS HOSPITALARES	
	Quantidade Mensal	Quantidade Anual	Quantidade Mensal	Quantidade Anual
Média Complexidade	53.819	645.828	411	4932
Alta Complexidade	174	2.088	20	240
FAEC	130	1.560	1	12
Total	54.123	649.476	432	5.184

Fonte: elaborado pelo autor.

Contudo, os valores pós-fixado da Alta Complexidade e do FAEC são repassados conforme a produção aprovada do Hospital pelo Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH. Portanto, o valor contido no Termo, no Documento Descritivo e na Ficha de Programação Orçamentária é um valor estimado, podendo ser transferido um valor a menor ou a maior, já que depende da produção assistencial de alta complexidade e FAEC do hospital.

3.2 Programação orçamentária do Contrato n. 463-2016

Como já foi apresentado anteriormente, o financiamento do SUS é formado pelos recursos MAC e FAEC, porém além destes, o Hospital também recebe incentivos financeiros do Governo Federal no intuito que são repassados em suas totalidades almejando alcançar diversas políticas públicas na área da saúde e contribuir com o custeio, manutenção, reestruturação e desenvolvimento dessas instituições.

De acordo com o contrato nº 463-2016 do HU, os incentivos financeiros pré-fixados foram os seguintes:

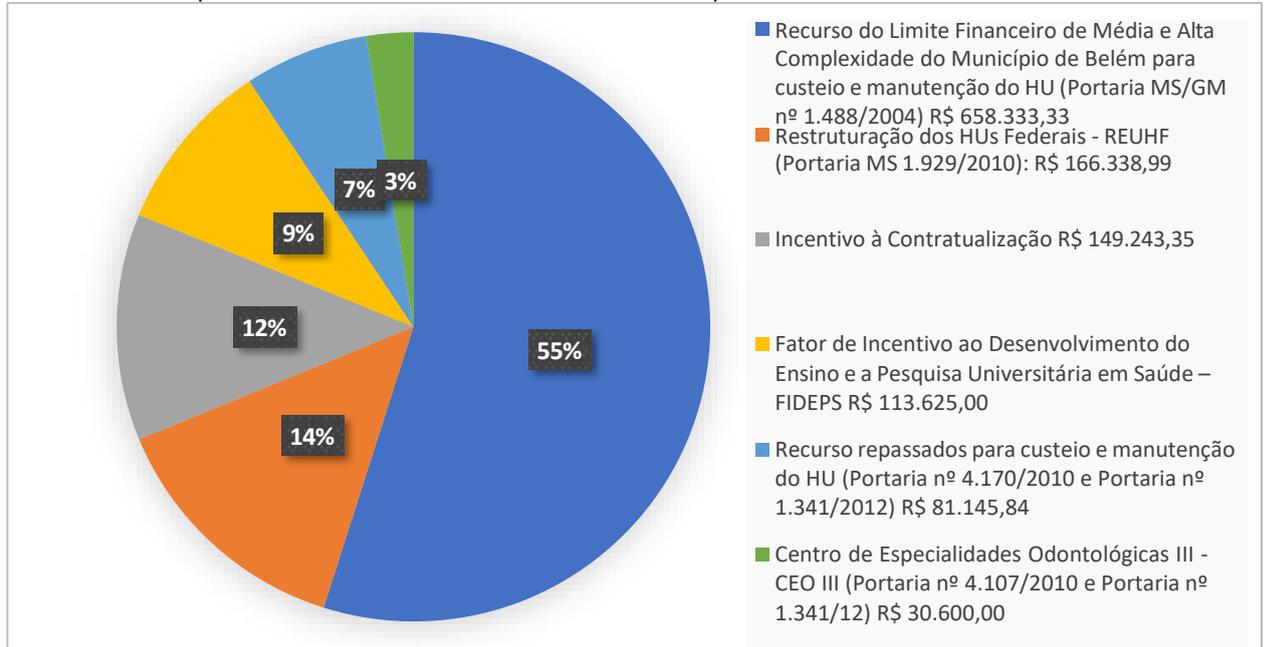
- a) incentivo à contratualização é um recurso destinado aos hospitais de ensino e hospitais filantrópicos que adotem a forma de contratualização com o Ministério da Saúde (MS), ou seja, uma forma de incentivar essas entidades a participarem deste modelo de financiamento;
- b) Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), nesse caso, são recursos financeiros custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) e estão relacionados ao incentivo no âmbito dos Programas de Reestruturação dos

- Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde;
- c) Incentivo de Restruturação dos Hospitais Universitários Federais (REUHF), o qual foi estabelecido pela Portaria MS 1.929/2010, no intuito de incorporar recursos financeiros ao Teto Financeiro anual;
 - d) Recurso repassado para custeio e manutenção foi estipulado pela Portaria nº 4.170/2010 e Portaria nº 1.341/2012, são valores de antecipação do incentivo financeiro de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), repassados para serem aplicados na implantação do centro, podendo ser utilizados para construção/reforma/ampliação do local onde o centro funcionará e para compra de equipamentos/ materiais permanentes;
 - e) Incentivo de Recurso do Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Município de Belém para custeio, foi estabelecido pela Portaria MS nº 26/2005 e define os valores a serem disponibilizados ao Estado do Pará e ao Município de Belém, destinados ao custeio e à manutenção.

Apesar de os incentivos apresentarem a mesma característica de contribuição ao HU, eles possuem orçamentos diferentes, dos quais o que mais se destaca é o “incentivo de recurso do limite financeiro de média e alta complexidade”, estipulado através da Portaria n. 26-2005 GM/MS. Esse incentivo destina-se ao custeio e manutenção do Hospital Universitário, o que representa 55% do total de incentivos.

No Gráfico abaixo, observa-se a representatividade dos incentivos financeiros pré-fixados para o HU.

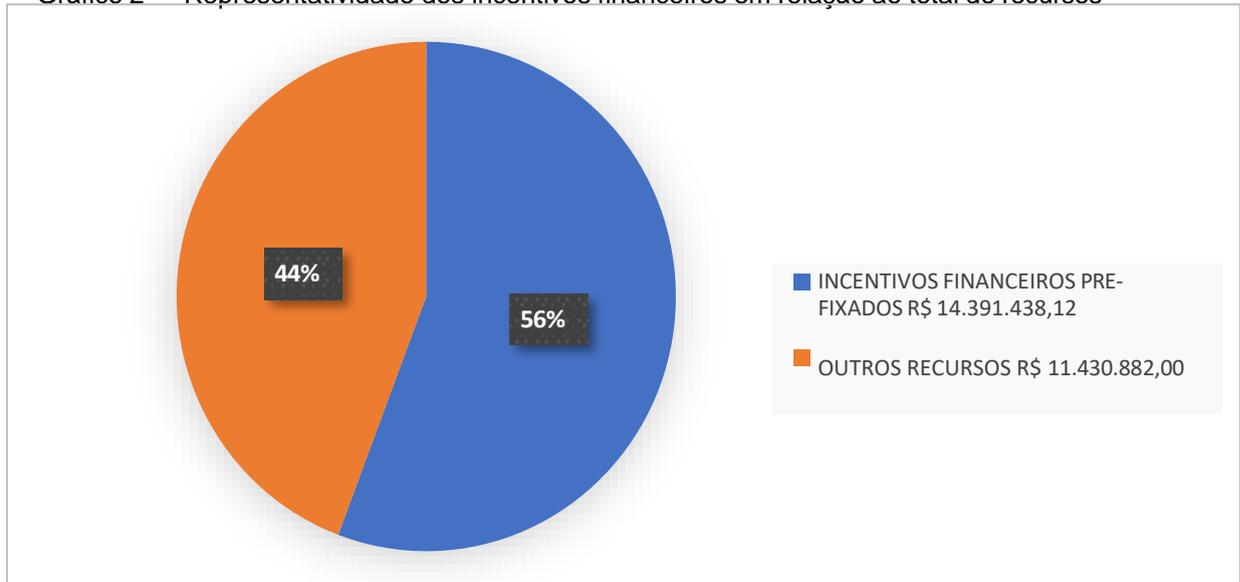
Gráfico 1 — Representatividade dos incentivos financeiros pré-fixados do HU



Fonte: elaborado pelo autor.

Cada um com seu propósito e valor definido, o montante desses incentivos soma mensalmente R\$ 1.199.286,51, o que, anualmente, totaliza R\$ 14.391.438,38. Ao se considerar que se firmou o contrato em 2016 com a sua programação orçamentária inicial de R\$ 25.882.320,12, os valores de incentivos ganham muita importância em relação à saúde financeira do HU porque representam 56% do valor total, *vide* o gráfico 2.

Gráfico 2 — Representatividade dos incentivos financeiros em relação ao total de recursos



Fonte: elaborado pelo autor.

Por fim, o contrato estabelecido em 2016 apresentou uma programação

orçamentária bastante significativa para o Hospital em razão do repasse mensal no valor de R\$ 2.151.860,01, o que totalizou R\$ 25.822.320,12 anuais, de acordo com a tabela 4 a seguir.

Tabela 4 — Programação orçamentária do HU em 2016

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	Mensal (R\$)	Anual (R\$)	%
PÓS-FIXADO	67.365,69	808.388,28	3,13%
Alta Complexidade	45.353,19	544.238,28	2,11%
FAEC	22.012,50	264.150,00	1,02%
PRÉ-FIXADO	2.084.494,32	25.013.931,84	96,87%
Média Complexidade	885.207,81	10.622.493,72	41,14%
Incentivo à Contratualização – IAC	149.243,35	1.790.920,20	6,94%
FIDEPS	113.625,00	1.363.500,00	5,28%
REHUF – Portaria MS 1.929 de 19/07/2010	166.338,99	1.996.067,88	7,73%
Recursos repassados para custeio e manutenção do HU (Pt. Nº 1.515 - GM/MS, de 02 de setembro de 2005)	81.145,84	973.750,08	3,77%
Incentivos de custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas — CEO III (Pt. Nº 4.107 de 17/12/2010 e Pt. nº 1.341 de 13/06/2012)	30.600,00	367.200,00	1,42%
Recursos do Limite Financeiro de Média e alta complexidade do Município de Belém para custeio e manutenção do HUPort. MS/GM Nº 1.488 de 20/07/2004.	658.333,33	7.899.999,96	30,59%
Total	2.151.860,01	25.822.320,12	100,00%

Fonte: elaborado pelo autor.

Destaca-se o grande percentual dos valores pré-fixados, formados pelos “incentivos financeiros” e “procedimentos de média complexidade”, o que representou 96,87% do valor total do contrato com apenas 3,13% do valor total do referido contrato, os valores pós-fixados, inicialmente, não ganhavam tanto destaque na programação orçamentária, apesar da grande importância desses procedimentos para a população. Porém, depois de 2016, firmou-se alguns termos aditivos que regularizou novos procedimentos e, conseqüentemente, aumentou os valores pós-fixados, que por sua vez elevou o faturamento do Contrato em questão.

3.3 Termos aditivos das programações orçamentárias

Durante o período analisado do Contrato nº 463/2016, 2016 a 2021, houveram 9 (nove) Termos Aditivos, o primeiro foi assinado em 22 de setembro de 2017 e apresentou três alterações: a prorrogação do contrato por mais um ano de validade, cujo início foi no dia 23 de setembro de 2017 até o dia 22 de setembro de 2018; as

alterações de metas físicas devido às alterações de procedimentos; e, por fim, a alteração na FPO que conseqüentemente elevou o repasse de recurso financeiro com grande notoriedade.

As maiores alterações na FPO foram as seguintes: a inclusão do Subgrupo “03.04 – Tratamento em Quimioterapia” com meta quantitativa de 432 procedimentos mensais; alterações de metas hospitalares; e a inclusão de 54 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), permitidas pela habilitação da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Hospital.

Em setembro de 2018, assinou-se o 2º Termo Aditivo, o que prorrogou o contrato por mais um ano, cujo início foi no dia 23 de setembro de 2018 até o dia 22 de setembro de 2019. Houve novamente o realinhamento da Ficha de Programação Orçamentária, ou seja, procedimentos tiveram suas metas físicas e metas financeiras alteradas.

Apesar de pouca representatividade no total de repasse, é importante observar a exclusão do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do Contrato n. 463-2016, o que foi parcialmente compensado pelo aumento de metas dos procedimentos de alta Complexidade exatamente por meio dos subgrupos “Diagnóstico por Tomografia Computadorizada” e “Tratamento de Quimioterapia”. Essas alterações causaram um pequeno efeito redutor no alcance do referido Contrato, o que impactou na redução de R\$ 22.480,44 nos valores anuais em referência a 2017.

Em setembro de 2019, assinou-se o 3º Termo Aditivo, o que estendeu o seu período de vigência por mais noventa dias, cujo início foi no dia 23 de setembro de 2019 até o dia 21 de dezembro de 2019. Nesse aditivo, apresentou-se a atualização do Documento Descritivo e a Ficha de Programação Orçamentária.

Entre as maiores alterações orçamentárias, houve a alteração no valor da alta complexidade com a inclusão do subgrupo “Diagnóstico por Ressonância” e o realinhamento do subgrupo “Tratamento de Quimioterapia”. Houve também a inclusão do incentivo da RAU (Rede de Atenção a Urgência). Destaca-se que essas alterações resultaram em um considerável acréscimo na Programação Orçamentária no valor de R\$ 2.218.176,12 em relação ao ano de 2018.

Assinou-se outros seis TA (4º ao 9º TA), porém esses seis últimos aditivos trataram somente de alterações de períodos de vigência do Contrato e não alteraram, portanto, as programações orçamentárias dos anos seguintes.

Por fim, ao longo do período analisado do Contrato acima, a gestão do HU conseguiu ajustar o Contrato de forma a apresentar mutações financeiras relevantes conforme demonstra-se na tabela a seguir.

Tabela 5 — Alterações na programação orçamentária a partir dos termos aditivos ao Contrato n. 463-2016

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	2016		2017	2018	2019, 2020 e 2021	
	Anual (R\$)	%	Anual (R\$)	Anual (R\$)	Anual (R\$)	%
PÓS-FIXADO	808.388	3%	6.518.812	6.496.333	7.050.953	20%
Alta Complexidade	544.238	2%	6.254.662	6.496.333	7.050.953	20%
FAEC	264.150	1%	264.150			
PRÉ-FIXADO	25.013.931	96%	25.013.931	25.013.931	26.677.488	79%
Média Complexidade	10.622.493	41%	10.622.493	10.622.493	10.622.493	31%
Incentivos Financeiros	14.391.438	55%	14.391.438	14.391.438	16.054.994	47%
Total	25.822.320	100%	31.532.744	31.510.265	33.728.441	100%

Fonte: elaborado pelo autor.

Apesar de representarem o grupo com maior percentual ao se analisar a totalidade do contrato n. 463-2016, os valores pré-fixados — formados pelos procedimentos de “média complexidade” e os “incentivos financeiros” — tiveram um aumento acima de 1,6 milhão de reais e esse aumento pode ser explicado exclusivamente pelo acréscimo do incentivo financeiro RAU em 2019, ainda assim, ele não foi o suficiente para evitar a queda de representatividade do contrato, o qual passou de 96% para 79% quando se compara de 2021 a 2016 respectivamente.

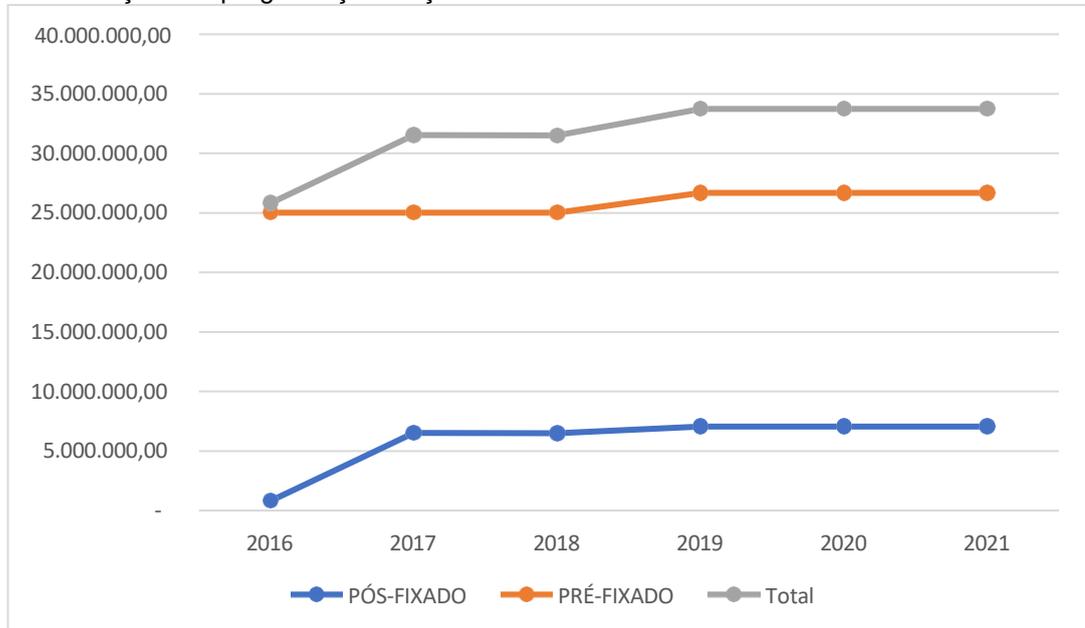
Ainda de acordo com o tabela 5, em contrapartida, os valores pós-fixados sofreram grandes mutações e aumentaram a sua representatividade, no valor total do contrato, em quase 8 (oito) vezes, sendo assim, o seu percentual era de 3,13% em 2016, mas atingiu os 20,91% em 2021.

Certamente a ação de maior influência foi a regulação dos procedimentos oncológicos no Hospital, a qual conduziu os procedimentos de alta complexidade a atingir outro patamar no planejamento orçamentário, nesse caso, resultou em 7 milhões de reais.

Esses fenômenos permitiram que o contrato sofresse um aumento de 31% ao

longo do período, isso conforme representação no Gráfico 1. Sendo assim, o gráfico 3 mostra a variação das programações orçamentárias do contrato do HU durante os anos de 2016 a 2021.

Gráfico 3 — Variação das programações orçamentárias entre 2016 a 2021



Fonte: elaborado pelo autor.

A partir do gráfico acima, pode-se perceber que a curva de progressão da Programação Orçamentária contratual subiu consideravelmente ao longo do período analisado, muito mais influenciado pelo comportamento dos reajustes dos valores pós-fixados do que pelos valores pré-fixados.

Sendo a possibilidade de alcance financeiro que o hospital firma em contrato com o SUS a partir de suas adequações de metas e regularização de procedimentos, a progressão da Programação Orçamentária foi ponto positivo na contratualização deste Hospital.

Por outro lado, esta evolução não significa que o órgão receberá os recursos em sua totalidade, como já visto, o alcance da totalidade do contrato é condicionado ao cumprimento de metas qualitativas e quantitativas firmados. Neste contexto, o próximo capítulo vai analisar o comportamento do Faturamento do hospital neste contrato.

3.4 Análises financeiras

Entende-se que a contratualização teve o intuito de melhorar o desempenho do Hospital Universitário e ainda incrementar prestação de contas de resultados, além

disso, tão importante quanto o planejamento, o acompanhamento e a avaliação, observa-se, de igual modo, a importância da execução da receita, conforme explicado por Lima e Rivera (2011):

Conforma-se no tripé de sustentação dos arranjos contratuais, um plano de atividades com estimativa de recursos para sua execução, os mecanismos de acompanhamento e avaliação e um sistema de incentivos que condicione o repasse de recursos ao alcance de resultados pré-definidos e acordados.

Quando se analisa o comportamento do faturamento, analisa-se especialmente o comportamento da receita de produção, que é o total de capital ou de recurso recebido proveniente da execução de uma atividade estabelecida. O HU firmou os seus acordos por meio do Contrato Administrativo n. 463-2016 com a Secretaria de Saúde do Município de Belém, cuja finalidade é a prestação de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares.

Uma vez já conceituadas e explicadas todas as fontes de receita da contratualização em análise, demonstra-se, na tabela a seguir, a apuração dos valores recebidos em cada ano para, desse modo, melhor compreender-se a dimensão do contrato em questão, o qual se torna a principal fonte de recurso e o que, de fato, mantém o Hospital.

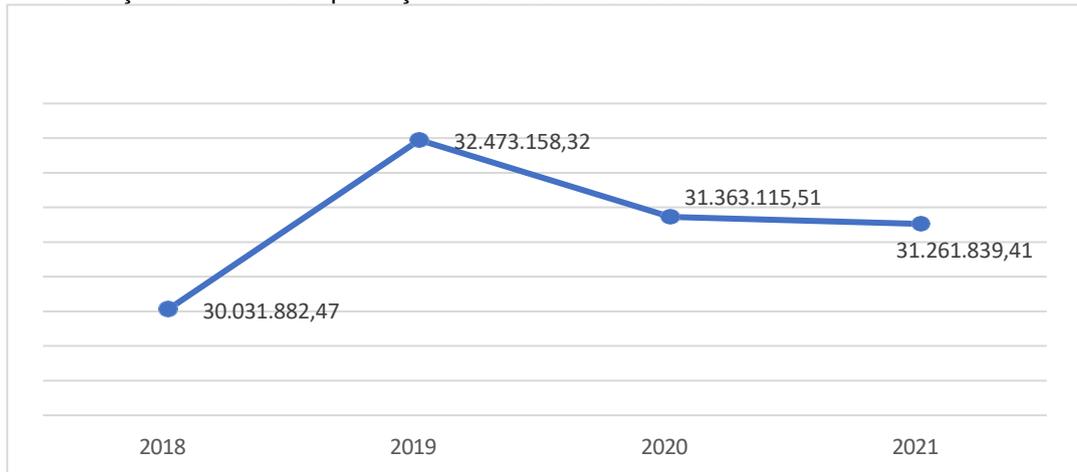
Tabela 6 — Receita de produção do SUS conforme o contrato n. 463-2016 entre 2018 até 2021

	2018		2019		2020		2021	
Total Receita de produção SUS	30.031.882,4	100 %	32.473.158,3	100 %	31.363.115,5	100 %	31.261.839	100 %
Média Complexidade	9.126.023,1	30%	10.622.493,7	33%	10.622.493,7	34%	10.778.765	34%
Alta Complexidade	3.515.058,91	12%	5.795.670,35	18%	4.685.627,54	15%	4.428.079	14%
Incentivos Financeiros	17.390.800,3	58%	16.054.994,2	49%	16.054.994,2	51%	16.054.994	51%

Fonte: elaborado pelo autor.

De forma geral, observa-se imediatamente um grande aumento do total das Receitas no ano de 2019, no valor de R\$ 2.441.275,85 que representou 8,13% em relação a 2018, porém seguido de duas pequenas reduções nos anos de 2020 e 2021, período que coincide com o da Pandemia do COVID-19 e que pode ter influenciado diretamente no comportamento do faturamento dos procedimentos. Esta variação é representada a seguir, a qual mostra a variação dos totais de receita de produção do SUS entre os anos de 2018 a 2021.

Gráfico 4 — Variação da receita de produção do SUS entre 2018 a 2021



Fonte: Hospital Universitário, contrato n. 463-2016.

O hospital conseguiu manter os alcances de metas que condicionam o recebimento dos valores pré-fixados, desta forma os faturamentos oriundos dos Procedimentos de Média Complexidade e de Incentivos Financeiros, permaneceram fixos.

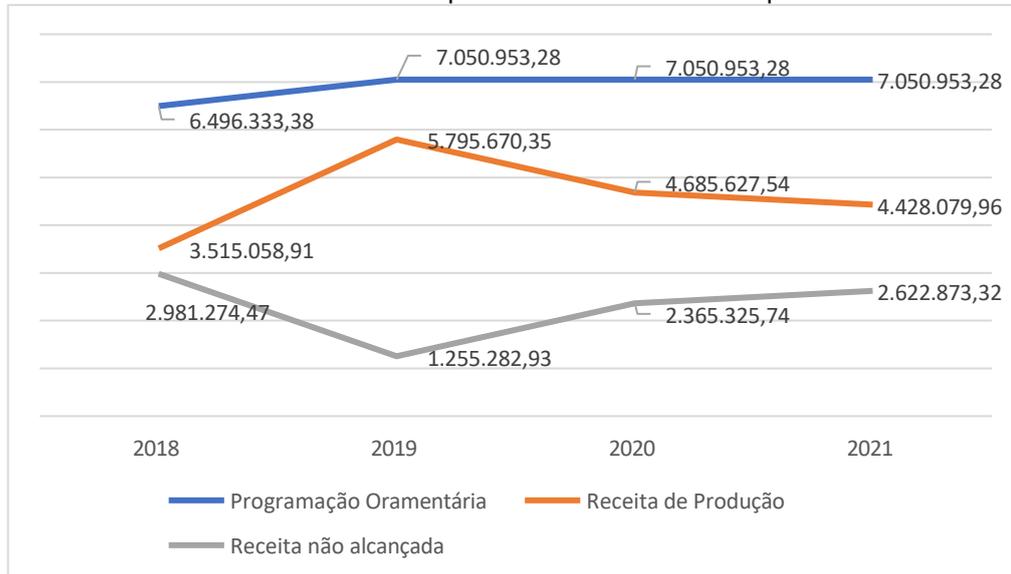
Em contrapartida, os valores pós-fixados, oriundos do cumprimento de Procedimentos de Alta Complexidade, tiveram a maior variância e embora tenha aumentado sua representatividade em relação ao valor total das receitas, não conseguiu alcançar o total planejado na Programação Orçamentária.

O recebimento dos valores provenientes da produção dos procedimentos de alta complexidade, passa por uma avaliação de uma série de critérios realizada pela Secretaria Municipal de Saúde e só são efetivamente faturados se forem aprovados. Porém, estes procedimentos apresentados correm o risco de não serem aprovados e consequentemente serem recursos cancelados, que chamamos de Glosas. Comumente geradas por falhas operacionais causadas por deficiências de anotações, preenchimentos incorretos, falta de justificativas, análises da conta hospitalar *etc.* (RODRIGUES, 2018).

Portanto, convenientemente focando no objetivo dessa pesquisa, é importante observar o comportamento do Faturamento dos Procedimentos de Alta Complexidade, diante das dificuldades de faturamento.

No gráfico a seguir, demonstra-se a variação das receitas de alta complexidade de 2018 a 2021, em comparação com a variação da Programação Orçamentária e possibilita analisar a quantidade de faturamentos não alcançados.

Gráfico 5 — Análise anual do faturamento de procedimentos de alta complexidade



Fonte: elaborado pelo autor.

Inicialmente, percebe-se que a curva de representação do faturamento dos procedimentos de Alta Complexidade, tem o mesmo comportamento da curva dos totais de Receita de Produção SUS demonstrados no gráfico 4, e considerando a estagnação dos valores pré-fixados, pode-se afirmar que o comportamento deste faturamento é o grande responsável pela variação do total das receitas do SUS no HU. Porém, apesar da progressão obtida no faturamento, observa-se que em nenhum período o hospital conseguiu alcançar o total do faturamento proposto no contrato, o que gerou valores bem relevantes nas receitas não alcançadas.

Este fenômeno pode se dar pelo não cumprimento das metas quantitativas dos procedimentos estabelecidos ou pelas glosas financeiras que apesar do hospital ter cumprido com a execução dos procedimentos, seus faturamentos acabam sendo frustrados por algum motivo estabelecido.

Para um melhor entendimento dos fatores que contribuíram para o comportamento deste faturamento, iremos aprofundar as análises nos procedimentos de Alta Complexidade que geraram faturamentos aprovados no período analisado, dos quais totalizam 107 Procedimentos Ambulatoriais e 96 Procedimentos Hospitalares, classificados em 3 Grandes grupos e 12 subgrupos.

A classificação dos procedimentos de alta complexidade está descrita no quadro abaixo.

Quadro 2 — Classificação dos procedimentos de alta complexidade do HU

Grupo	Subgrupo	Código Subgrupo
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	Coleta de Materiais	02.01
	Diagnóstico por tomografia	02.06
	Diagnóstico por ressonância magnética	02.07
	Diagnóstico por endoscopia	02.09
03 Procedimentos clínicos	Tratamentos clínicos (outras especialidades)	03.03
	Tratamento em oncologia	03.04
	Tratamento odontológicos	03.07
04 Procedimentos cirúrgicos	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	04.04
	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	04.07
	Procedimentos cirúrgicos / Cirurgia Torácica	04.12
	Outras Cirurgias	04.15
	Procedimentos cirúrgicos / Cirurgia em oncologia	04.16

Fonte: elaborado pelo autor.

Ao aprofundar o estudo, serão apresentados os resultados das análises e discussões sobre o faturamento e impacto das glosas dos procedimentos de alta complexidade Ambulatoriais e Hospitalares de forma separadas e classificadas por subgrupos. Posteriormente, será retomada a discussão do comportamento do faturamento geral com subsídios à discussão e entendimento.

No próximo capítulo, serão analisados os faturamentos de cada subgrupo dos procedimentos de Alta Complexidade, de forma mais detalhada poderemos entender não somente quais ações mais contribuíram para o aumento do faturamento mas também quais fatores mais influenciam para o hospital não alcançar a totalidade da Programação Orçamentária.

3.4.1 Análise do faturamento de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade

Os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade totalizam 107 tipos distribuídos em 2 grupos e 5 subgrupos, conforme tabela abaixo:

Quadro 3 — Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade

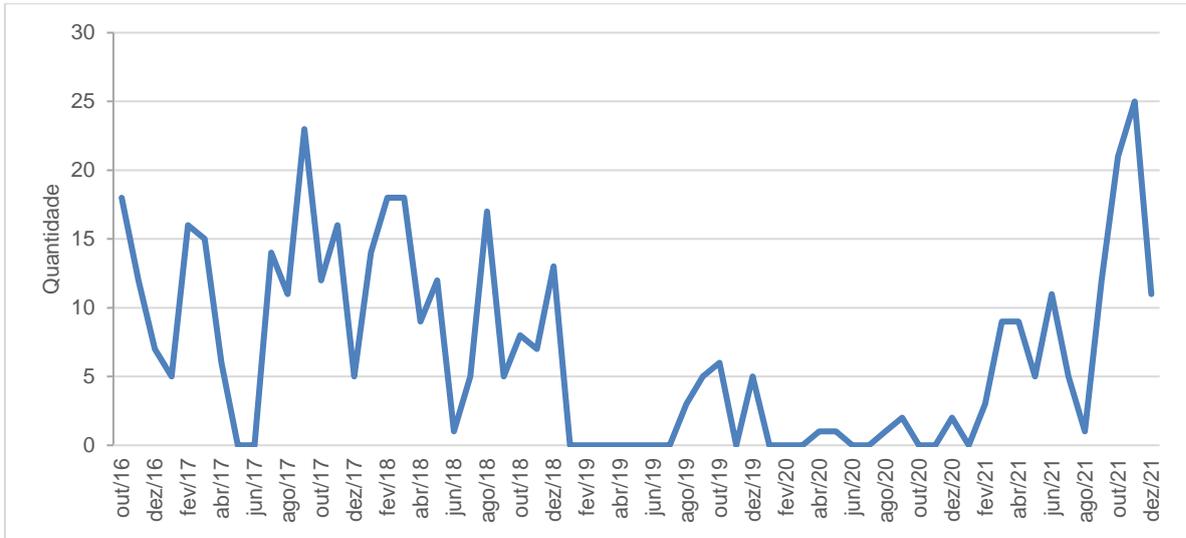
CÓDIGO SUBGRUPO	NOME DO SUBGRUPO	QUANTIDADE DOS TIPOS DE PROCEDIMENTOS
02.01	Coleta de Materiais	1
02.06	Diagnóstico por tomografia	13
02.07	Diagnóstico por ressonância magnética	13
03.04	Tratamento em oncologia	79
03.07	Tratamento odontológicos	1

Fonte: elaborado pelo autor.

Inicialmente analisou-se, em cada subgrupo, seus quantitativos de procedimentos realizados e apresentados para entender o estágio de produção assistencial; posteriormente, fez-se a comparação do quantitativo aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde e o quantitativo de rejeição (glosas), o que evidenciou o impacto dos procedimentos glosados; por fim, analisou-se a demonstração dos valores faturados em comparação com os valores rejeitados (glosas), o que evidenciou não somente o comportamento do faturamento como também o impacto das glosas sobre essas receitas.

Para o subgrupo 02.01 “Coleta de Materiais”, representado pela única especialidade Biopsia percutânea orientada por tomografia computadorizada/ultrassonografia/ressonância magnética, verifica-se no máximo 25 procedimentos mensais realizados, mas com grande variação nesse quantitativo mensal no início do período estudado, um declínio no período da pandemia (2019-2020) e posterior retomada em 2021 (Gráfico 4). Excluindo o ano de 2016 e os anos de 2019 e 2020, as médias mensais de realização desse tipo de procedimento foram de 7, 8 e 9 em 2017, 2018 e 2021, respectivamente.

Gráfico 6 — Procedimentos apresentados no Subgrupo 02.01 “Coleta de Materiais” entre outubro-2016 e dezembro-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

Agregando o quantitativo de procedimentos realizados por ano e subdividindo nas categorias de procedimentos aprovados e glosa, o gráfico 4 evidencia que, a partir de 2019, não foram mais verificadas glosas nesse tipo de procedimento.

Destaca-se que já havia ocorrido um declínio do número de glosas de 2017 para 2018, em 2017 o percentual de glosas foi de 36% e em 2018 reduziu para 29% do total de procedimentos realizados. O que demonstrou pontos positivos na gestão deste procedimento uma vez que conseguiu-se elevar o quantitativo de procedimentos apresentados, reduzir o quantitativo glosado e, conseqüentemente, elevar o quantitativo de procedimentos aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Gráfico 7 — Procedimentos do Subgrupo 02.01 “Coleta de Materiais”, apresentados entre os anos de 2016-2021 de acordo com a ocorrência de aprovação ou glosa



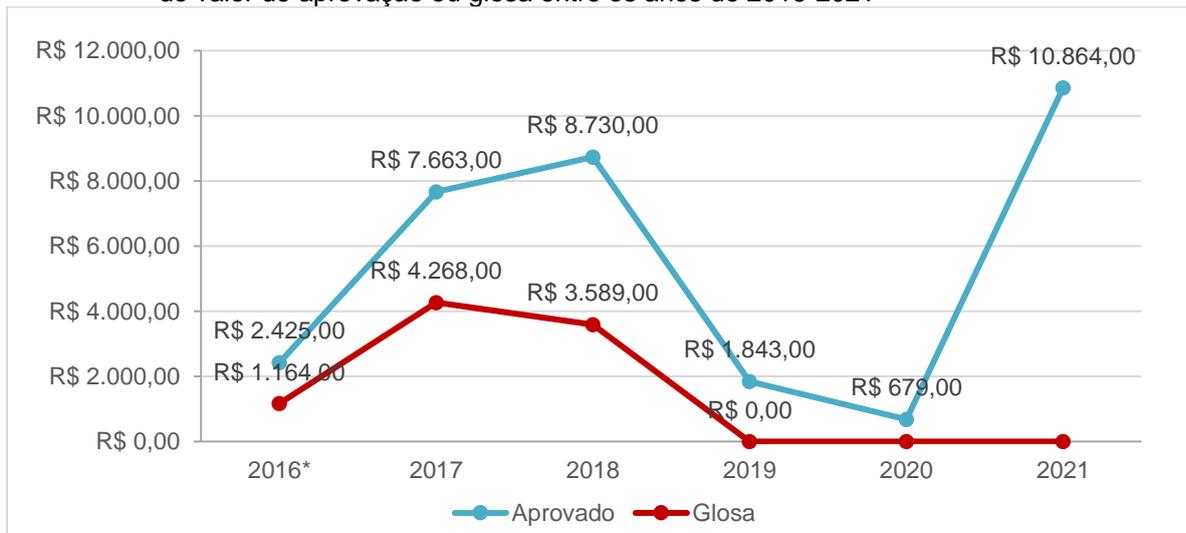
Fonte: elaborado pelo autor.

Em relação ao faturamento, o valor aprovado variou mensalmente entre R\$

0,00 e R\$ 2.425,00 e agregando por ano, a variação ficou entre R\$ 679,00 em 2020 a R\$ 10.864,00 em 2021. O valor das glosas foi sempre inferior ao valor aprovado no período e de 2016 a 2018, a variação do valor de glosas ficou entre R\$ 1.164,00 e R\$ 4.268,00 em 2017 (vide o gráfico 8).

Verifica-se ainda um decréscimo no faturamento em 2019 e 2020, que reflete a redução da realização de procedimentos no período de pandemia.

Gráfico 8 — Faturamento anual do Subgrupo 02.01 “Coleta de Materiais” de acordo com a apuração do valor de aprovação ou glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

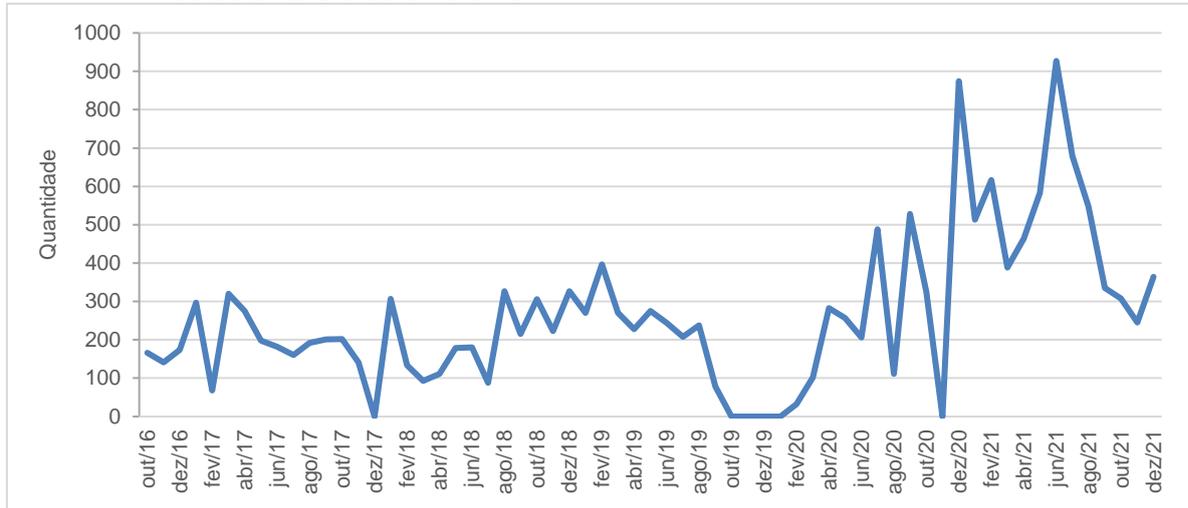
Diante do exposto, a análise do subgrupo 02.01 “Coleta de Materiais” demonstrou um ótimo crescimento do faturamento, ainda que tenha sido claramente afetado no período de Pandemia da COVID-19 nos anos de 2019-2020. O gráfico 6 demonstra que, em 2021, os procedimentos aumentaram consideravelmente e algumas ações realizadas na gestão resultaram na redução das glosas, e conseqüentemente, no aumento de procedimentos aprovados e de faturamentos recebidos pelo HU.

No Subgrupo 02.06 – Diagnóstico por Tomografia, que abrange 13 tipos de procedimentos de diagnósticos realizados com tomografia, observa-se um grande quantitativo apresentado pelo Hospital, atingindo mais de 900 exames realizados em junho de 2021. Até 2019 as médias mensais de realização de tomografias foram de pouca variação no total de procedimentos realizados (apresentados) nesse subgrupo no início do período estudado até o primeiro semestre de 2019. Na sequência ocorreu uma redução desse quantitativo até o início do ano de 2020.

Importante observar que aos finais dos anos existem uma queda considerável destes procedimentos, resultantes das rotinas e redução das atividades no Hospital

nestas épocas. Em 2020 e 2021, houve ótima recuperação da produção (vide o gráfico 9), esse fenômeno foi causado por grandes avanços administrativos no Hospital, como investimento em infraestrutura, aquisição de equipamentos e o aumento e qualificação dos seus recursos humanos.

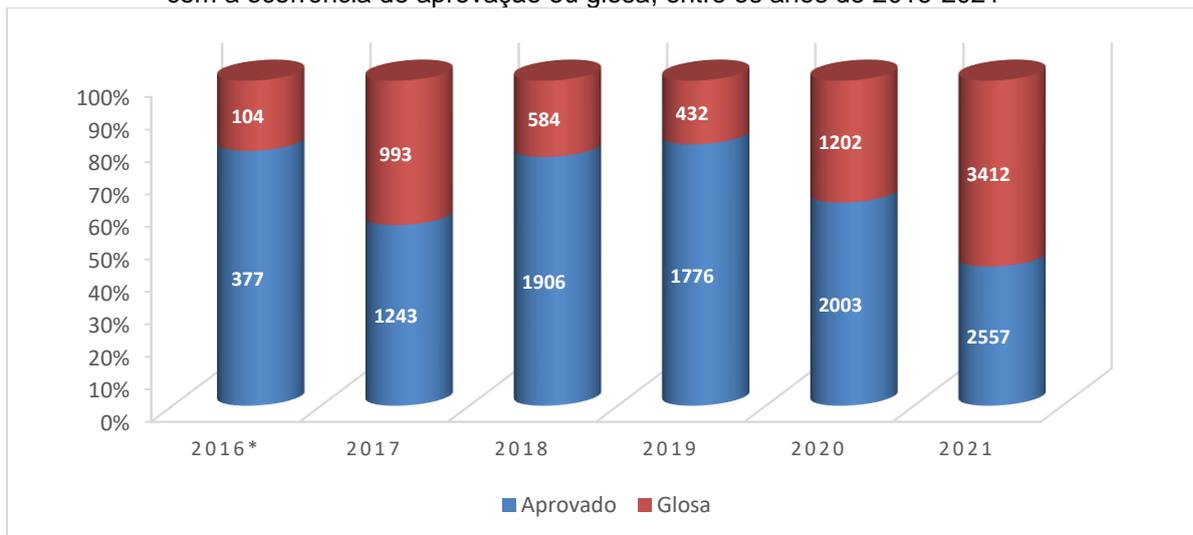
Gráfico 9 — Procedimentos apresentados no Subgrupo 02.06 “Diagnóstico por Tomografia” entre outubro-2016 e dezembro-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

Caracterizando os procedimentos apresentados como “aprovados” ou “glosas” e agregando o quantitativo por ano, observa-se, no gráfico 10, que, relativamente ao quantitativo de procedimentos apresentados, a maioria das glosas foram geradas no ano de 2021, onde o quantitativo glosado superou o aprovado.

Gráfico 10 — Procedimentos do Subgrupo 02.06 “Diagnóstico por Tomografia”, apresentados de acordo com a ocorrência de aprovação ou glosa, entre os anos de 2016-2021

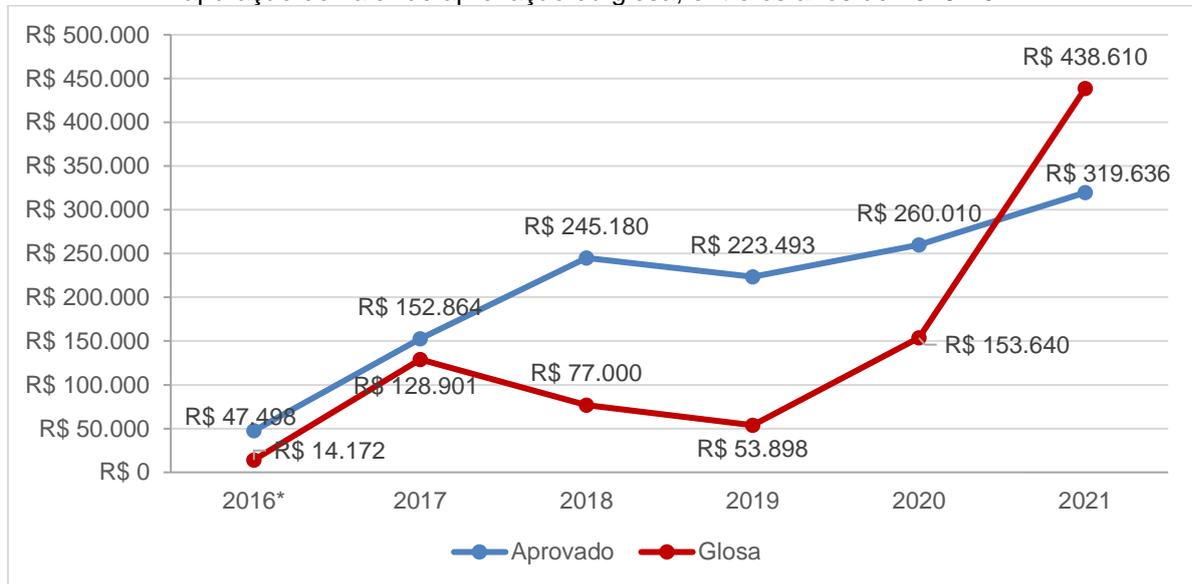


Fonte: elaborado pelo autor.

O faturamento aprovado dos procedimentos do Subgrupo 2 variou entre R\$ 47.498,00 e R\$ 319.636,00, apresentando tendência crescente em todo o período, exceto em 2019, mostrando um pequeno impacto da pandemia de covid-19. Por outro

lado, as glosas apresentaram decréscimo em 2018 e 2019, mas voltaram a crescer em 2020, chegando a ultrapassar o faturamento aprovado em 2021 (gráfico 11).

Gráfico 11 — Faturamento anual do Subgrupo 02.06 “Diagnóstico por Tomografia” de acordo com a apuração do valor de aprovação ou glosa, entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

Diante do exposto, entende-se que com os investimentos administrativos no Hospital (Subgrupo 02.06 – Diagnóstico por Tomografia) apresentaram um ótimo crescimento de produção assistencial nos anos de 2020 e 2021, alcançando o nível de mais de 900 exames realizados em junho de 2021 (*vide* o gráfico acima), nunca alcançado anteriormente. Este fenômeno é tido como ponto positivo, pois oferece a possibilidade de aumento do faturamento destes procedimentos previstos.

Porém, não foi o que aconteceu no HU analisado. O Hospital até conseguiu reduzir as glosas de procedimentos apresentados nos anos de 2017 a 2019, porém o quantitativo de glosas acompanhou o crescimento da produção em 2020 mas, em 2021, o quantitativo de glosas foi superior ao quantitativo aprovado (gráfico 8), o que foi alarmante por ser um ponto negativo.

Este comportamento dos procedimentos rejeitados teve um enorme impacto financeiro no faturamento, pois evitou que a instituição alcançasse escalas maiores de receita, tendo um prejuízo de R\$ 153.640,00 em 2020 e R\$ 438.610,00 em 2021 (gráfico 9).

Entende-se que o fenômeno acima foi muito negativo para o Hospital, é fundamental o seu entendimento. Considerando que o Subgrupo 02.06 “Diagnóstico por Tomografia” é constituído de 13 tipos de procedimentos de tomografia, é importante entender a dinâmica dentro das categorias internas. Nesse sentido, o

subgrupo 02.06 foi subdividido em três tipos de procedimentos de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS: T1 “Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vertebral”, T2 “Tomografia do tórax e membros superiores” e T3 “Tomografia do abdômen, pelve e membros inferiores”.

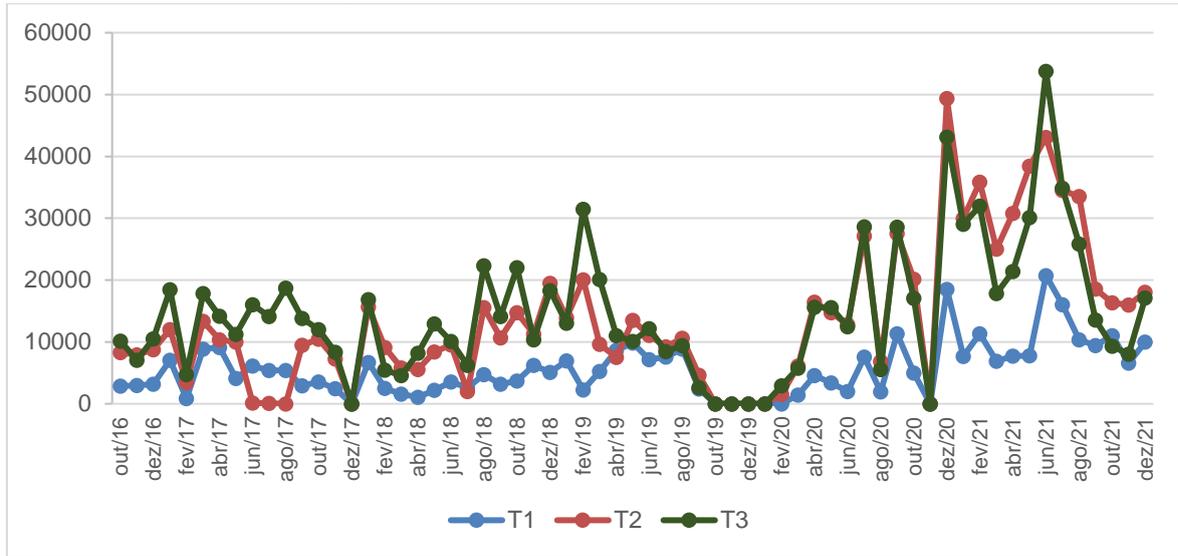
Quadro 4 — Subdivisão do subgrupo 02.06 “Diagnóstico por Tomografia” em três tipos de procedimentos

Procedimentos T1
0206010010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE
0206010028 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE
0206010036 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE
0206010044 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES
0206010052 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO
0206010060 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA
0206010079 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
Procedimentos T2
0206020015 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR
0206020023 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)
0206020031 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX
Procedimentos T3
0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR
0206030029 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR
0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR

Fonte: elaborado pelo autor.

O gráfico 12 apresenta a evolução do faturamento apresentado no período estudado por tipo de procedimento. Verifica-se que os procedimentos do tipo T2 e T3 são superiores em termos de faturamento apresentado do que o do tipo T1 em quase todo o período.

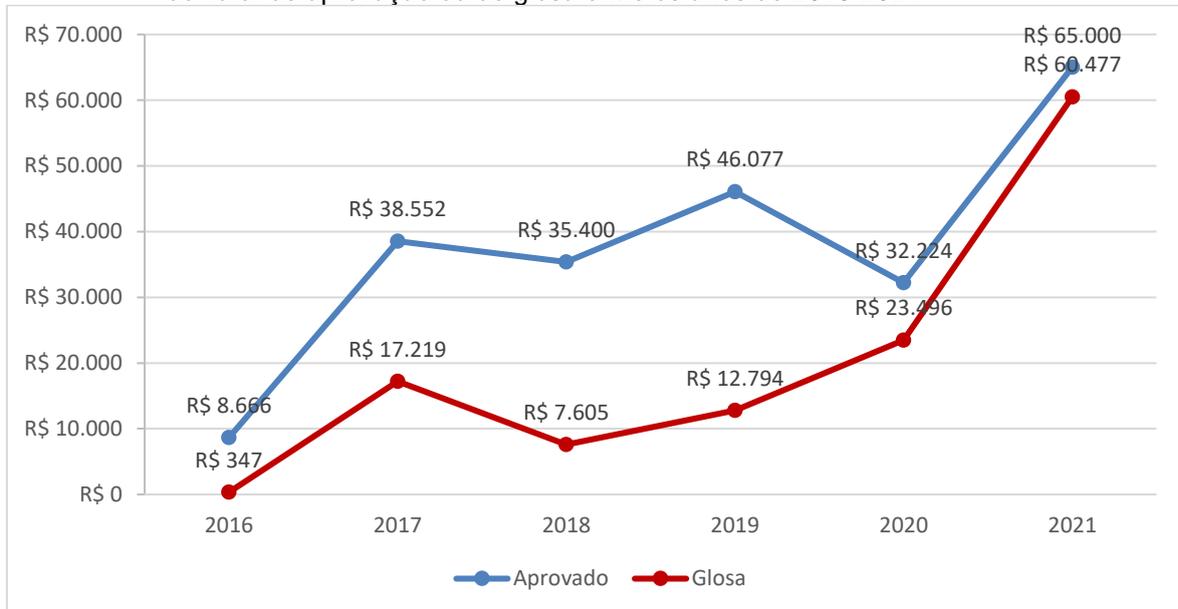
Gráfico 12 — Faturamento apresentado no Subgrupo 02.06 “Diagnóstico por Tomografia” entre outubro-2016 e dezembro-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

O gráfico 13 apresenta a evolução do faturamento anual do procedimento de tipo T1, onde se observa que a glosa anual é sempre inferior ao faturamento aprovado, não sendo, portanto, esse tipo de procedimento responsável pela superioridade das glosas no Subgrupo 02.06 – Diagnóstico por Tomografia, apesar do valor das glosas no último ano quase se equipararem ao valor aprovado.

Gráfico 13 — Faturamento anual do tipo de procedimento T1 do Subgrupo 2 de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

Em relação ao tipo de procedimento T2 (gráfico 14), observa-se que, em 2021, o valor glosado representa quase o dobro do valor aprovado. O quantitativo físico revela que foram realizados, em 2021, 2.503 procedimentos desse tipo (Tomografia do tórax e membros superiores), dos quais 1.647 (66%) foram glosados.

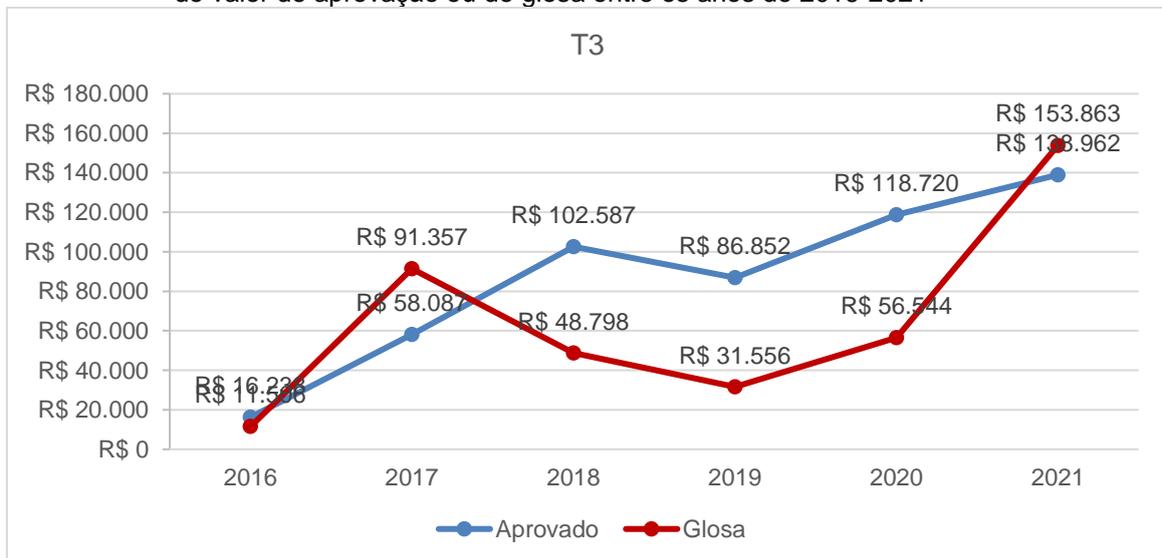
Gráfico 14 — Faturamento anual do tipo de procedimento T2 do Subgrupo 2 de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

Para os procedimentos do tipo T3, verifica-se valores glosados superiores aos aprovados nos anos de 2017 e 2021. Observa-se também uma tendência de crescimento no faturamento aprovado para esses procedimentos (Tomografia do abdômen, pelve e membros inferiores) no período estudado.

Gráfico 15 — Faturamento anual do tipo de procedimento T3 do Subgrupo 2 de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

Diante do exposto, observou-se que em todos os subgrupos (T1, T2 e T3) apresentaram uma curva de crescimento dos procedimentos apresentados e do faturamento, como também na curva das glosas. Porém, no subgrupo T2 é o que apresenta a maior contribuição ao fenômeno, tendo apresentado um percentual de

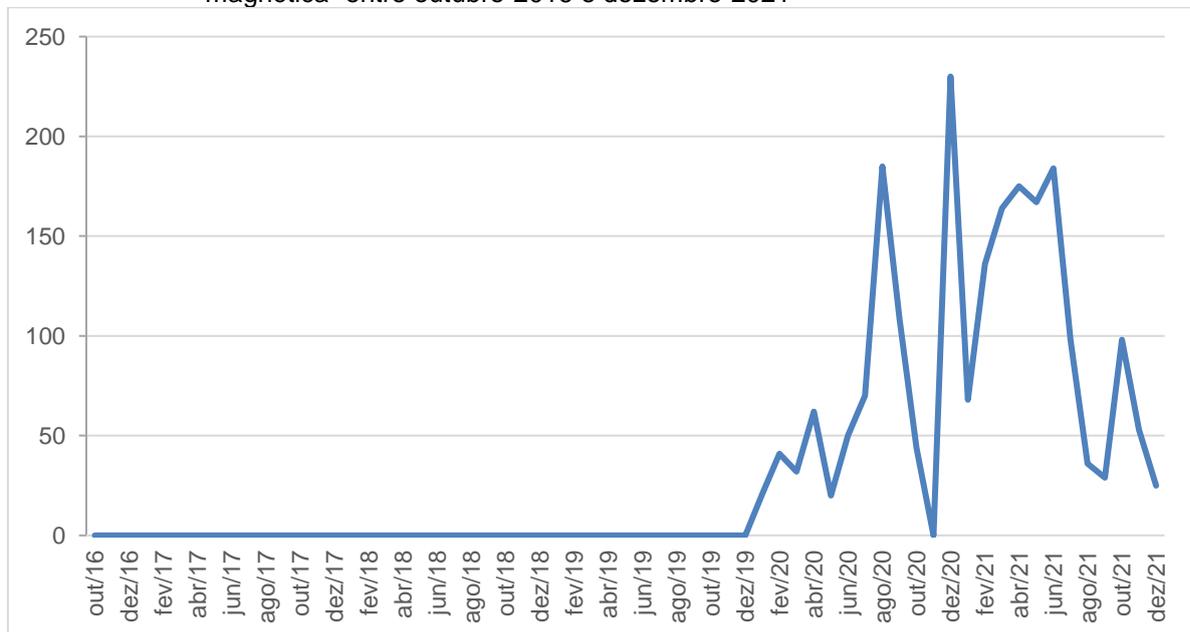
66% de glosas to total de procedimentos apresentados.

Os demais subgrupos (T1 e T3) também chamam a atenção por demonstrarem ter obtidos um quantitativo de glosas muito próximo do que foi aprovado, e isso resultou em uma proximidade muito grande dos valores glosados e dos valores faturados, tendo o subgrupo T3 ter alcançado um valor glosado maior que o faturado em 2021.

Estes resultados levam ao entendimento que estes procedimentos precisam de mudanças imediatas e maiores acompanhamentos de forma imediata. Pois, apesar do aumento de produtividade, e um discreto aumento do faturamento, as glosas causaram um enorme prejuízo impedindo que o Hospital pudesse ter um maior recebimento de receita.

O subgrupo 02.07 – Diagnóstico por ressonância magnética, é formado por 13 procedimentos de diagnóstico por ressonância magnética, iniciou atendimento em 2020 com oscilações no quantitativo de atendimentos ao longo do período atingindo o máximo de 230 procedimentos mensal realizados em dezembro de 2020.

Gráfico 16 — Procedimentos apresentados no subgrupo 02.07 “Diagnóstico por ressonância magnética” entre outubro-2016 e dezembro-2021



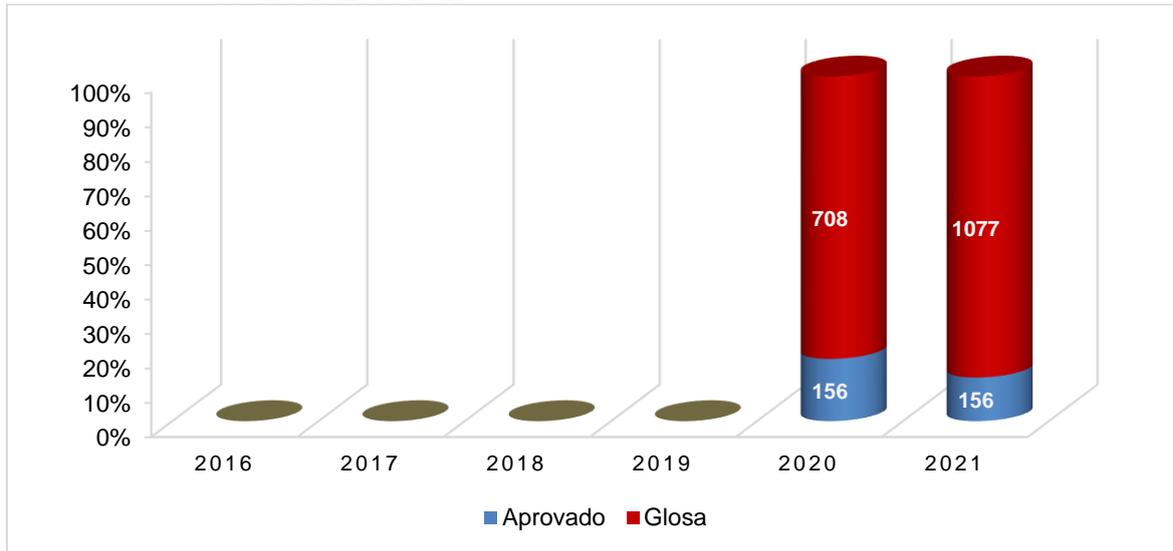
Fonte: elaborado pelo autor.

O desempenho da produção assistencial do procedimento inserido no Termo Aditivo de 2020 foi muito bom com alcances acima da média estipulada, mesmo tendo apresentado os mesmos decréscimos rotineiros em finais de anos resultantes da redução de atividades no Hospital.

O limite destes exames contratualizados eram de 13 procedimentos mensais e

156 anuais, porém a produção foi muito maior, chegando em 864 exames em 2020 e 1233 em 2021, ou seja, uma produção que chegou ser quase 8 vezes maior do que o que foi aprovado.

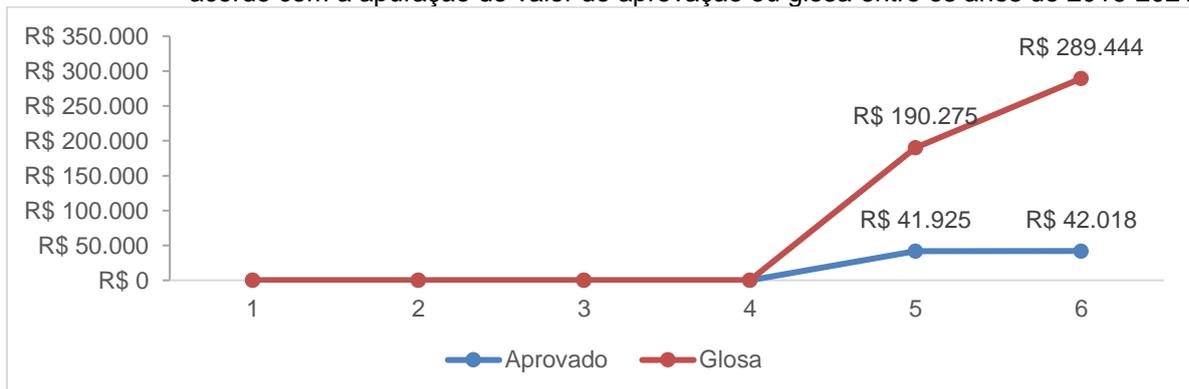
Gráfico 17 — Procedimentos do subgrupo 02.07 “Diagnóstico por ressonância magnética”, apresentados por ano de acordo com a ocorrência de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

Para o subgrupo 02.07 “Diagnóstico por ressonância magnética”, o faturamento aprovado dos procedimentos apresentou quase o mesmo valor nos dois anos em que ocorreram. Por outro lado, as glosas apresentaram tendência crescente (gráfico 16) e sempre superiores aos valores aprovados.

Gráfico 18 — Faturamento anual do subgrupo 02.07 “Diagnóstico por ressonância magnética”, de acordo com a apuração do valor de aprovação ou glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

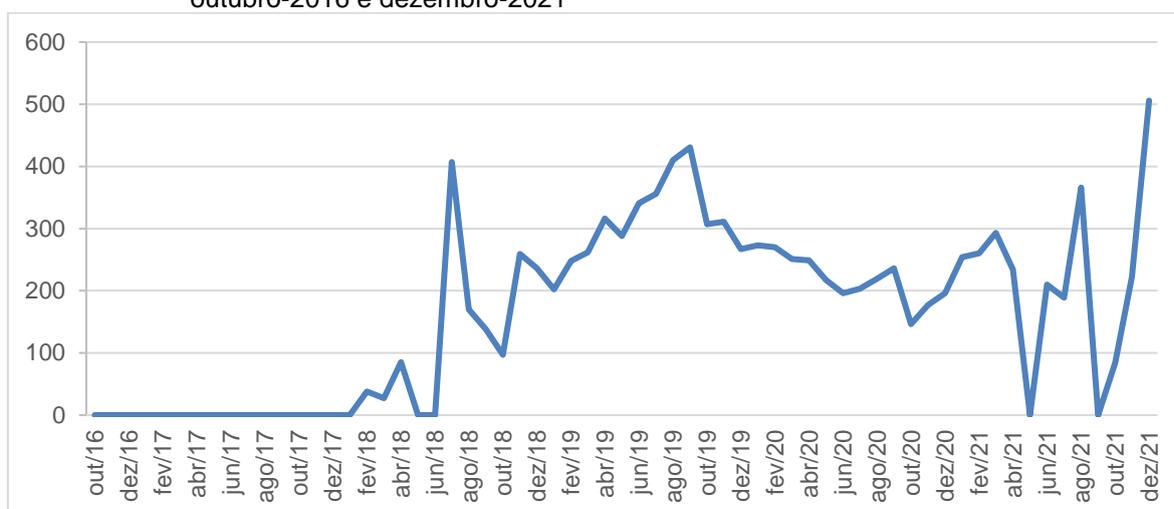
De fato, a contratualização deste novo procedimento em 2020 foi ótima pois além de contribuir para a oferta do procedimento à população em que o Hospital está inserido, contribuiu para o aumento do faturamento geral das receitas do SUS, uma vez que não se tinha nos anos anteriores.

Em contrapartida, apesar dos quantitativo de glosas terem influenciado diretamente no enorme valor de frustração de receita, neste caso foram medidas

necessárias para servir de série histórica de produção, requisito fundamental para o aumento das metas na contratualização junto a Secretaria Municipal de Saúde.

No Subgrupo 03.04 “Tratamento em oncologia”, verifica-se que a série de atendimentos inicia em 2018 e, aparentemente, apesar de ter demonstrado um leve decréscimo em 2019 e 2020, não parou no período de pandemia. Voltou a aumentar a sua produtividade em 2021, atingindo o nível mais alto de 506 procedimentos realizados em dezembro de 2021.

Gráfico 19 — Procedimentos apresentados no Subgrupo 03.04 “Tratamento em oncologia” entre outubro-2016 e dezembro-2021



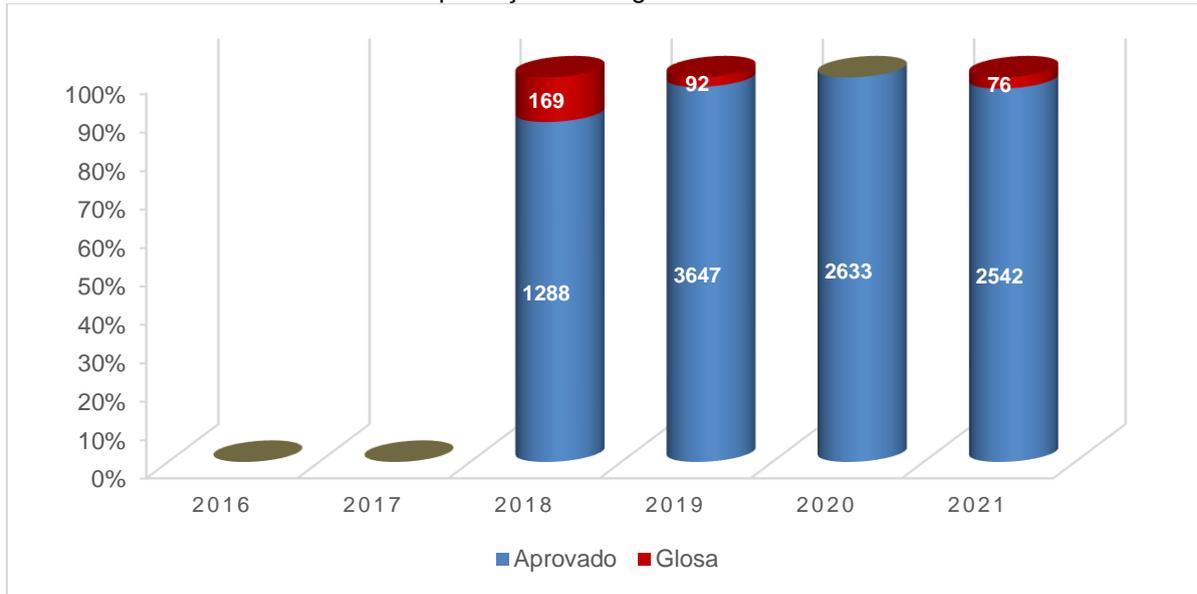
Fonte: elaborado pelo autor.

Esse é o subgrupo de procedimentos mais extenso, abrangendo 79 tipos de tratamento em oncologia; e os maiores quantitativos, em ordem decrescente de magnitude, são referentes aos tratamentos de: a) quimioterapia do carcinoma de mama (prévia) (1039 atendimentos de 2018 a 2021); b) hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio III (687 atendimentos); c) quimioterapia do adenocarcinoma de estômago avançado (599 atendimentos); d) hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio II (545 atendimentos); e) hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata avançado — 1ª linha (542 atendimentos).

Esses 5 tipos de tratamento foram responsáveis por 33% do total de tratamentos oncológicos realizados no período.

A representação anual, apresentada no gráfico 18, distribuída em procedimentos aprovados e glosas, evidencia o início dos procedimentos em 2018 e que o percentual de glosas é pequeno, com no máximo 169 procedimentos glosados em 2018 e em 2019 não ocorreram glosas. No acumulado anual verifica-se que a maior quantidade de procedimentos nesse subgrupo foi realizada em 2019.

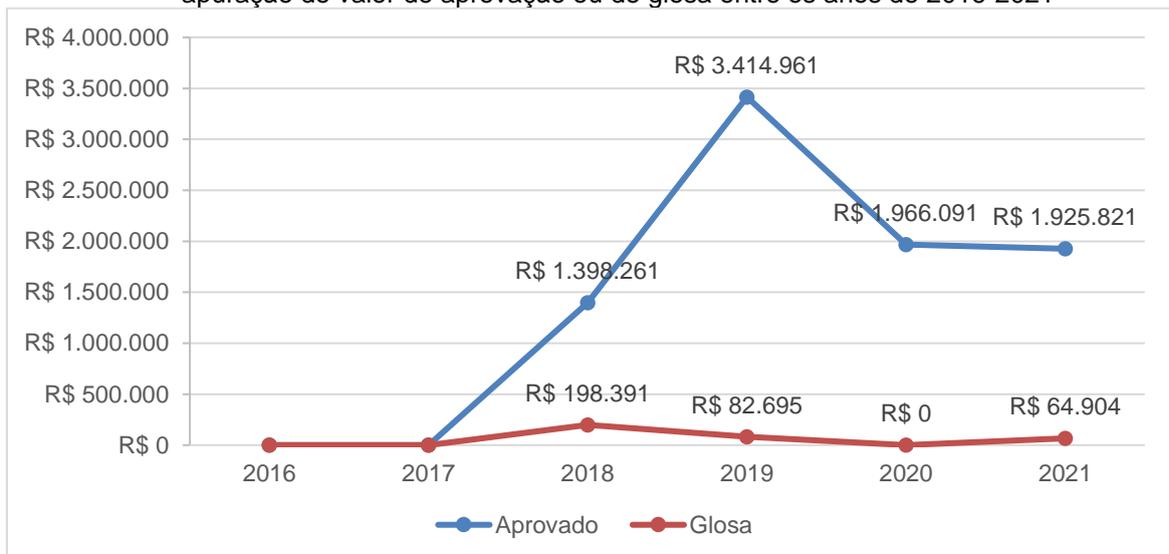
Gráfico 20 — Procedimentos do Subgrupo 03.04 “Tratamento em oncologia”, apresentados de acordo com a ocorrência de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

Sobre o faturamento no Subgrupo 03.04 – Tratamento em oncologia, o valor aprovado variou mensalmente entre R\$0,00 e R\$351.475,70 e agregando por ano, a variação ficou entre R\$0,00 nos anos iniciais a R\$3.414.961,00 em 2019. O valor das glosas foi sempre inferior ao valor aprovado no período chegando a zerar em 2020 (gráfico 19). Verifica-se um decréscimo no faturamento em 2019 e 2020, que reflete a redução da realização de procedimentos no período de pandemia.

Gráfico 21 — Faturamento anual do Subgrupo 03.04 “Tratamento em oncologia” de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

A contratualização dos procedimentos do Subgrupo 03.04 – Tratamento em oncologia, foi sem dúvida um dos fatores principais para o aumento do faturamento no hospital, contribuindo com R\$ 3.414.961,00 e contribuindo com o maior nível de

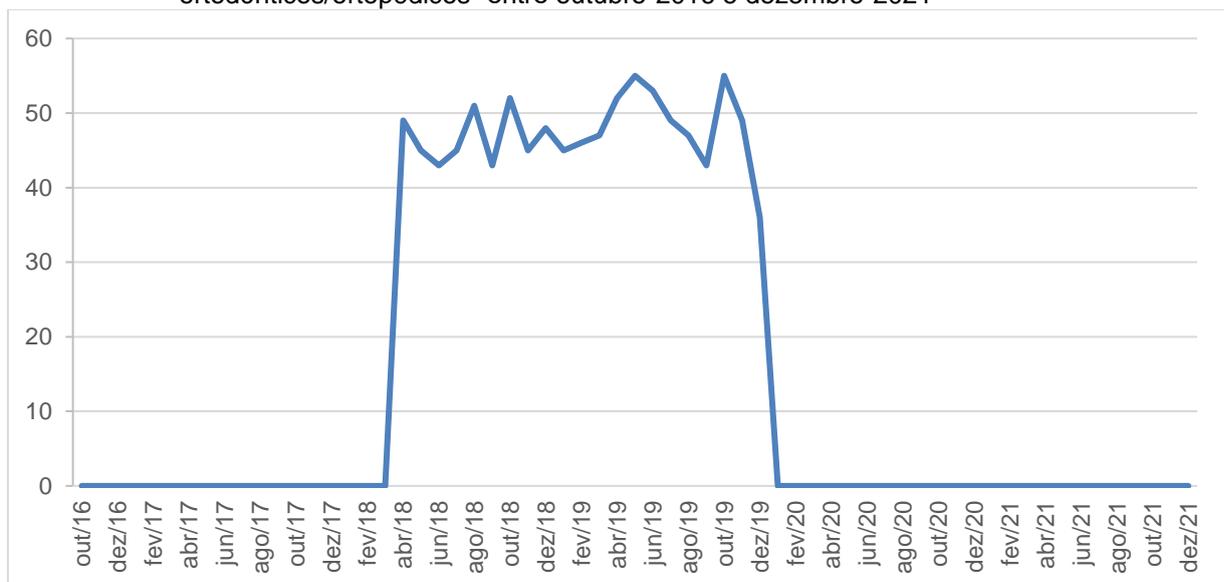
faturamento do período analisado.

Foi demonstrado também que as glosas tiveram seu maior valor, no primeiro ano de funcionamento dos procedimentos e a partir daí foi diminuindo gradativamente, chegando a zerar em 2020 e retornando em 2021, em um valor irrisório em comparação ao valor de faturamento.

Porém uma das observações mais contributivas na análise deste faturamento foi que, após ter apresentado o maior nível de faturamento em 2019, seguiu de uma grande queda em cerca de 58% no ano de 2020, tendo se mantido em 2021. Aparentemente, a pandemia do covid-19 deve ter influenciado bastante neste fenômeno, porém faz-se necessário a confecção de novos estudos específicos para maiores fundamentações.

As manutenções/consertos de aparelhos foram realizadas no período de abril de 2018 a dezembro de 2019, variando entre 36 e 55 ocorrências.

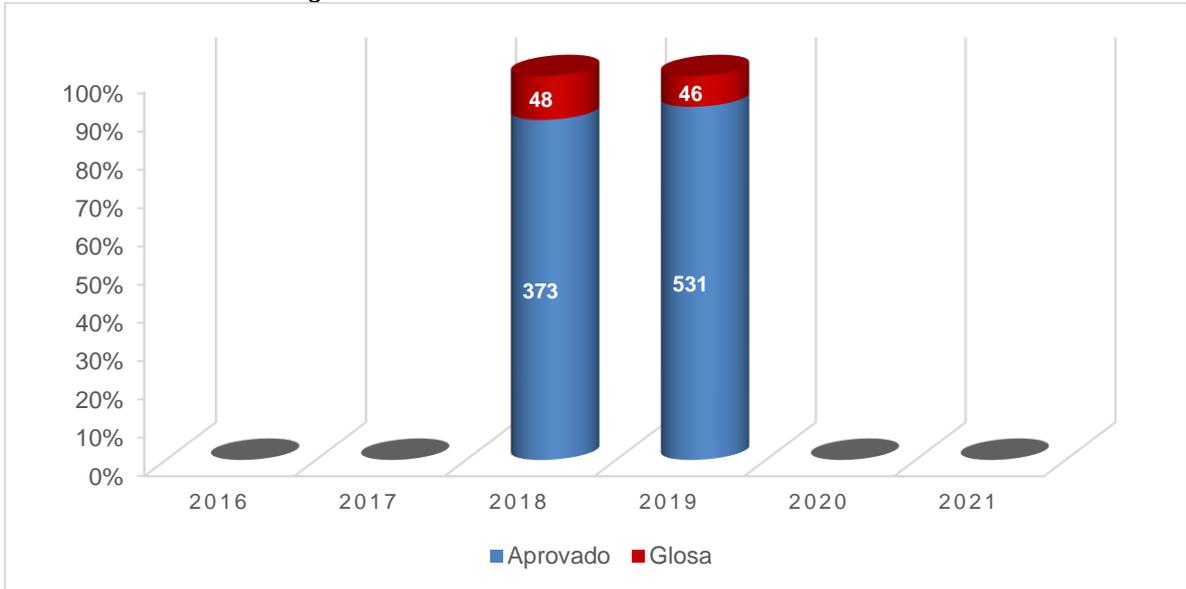
Gráfico 22 — Procedimentos apresentados no Subgrupo 03.07 “Manutenção/conserto de aparelhos ortodônticos/ortopédicos” entre outubro-2016 e dezembro-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

No acumulado anual, apesar da maior quantidade de manutenções/consertos de aparelhos em 2019, foram gerados um menor quantitativo de glosas nesse ano do que em 2018 (*vide* o gráfico 23).

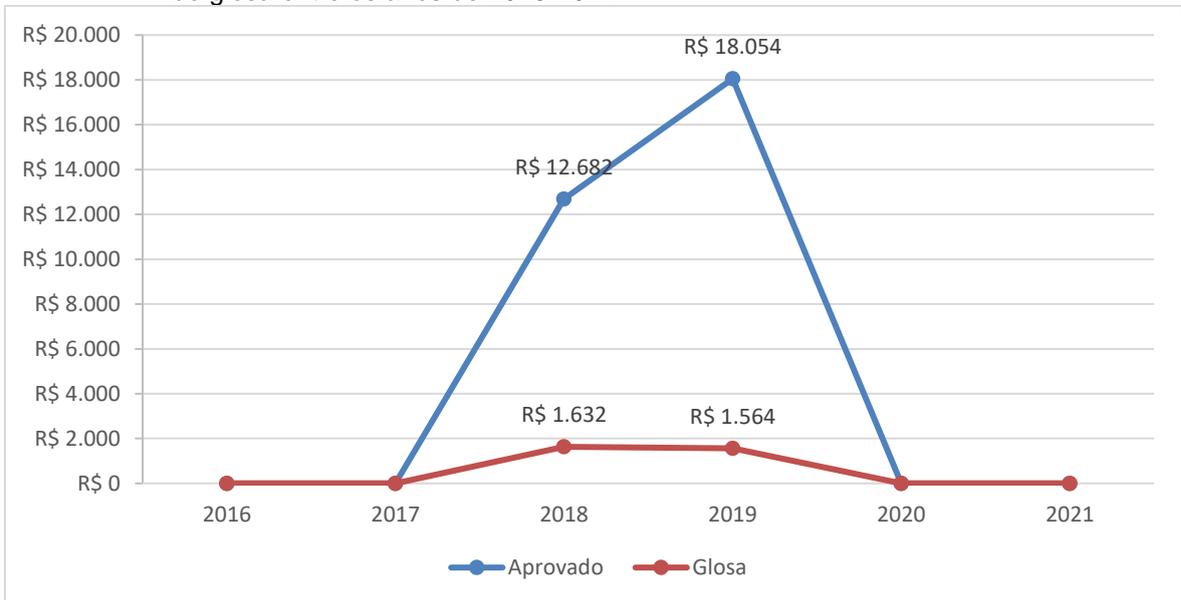
Gráfico 23 — Procedimentos do Subgrupo 03.07 “Manutenção/conserto de aparelhos ortodônticos/ortopédicos”, apresentados de acordo com a ocorrência de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

O faturamento anual apresentado, no gráfico 22, mostra o crescimento de 2018 para 2019 nas manutenções/consertos de aparelhos realizados, com os valores aprovados superiores aos glosados.

Gráfico 24 — Faturamento anual do Subgrupo 5 de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

Diante dos resultados encontrados em cada subgrupo dos procedimentos ambulatoriais, constata-se que, de forma geral, todos tiveram um bom desempenho com o aumento de suas produtividades, o que é um ponto positivo por aumentar a disponibilidade de serviços à população que está inserida e as possibilidades dos aumentos de faturamentos. Porém, evidencia-se que o aumento da produção

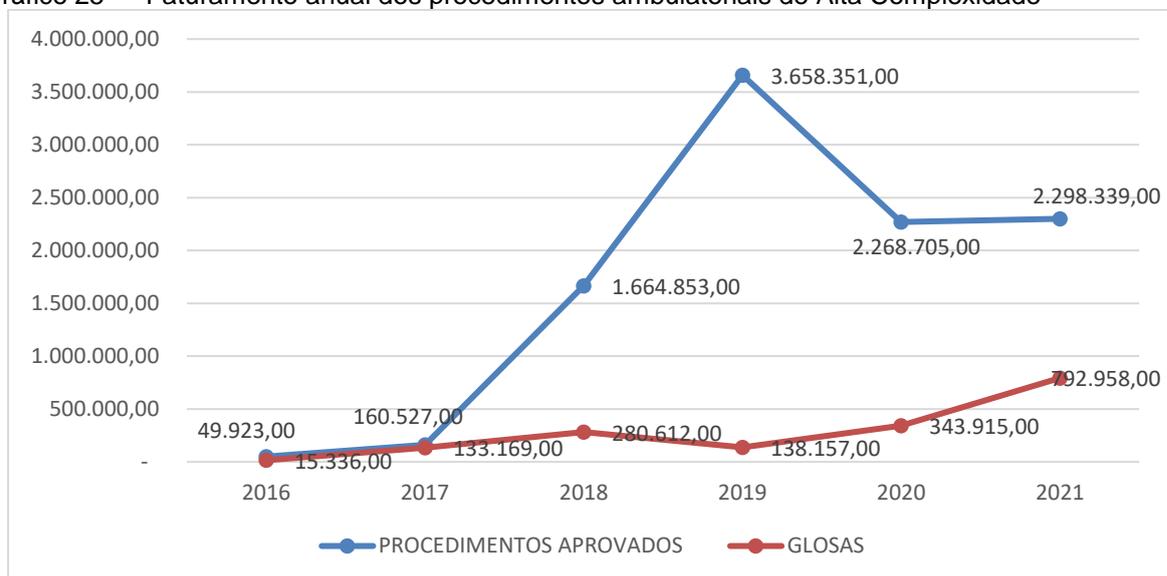
assistencial não necessariamente causou o imediato aumento do faturamento, visto que isso ocorreu pelas existências de rejeições de procedimentos e pelo cancelamento de receitas, que são as Glosas.

Em alguns subgrupos, a gestão conseguiu reduzir muito e até zerar o quantitativo de glosas, como é o caso do SUBGRUPO 02.01 – Coleta de materiais e do 03.04 – Tratamento em oncologia, que conseqüentemente resultaram em ótimos crescimento do faturamento no ano de 2021.

Em contrapartida, houve situação alarmante como, por exemplo, no subgrupo 02.06 “Diagnóstico por tomografia” e subgrupo 02.07 “Diagnóstico por ressonância magnética”, a qual demonstrou um crescimento do número de glosas que superou a quantidade de procedimentos aprovados. Isso resultou em um impacto negativo que evitou o crescimento do faturamento desses procedimentos.

De forma geral, apura-se um bom crescimento da curva de faturamento nestes procedimentos, evidenciado no gráfico 23, com grande destaque aos procedimentos do Subgrupo 03.04 – Tratamento em oncologia, que iniciaram em 2018 e elevaram o nível do faturamento.

Gráfico 25 — Faturamento anual dos procedimentos ambulatoriais de Alta Complexidade



Fonte: elaborado pelo autor.

Outro grande destaque e importante ressaltar que a pandemia do COVID-19 influenciou bastante nas reduções dos índices nos anos de 2019 e 2020, tendo um retorno de crescimento no ano de 2021.

Pelos resultados demonstrados, percebe-se que com os investimentos administrativos no Hospital (Subgrupo 02.06 – Diagnóstico por Tomografia) apresentaram um crescimento de produção assistencial nos anos de 2020 e 2021,

alcançando o nível de mais de 900 exames realizados em junho de 2021, nunca alcançado anteriormente. Este fenômeno foi considerado um ponto positivo, pois ofereceu a possibilidade de aumento do faturamento destes procedimentos previstos.

Em relação as glosas, observamos que o Hospital conseguiu reduzi-las no quesito procedimentos apresentados, no período compreendido entre 2017 a 2019, porém em 2020, o quantitativo encontrado mostrou um crescimento da produção, contudo em 2021, esse quantitativo foi superior ao aprovado, dado que representou um ponto de alarme, por ser um fator negativo no controle das glosas.

Este comportamento dos procedimentos rejeitados teve um enorme impacto financeiro no faturamento, pois evitou que a instituição alcançasse escalas maiores de receita, tendo um prejuízo de R\$ 153.640,00 em 2020 e R\$ 438.610,00 em 2021. Por ser um fenômeno negativo para o Hospital, os procedimentos de tomografia precisam de mudanças imediatas e maiores acompanhamentos de forma imediata. Pois, apesar do aumento de produtividade, e um discreto aumento do faturamento, as glosas causaram um enorme prejuízo impedindo que o Hospital pudesse ter um maior recebimento de receita.

3.4.2 Análise do Faturamento de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade

Os procedimentos hospitalares de alta complexidade totalizam 96 tipos distribuídos em 03 grupos e 07 sub-grupos, conforme o quadro a seguir.

Quadro 5 — Procedimentos hospitalares de alta complexidade

CÓDIGO SUBGRUPO	NOME DO SUBGRUPO	QUANTIDADE DOS TIPOS DE PROCEDIMENTO
02.09	Diagnóstico por endoscopia	01
03.03	Tratamentos clínicos (outras especialidades)	02
04.04	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	05
04.07	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	03
04.12	Procedimentos cirúrgicos / Cirurgia Torácica	11
04.15	Outras Cirurgias	2
04.16	Procedimentos cirúrgicos / Cirurgia em oncologia	72

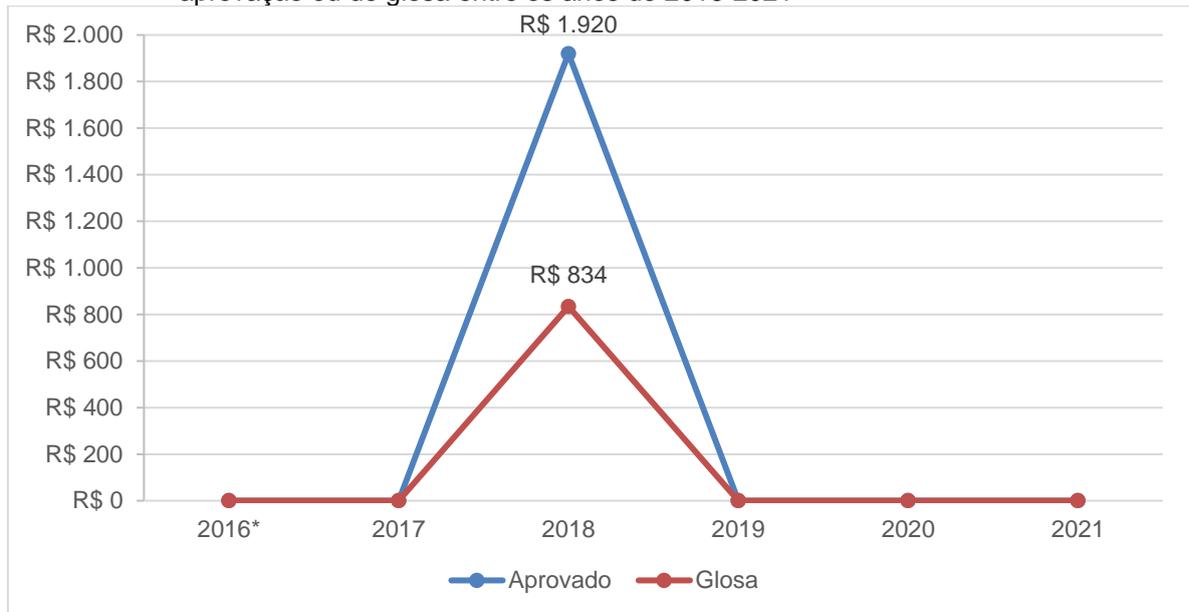
Fonte: elaborado pelo autor.

Analisou-se, em cada subgrupo, seus quantitativos de procedimentos aprovados e valores faturados e comparados aos valores rejeitados (glosas) evidenciando não somente o comportamento do faturamento como também o impacto das glosas sobre essas receitas.

O Subgrupo 02.09 – Procedimentos com finalidade diagnósticas/Diagnóstico

por endoscopia, representado pela especialidade Videotoracoscopia, verifica-se que é um procedimento bem irrelevante do conjunto, uma vez que apresentou movimentações apenas no ano de 2018. Apesar do baixo valor de faturamento do procedimento, evidenciou-se um alto valor de glosa, sendo representado por cerca de 30% do valor total apresentado.

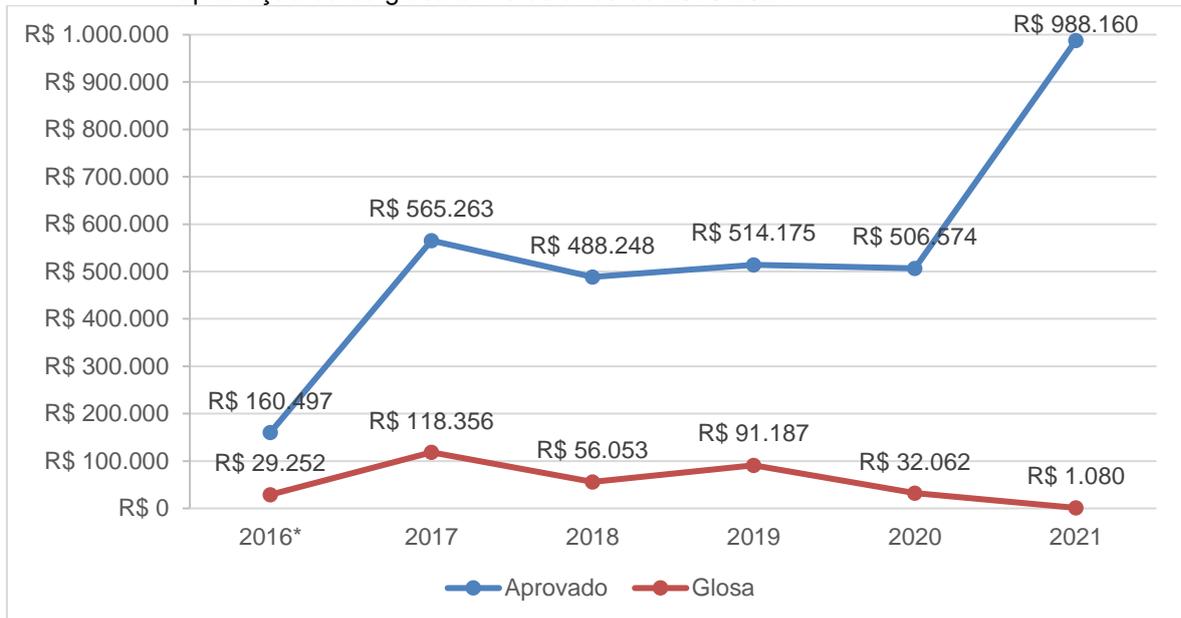
Gráfico 26 — Faturamento hospitalar anual do Subgrupo 02.09 de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

No subgrupo 03.03, estão contidas 02 especialidades: o Tratamento de Afecções Associadas ao HIV/Aids e o Tratamento de Doenças Disseminadas em Aids. Em sua movimentação financeira, apurou-se um excelente crescimento de faturamento aprovados, chegando à margem de dobrar o faturamento quando comparamos o faturamento de 2021 a 2017, apesar de uma estagnação nos anos de 2018 a 2020.

Gráfico 27 — Faturamento hospitalar anual do Subgrupo 03.03 de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

Em relação às glosas, observou uma excelente redução contínua dos valores, resultante de bons controles e observações da equipe. Este efeito com certeza propicia o aumento do faturamento aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde, trazendo benefícios ao Hospital.

No Subgrupo 04.04, que abrangem 05 especialidades, apesar de serem considerados procedimentos de valores baixos, apresentou um aumento considerável quando comparado o período de 2021 a 2017, tendo dobrado o valor faturado. Ainda se tratando de receitas, é importante observar uma grande queda no ano de 2020, onde reduziu seu faturamento pela metade do ano de 2019, fenômeno influenciado pela Pandemia do Covid-19, porém tendo uma excelente recuperação no ano de 2021, tendo obtido o nível mais alto de faturamento.

Gráfico 28 — Faturamento hospitalar anual do Subgrupo 04.04 de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



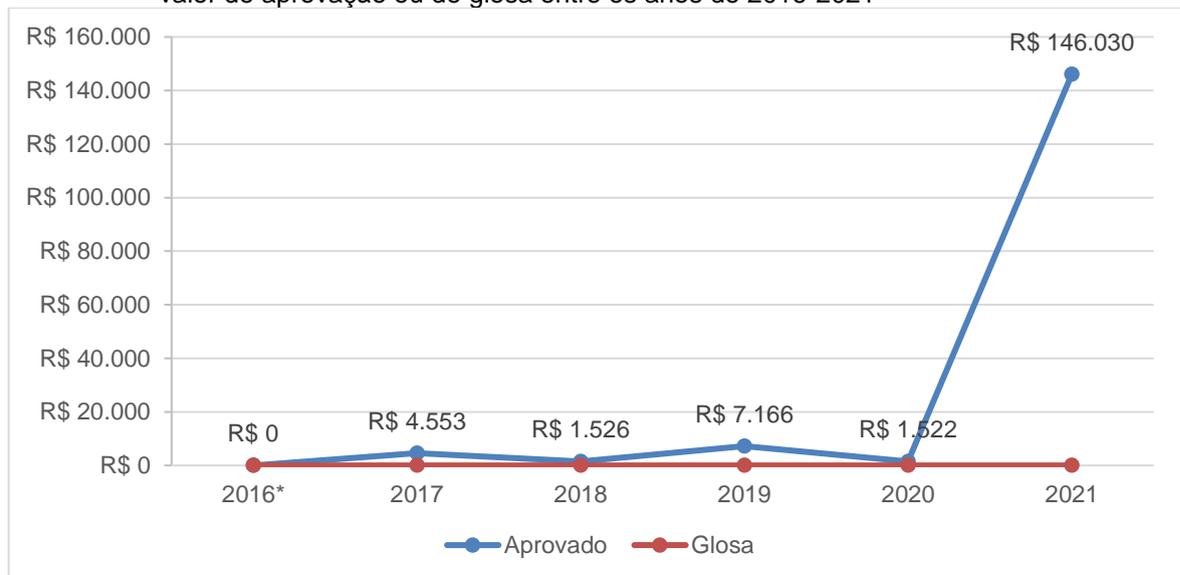
Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto a análise das glosas, apura-se um excelente resultado com a redução significativa destas, chegando a ser zero em 2020 e 2021, o que é considerado ponto positivo pois contribui para o aumento da receita recebida.

No subgrupo 04.07, representa-se três especialidades: Proctocolectomia Total C/ Reservatorio Ileal, Retossigmoidectomia Abdomino-Perineal e o Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica Terapêutica.

No faturamento destes procedimentos, destaca-se que apesar de uma considerável queda do faturamento no ano de 2020 em comparação a 2019, obteve-se um excelente crescente no ano de 2021, no valor de R\$ 146.030,00. Isso se deu pela execução de grande número do procedimento Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica Terapêutica, no período de março-2021 a novembro-2021.

Gráfico 29 — Faturamento hospitalar anual do Subgrupo 04.07 “Procedimentos cirúrgicos/Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal” de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021

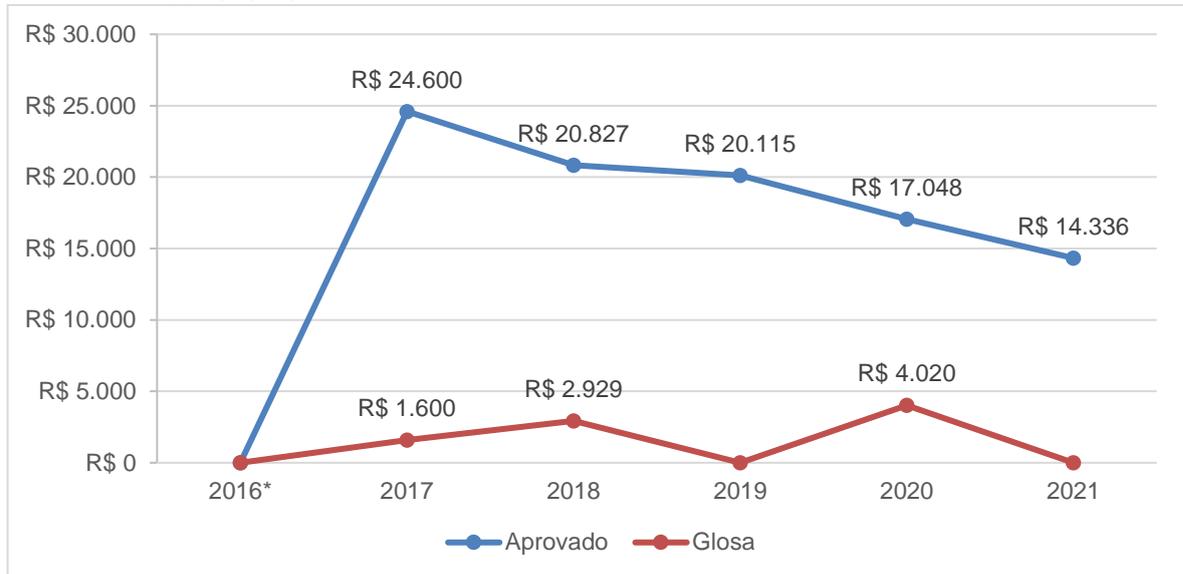


Fonte: elaborado pelo autor.

É importante destacar que em nem um ano do período analisado, houve valores de glosas, o que transparece um excelente controle do procedimento e contribuição positiva ao faturamento.

No Subgrupo 04.12, nota-se 11 (onze) tipos de procedimentos relacionados a Procedimentos cirúrgicos na região torácica. Os procedimentos começaram ser executados e apresentados no ano de 2017, porém teve um decréscimo contínuo ao longo do período, chegando ao valor de R\$ 14.336,00 em 2021, que representa uma queda de cerca de 41% referente ao valor faturado no ano de 2017.

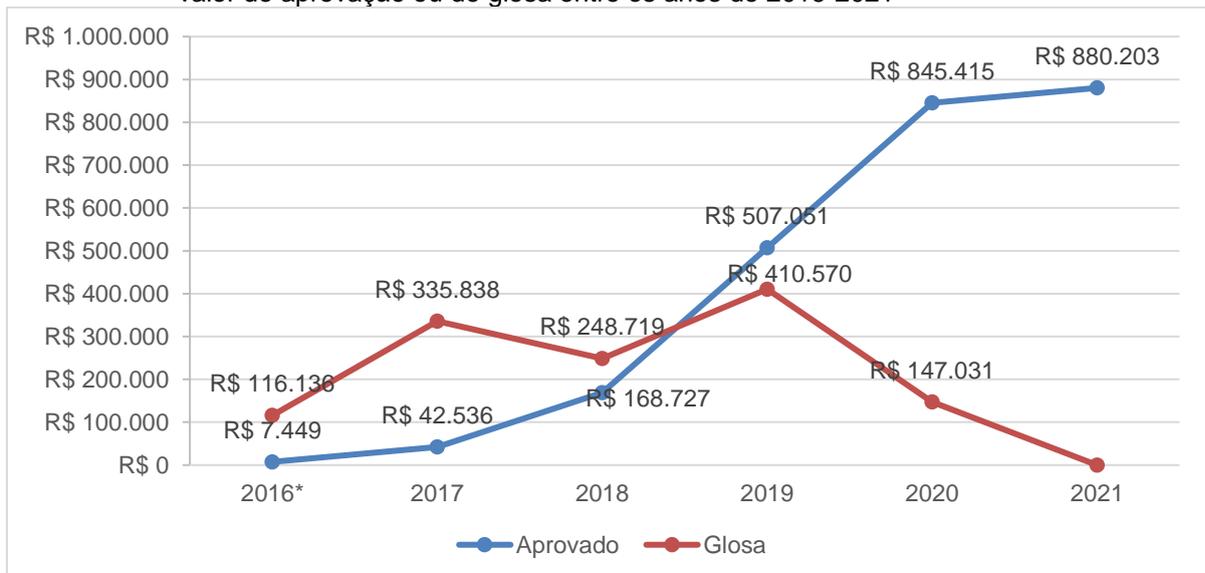
Gráfico 30 — Faturamento hospitalar anual do Subgrupo 04.12 “Procedimentos cirúrgicos/Cirurgia Torácica” de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

No subgrupo 04.15, há duas grandes especialidades do Hospital: Tratamento C/ Cirurgias Múltiplas e o Procedimentos Sequenciais em Oncologia, e por isso se torna bem complexo de analisar. De forma geral, destaca-se a enorme evolução da curva do faturamento que a partir de 2018 acelerou chegando em seu ponto máximo em 2021, no valor de R\$ 880.203,00.

Gráfico 31 — Faturamento hospitalar anual do Subgrupo 04.07 “Procedimentos cirúrgicos/Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal”, de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021

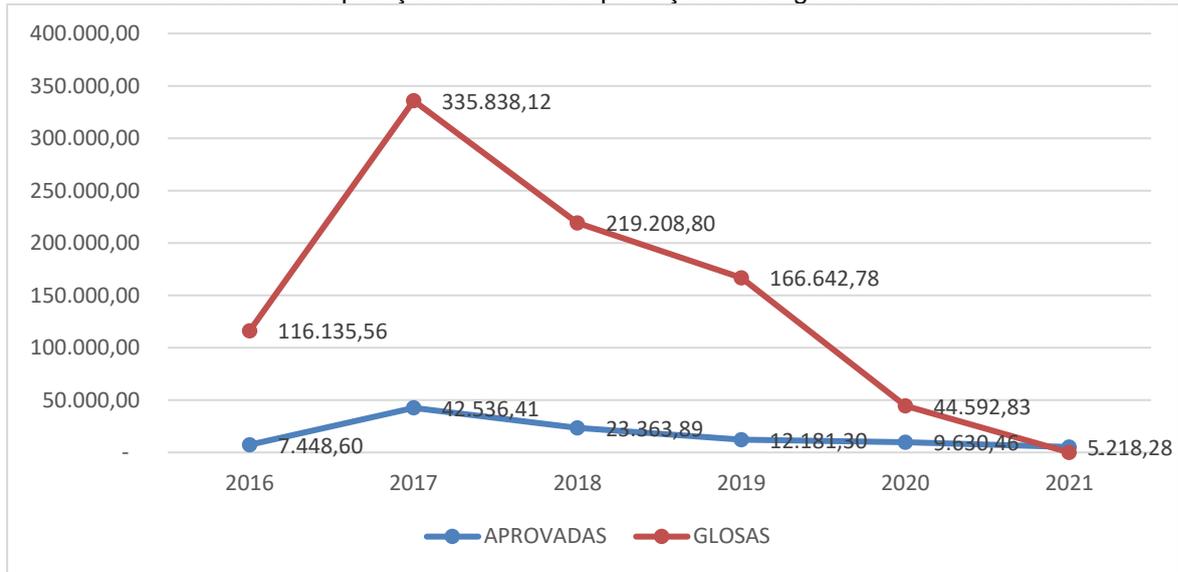


Fonte: elaborado pelo autor.

Em contrapartida, destaca-se o grande quantitativo de glosas, apesar de se conseguir controlar e reduzi-lo em 2021. Por isso, fez-se necessário uma análise mais minuciosa sobre a movimentação de cada procedimento.

O gráfico 32 apresenta o comportamento do Faturamento hospitalar anual do procedimento Tratamento com cirurgias múltiplas e apresenta uma situação bastante alarmantes em Hospitais Públicos: um enorme quantitativo de glosas e um reduzido valor de faturamento. Percebe-se que apesar de conseguir conter os valores de glosas, chegando a zerar em 2021, uma enorme lacuna entre a curva de faturamento e glosas, o que representam os faturamentos frustrados no período.

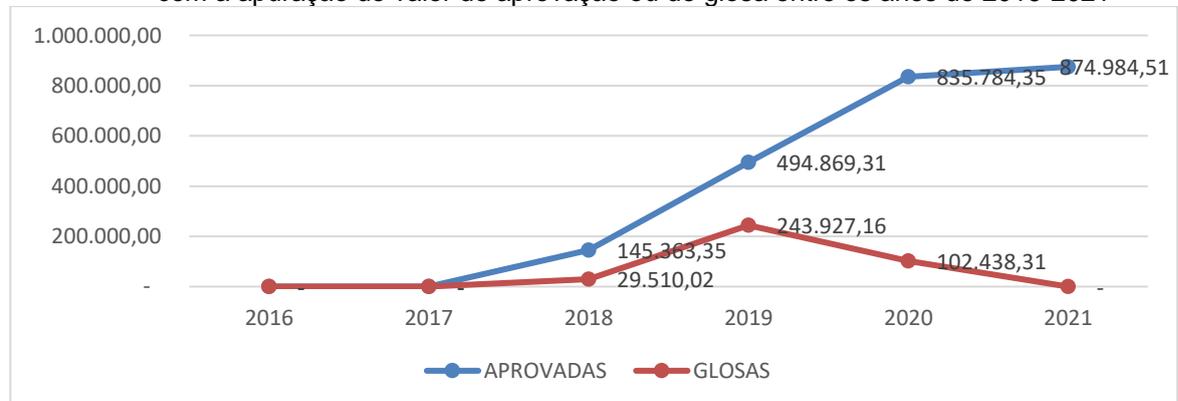
Gráfico 32 — Faturamento hospitalar anual do procedimento “Tratamento com cirurgias múltiplas”, de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

Em contrapartida, ao se analisar o movimento do faturamento hospitalar anual dos Procedimento Sequenciais em Oncologia (gráfico 33), depara-se com uma excelente contribuição do faturamento que se iniciou em 2018 e apesar de uma significativo aumento de glosas no ano de 2019, houve o imediato controle e redução nos anos seguintes, chegando a ser zero em 2021.

Gráfico 33 — Faturamento hospitalar anual dos Procedimento Sequenciais em Oncologia de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



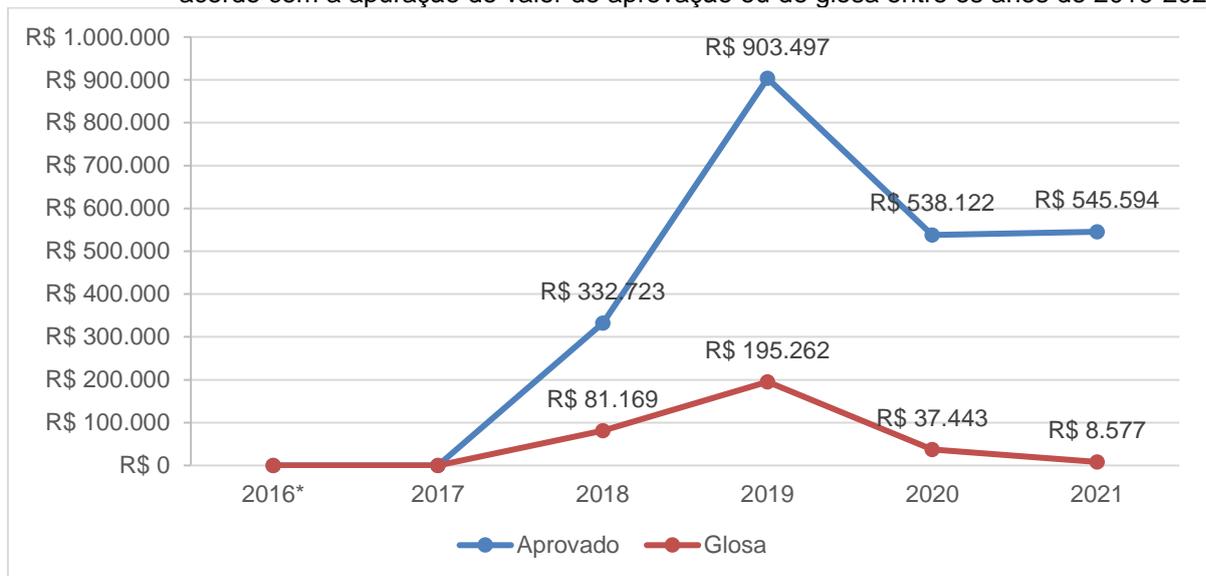
Fonte: elaborado pelo autor.

Portanto, após o entendimento do faturamento de cada procedimento do Subgrupo 04.07, destacam-se a alarmante situação de glosas impactando na frustração do faturamento

dos Procedimentos de Tratamento com cirurgias múltiplas e uma excelente contribuição no faturamento dos procedimentos sequenciais em oncologia.

O subgrupo 04.16 é o mais extenso dos Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade, contendo 72 tipos de procedimentos, com início de produção em 2018, seu faturamento do valor aprovado variou chegando em R\$ 903.497,00 quanto atingiu o ápice de seu faturamento em 2019, seguido de uma queda nos anos seguintes. Enquanto o valor das glosas foi sempre inferior ao valor aprovado no período (Figura 28).

Gráfico 34 — Faturamento hospitalar anual dos “Procedimento cirúrgicos/Cirurgia em oncologia” de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021

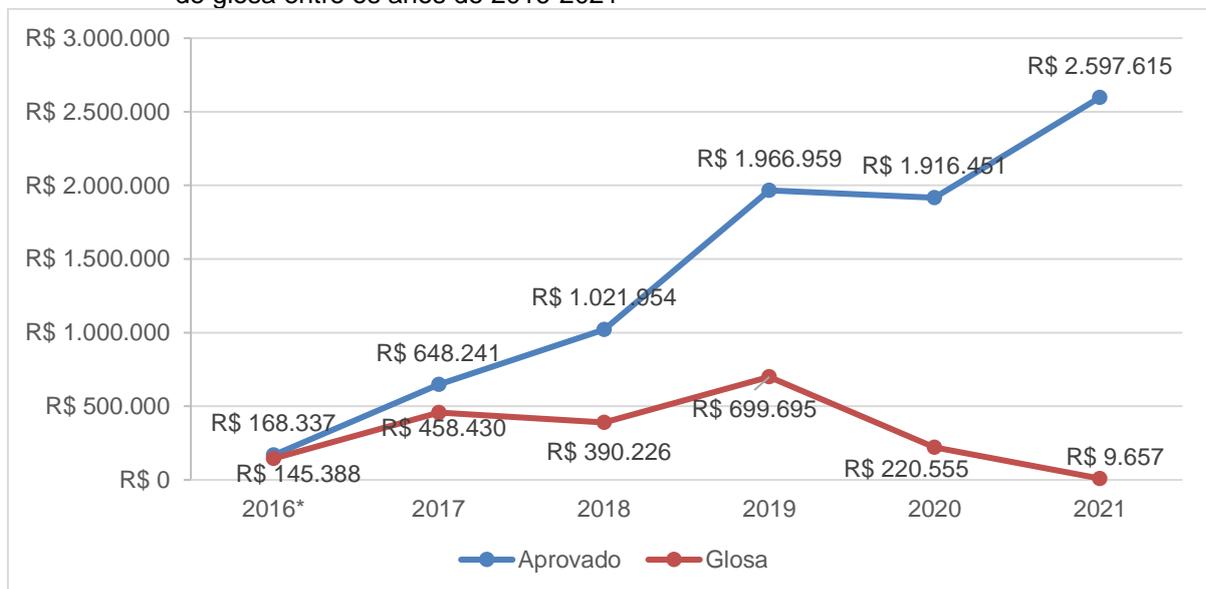


Fonte: elaborado pelo autor.

Ao analisar o comportamento do faturamento dos procedimentos hospitalares de alta complexidade, constata-se um crescimento contínuo, em uma variação anual de R\$ 648.337 em 2017 até R\$ 2.597.615,00 em 2021. Crescente essa, resultante das contribuições positivas dos faturamentos da maioria dos subgrupos destes procedimentos Hospitalares.

Os subgrupos que se destacaram no aumento do faturamento foram: 03.03 - Procedimentos Clínicos / Tratamentos clínicos; 04.04 - Procedimentos cirúrgicos / Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço; 04.07 - Procedimentos cirúrgicos / Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal; Subgrupo 04.15 - Procedimentos cirúrgicos / Outras cirurgias; e 04.16 - Procedimentos cirúrgicos / Cirurgia em oncologia. Sendo o procedimento 04.12 - Procedimentos cirúrgicos / Cirurgia Torácica, o único que demonstrou um decréscimo contínuo (vide o gráfico 35).

Gráfico 35 — Faturamento hospitalar anual total de acordo com a apuração do valor de aprovação ou de glosa entre os anos de 2016-2021



Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto ao impacto das glosas, entende-se que é um problema que ainda persiste nesses tipos de procedimentos, porém tem demonstrado uma grande queda nos últimos anos, sendo um fenômeno que ocorreu com todos os subgrupos, com destaque do 04.15 - Procedimentos cirúrgicos / Outras cirurgias que conseguiu eliminar o maior quantitativo de glosas e chegou a zerar em 2021.

3.4.3 Análise do impacto financeiros das glosas hospitalares em procedimentos de alta complexidade

A análise de Pareto — também conhecida como “Princípio de Pareto” ou “Regra 80/20”, é um conceito do economista italiano Vilfredo Pareto (1848-1923). Pareto observou que, em muitos contextos, uma pequena parte dos elementos de um conjunto contribui para a maior parte dos resultados, sendo assim, isso ficou conhecido como a "regra 80/20", a qual sugere que aproximadamente 80% dos efeitos resultam de 20% das causas (MONTGOMERY, 2009).

A análise de Pareto é uma ferramenta de gerenciamento de qualidade e o seu uso objetiva identificar e priorizar os fatores mais significativos ou críticos em um determinado sistema, processo ou conjunto de dados. Além disso, essa técnica é amplamente aplicada em diversas áreas como negócios, engenharia, saúde, economia, entre outras, para tomar decisões informadas e, desse modo, alocar recursos de forma mais eficiente.

A análise de Pareto consiste geralmente nos seguintes procedimentos:

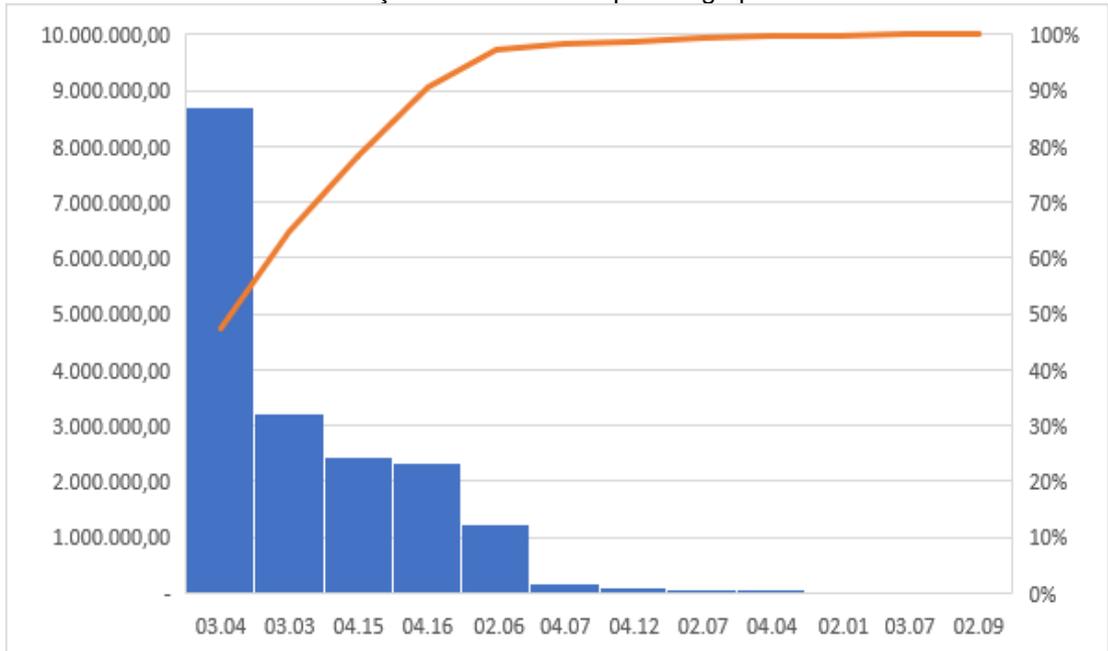
- a) coleta de dados, a qual consiste em coletar dados relevantes a respeito de um sistema ou um processo em análise; isso também pode incluir informações sobre defeitos em produtos, reclamações de clientes, custos de produção ou qualquer outra métrica de interesse;
- b) classificação dos dados, na qual os dados coletados são classificados e organizados em ordem decrescente com base em sua contribuição para o problema ou o objetivo em questão e, para isso, geralmente cria-se um gráfico de barras, no qual os fatores são dispostos da esquerda para a direita e do mais significativo para o menos significativo;
- c) identificação dos principais contribuintes, na qual, a partir do gráfico de Pareto, identifica-se os principais contribuintes que representam a "cauda longa" dos fatores; normalmente, cerca de 20% dos fatores são responsáveis por aproximadamente 80% dos resultados;
- d) análise e tomada de decisões, nas quais a equipe ou o responsável, com base justamente na análise de Pareto, pode priorizar os fatores mais críticos e concentrar seus esforços e recursos neles para melhorar o desempenho, reduzir custos ou resolver problemas.

Ao se imprimir a análise de Pareto dos faturamentos, classificando-os por subgrupos (*vide* o gráfico 36), entende-se que o subgrupo "03.04-Tratamento em Oncologia" ganhou maior destaque pela sua grande contribuição porque representou uma importância próxima de 50% do faturamento total.

A curva ainda apresenta um grande crescimento e os seus destaques estão nos procedimentos dos subgrupos "03.03-Tratamentos clínicos (outras especialidades)", cujo percentual está acima de 30%, "04.15-Outras Cirurgias" e "04.16-Procedimentos cirúrgicos/cirurgia em oncologia", cujos percentuais são de 20%.

Por fim, o subgrupo "02.06-Diagnóstico por tomografia" representa acima de 10% do faturamento total. Observa-se também que os subgrupos "03.04" e "03.03" representam mais de 60% do faturamento total.

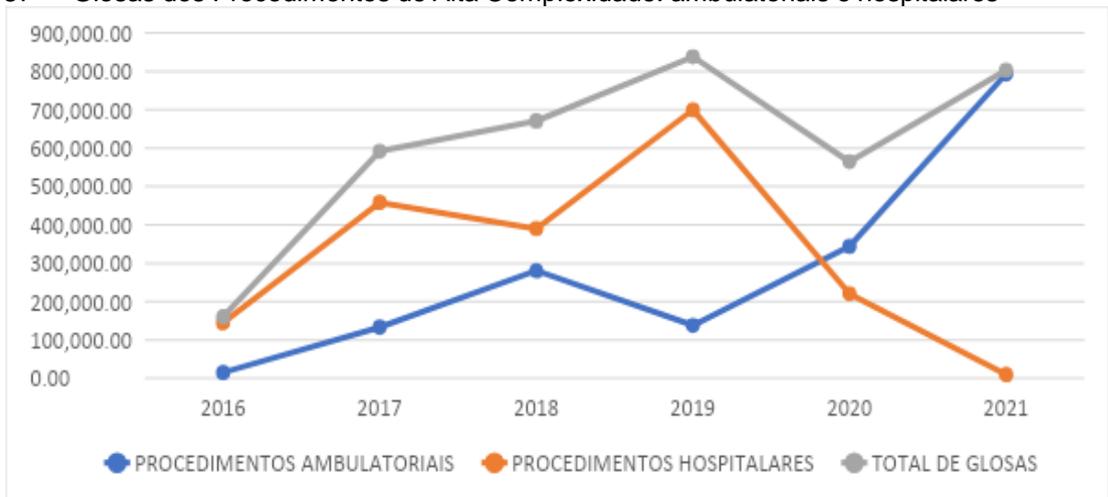
Gráfico 36 — Análise de Pareto em relação ao faturamento por subgrupos



Fonte: elaborado pelo autor.

No que se refere às glosas, pode-se afirmar que elas apresentam um comportamento bem complexo porque demonstram valores muito diferentes entre os tipos de procedimento. Nesse contexto, nota-se que há falta de padrão na gestão, sendo assim, ao se observar os procedimentos ambulatoriais que sempre apresentaram um valor abaixo das glosas dos procedimentos hospitalares, percebeu-se um índice de crescimento muito elevado a partir de 2020, mantendo o crescimento em 2021 (*vide* o gráfico 37). Em contrapartida, os procedimentos hospitalares apresentaram uma redução impressionante a partir de 2020 e em 2021.

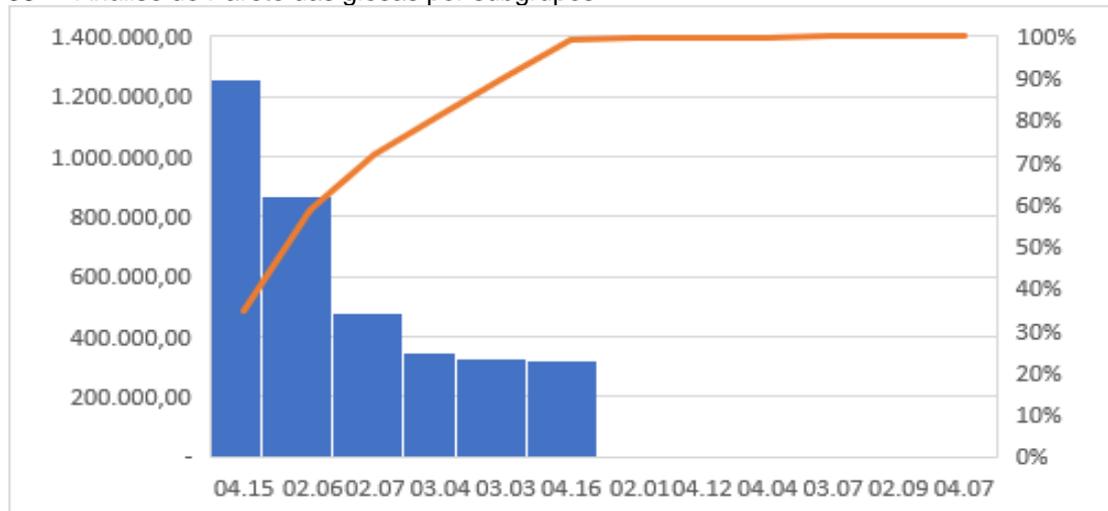
Gráfico 37 — Glosas dos Procedimentos de Alta Complexidade: ambulatoriais e hospitalares



Fonte: elaborado pelo autor.

No gráfico 38, observa-se a análise de Pareto das glosas por subgrupos.

Gráfico 38 — Análise de Pareto das glosas por subgrupos



Fonte: elaborado pelo autor.

Neste gráfico acima, foi possível inferir que a análise de Pareto realizada sobre as glosas, observou-se, com destaque, que os subgrupos “04.15-Outras cirurgias”, “02.06- Diagnóstico por tomografia” e “02.07-Diagnóstico por ressonância magnética” representaram acima de 60% das glosas totais.

3.4.4 Apuração das causas das glosas hospitalares

A tabela 7 apresenta as causas de glosas hospitalares detectadas no período estudado. Verifica-se um alto quantitativo para problemas referentes à irregularidades relacionadas ao profissional responsável pelo atendimento.

Tabela 7 — Causas de glosas hospitalares entre os anos de 2016-2021

Código	Descrição	Ocorrências
060109	Profissional não vinculado ao CNES com o CBO informado	693
060147	Profissional irregular segundo portaria 134 de 4 de abril de 2011	384
060150	Total de diárias superior ao período de internação na competência informada	245
060017	Quantidade superior à permitida	209
060072	Hospital não possui o serviço/classificação exigidos	189
020082	AIH bloqueada por períodos de internação sobrepostos no estado	131
060110	Profissional vinculado não cadastrado	89
060038	Total de diárias de acompanhante superior ao permitido	80
060120	Procedimento realizado exige habilitação	55

Tabela 12 — Causas de glosas hospitalares entre os anos de 2016-2021

		(continuação)
Código	Descrição	Ocorrências
060065	Profissional autônomo não cadastrado no hospital com CBO informado	52
040008	AIH com data da saída anterior a quatro meses da apresentação	39
060197	Qtd superior ao máximo permitido (dias internação na competência * 5)	36
060206	OPM incompatível com procedimento especial	34
060204	Procedimentos principais excludentes	29
050068	Cep do paciente não pode ser genérico	28
060084	Quantidade de diárias de uti superior a capacidade instalada	28
050142	Lançamento obrigatório de OPM. Verifique compatibilidade no Sigtap.	21
060149	Total diárias superior aos dias do mês	21
060040	Diárias de uti+diárias de acomp maior que período de internação	18
020001	AIH bloqueada por duplicidade	17
020002	AIH bloqueada por agravo	15
040006	AIH aprovada em outro processamento	14
050063	Número do logradouro do paciente inválido	14
040009	AIH reapresentada c/ data de int ou saída diferente da primeira apresentação	11
060051	Procedimento realizado incompatível com procedimento principal	7
060146	Competência de execução inválida	6
060119	Procedimento realizado repetido para trat aids	5
050096	Período de internação superior ao permitido p/AIH tipo 1	4
020069	AIH bloqueada para auditoria no prontuário	3
060136	Procedimento permitido apenas em hospital especializado em psiquiatria	3
060079	Quantidade de diárias superior a quantidade máxima de execução do procedimento	2
060102	Procedimento realizado incompatível com cirurgia relacionada	2
060178	Implante de cateter (0418010056) com cmpt execucao posterior a cmpt de execucao da hemodialise (0305	2
010003	Número da AIH fora de faixa	1
040003	AIH aprovada neste processamento	1
050006	Período de internação superior ao permitido	1
060055	Terceiro não possui serviço/classificação exigido	1
060057	Terceiro/cooperativa não cadastrado	1
060060	Fornecedor de OPM não cadastrado	1
060088	Quantidade de diárias superior ao período de internação	1
060108	Quantidade de cirurgias superior ao permitido	1
060155	Competência de execução OPM diferente da competência da cirurgia relacionada	1
060171	Obrigatório lançamento de procedimento especial compatível	1
060191	Não é permitido mais de um lançamento da mesma uti por competência	1
060193	Qtd superior ao máximo permitido (tempo de permanência * 5)	1

Tabela 12 — Causas de glosas hospitalares entre os anos de 2016-2021

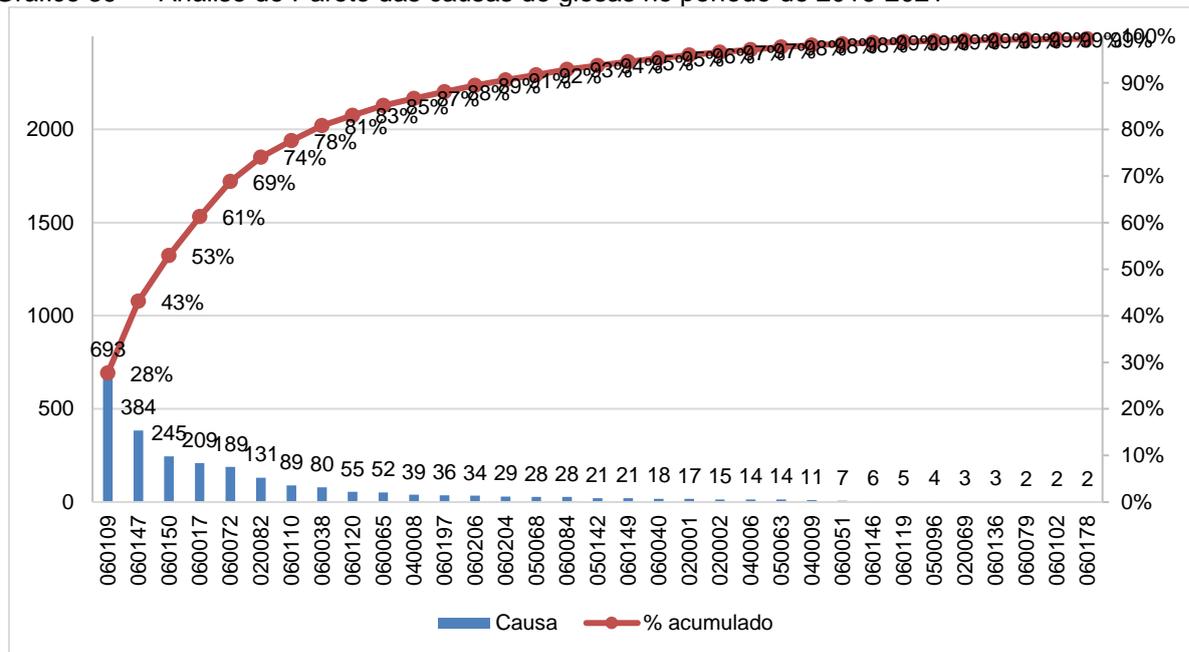
Código	Descrição	Ocorrências
060205	OPM incompatível com procedimento realizado	1

(conclusão)

Fonte: elaborado pelo autor.

Com base na Tabela 1 foi elaborado o Gráfico de Pareto (gráfico 39). Verifica-se que 9 causas dentre as 46 observadas (20%) são responsáveis por 81% das glosas. São elas: Profissional não vinculado ao CNES com o CBO informado, Profissional irregular segundo portaria 134 de 4 de abril de 2011, Total de diárias superior ao período de internação na competência informada, Quantidade superior à permitida, Hospital não possui o serviço/classificação exigidos, AIH bloqueada por períodos de internação sobrepostos no estado, Profissional vinculado não cadastrado, Total de diárias de acompanhante superior ao permitido e Procedimento realizado exige habilitação. Pode ser observado que 1/3 estão relacionadas a irregularidades relativas ao profissional.

Gráfico 39 — Análise de Pareto das causas de glosas no período de 2016-2021



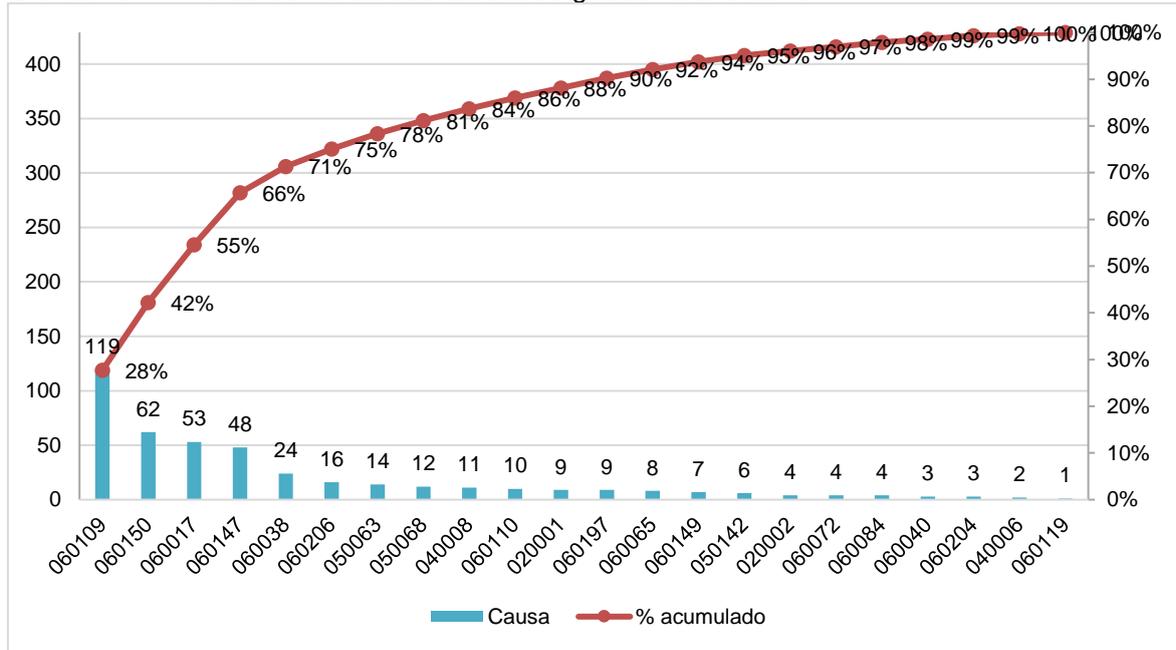
Fonte: elaborado pelo autor.

Para avaliar diferenças ao longo do tempo, será incluída a análise de Pareto anual, a partir de 2017. O gráfico 40 apresenta todas as causas de glosas naquele ano, somando 22 motivos, sendo o mais frequente o de código 060109 – profissional não vinculado ao CNES com o CBO informado.

O Gráfico de Pareto informa que 81% das glosas são causadas por 8 motivos que representam 36% do total de causas. Em ordem decrescente de ocorrências são eles: Profissional não vinculado ao CNES com o CBO informado, Total de diárias

superior ao período de internação na competência informada, Quantidade superior à permitida, Profissional irregular segundo portaria 134 de 4 de abril de 2011, Total de diárias de acompanhante superior ao permitido, OPM incompatível com procedimento especial, Número do logradouro do paciente inválido e Cep do paciente não pode ser genérico. Onde observa-se que ¼ das glosas são decorrentes de motivos relacionados com informações incorretas do domicílio do paciente.

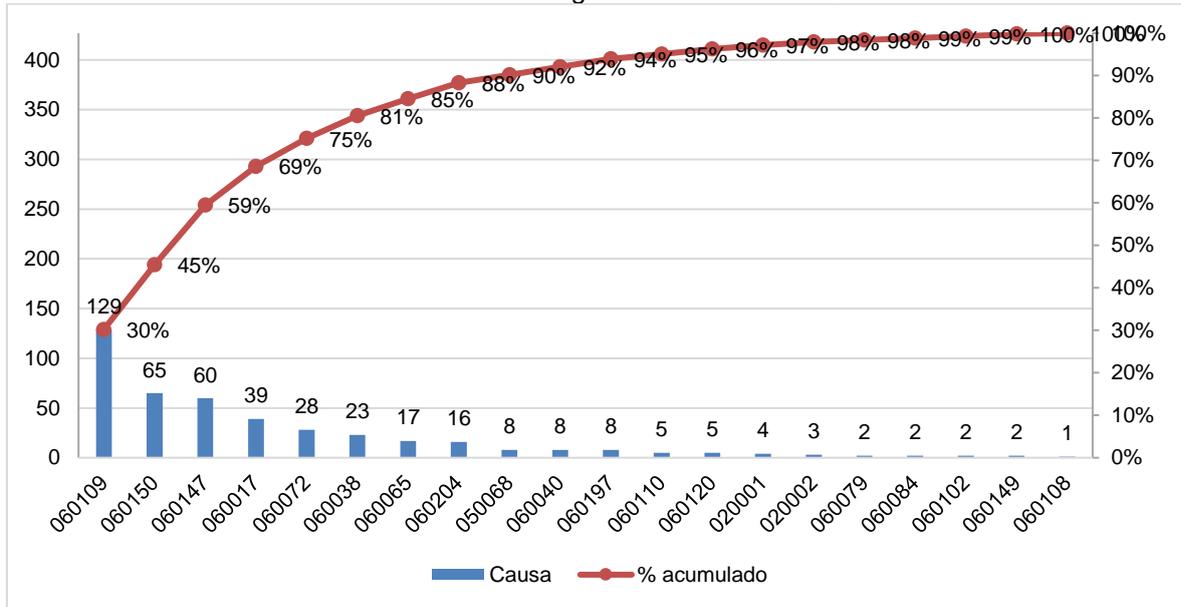
Gráfico 40 — Análise de Pareto das causas de glosas no ano de 2017



Fonte: elaborado pelo autor.

Em 2018 foram detectados 20 motivos de glosas hospitalares, sendo 6 deles (30%) responsáveis por 81% das glosas ocorridas nesse ano (gráfico 41). As causas, em ordem decrescente de ocorrência são: Profissional não vinculado ao CNES com o CBO informado, Total de diárias superior ao período de internação na competência informada, Profissional irregular segundo portaria 134 de 4 de abril de 2011, Quantidade superior à permitida, Hospital não possui o serviço/classificação exigidos e Total de diárias de acompanhante superior ao permitido. Observa-se que não aparecem nas principais causas de glosas as informações incorretas de domicílio do paciente.

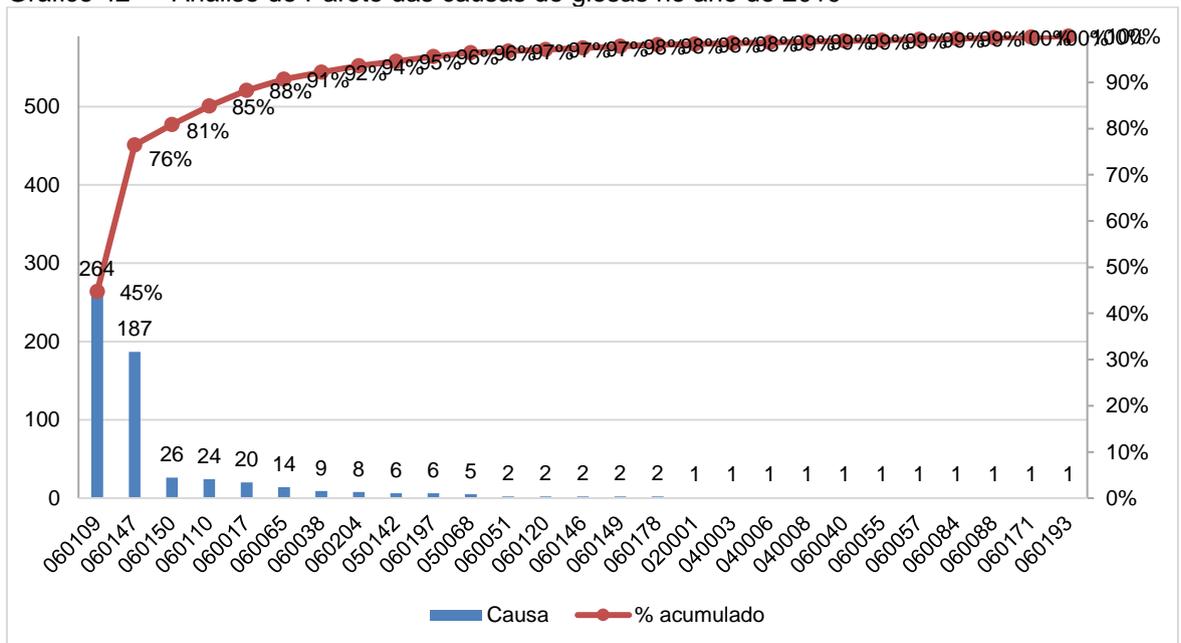
Gráfico 41 — Análise de Pareto das causas de glosas no ano de 2018



Fonte: elaborado pelo autor.

No ano de 2019, verifica-se, na o gráfico a seguir, apenas 3 motivos (11%) responsáveis por 81% das glosas, sendo que o primeiro já responde por 45% do total do ano acima. As três causas de glosa em ordem decrescente de ocorrência são: (1) Profissional não vinculado ao CNES com o CBO informado, (2) Profissional irregular segundo portaria 134 de 4 de abril de 2011 e (3) Total de diárias superior ao período de internação na competência informada. As irregularidades relacionadas com os profissionais prevalecem nas glosas desse ano.

Gráfico 42 — Análise de Pareto das causas de glosas no ano de 2019



Fonte: elaborado pelo autor.

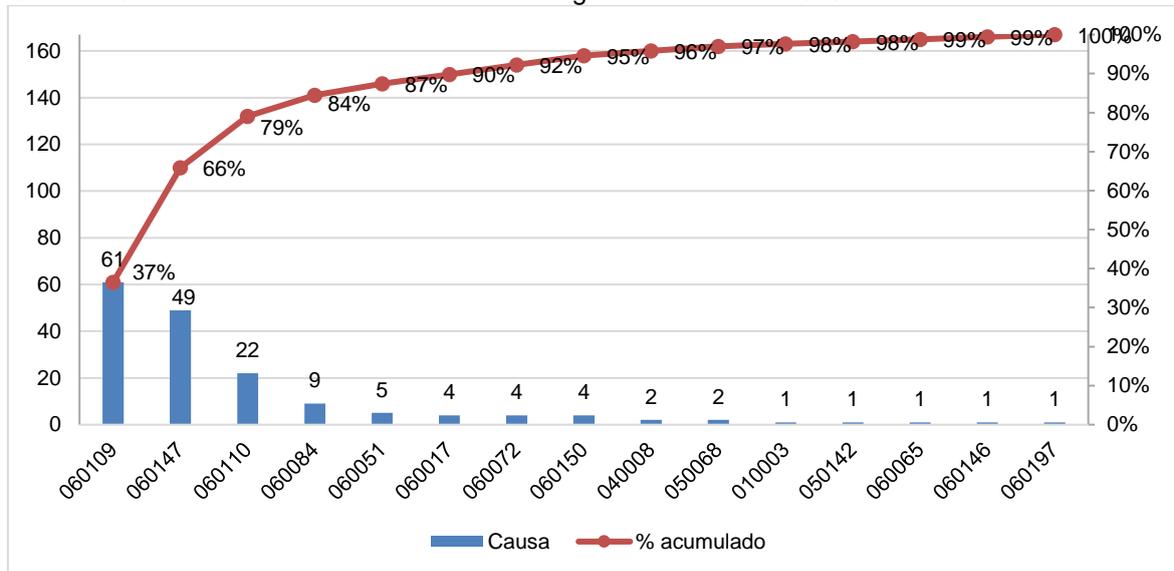
No ano de 2020, período de Pandemia de covid-19, verificou-se uma redução geral de atendimentos e, portanto, também das glosas. Foram somente 15 (quinze)

as causas de glosas detectadas no ano de 2020 e 4 (quatro) delas foram responsáveis por 84% das glosas (*vide* o gráfico 43). Em ordem decrescente de ocorrência, são elas:

- a) Profissional não vinculado ao CNES com o CBO informado;
- b) Profissional irregular segundo portaria 134 de 4 de abril de 2011;
- c) Profissional vinculado não cadastrado;
- d) Quantidade de diárias de uti superior a capacidade instalada.

Verifica-se a inclusão de uma categoria que ainda não tinha sido observada.

Gráfico 43 — Análise de Pareto das causas de glosas no ano de 2020

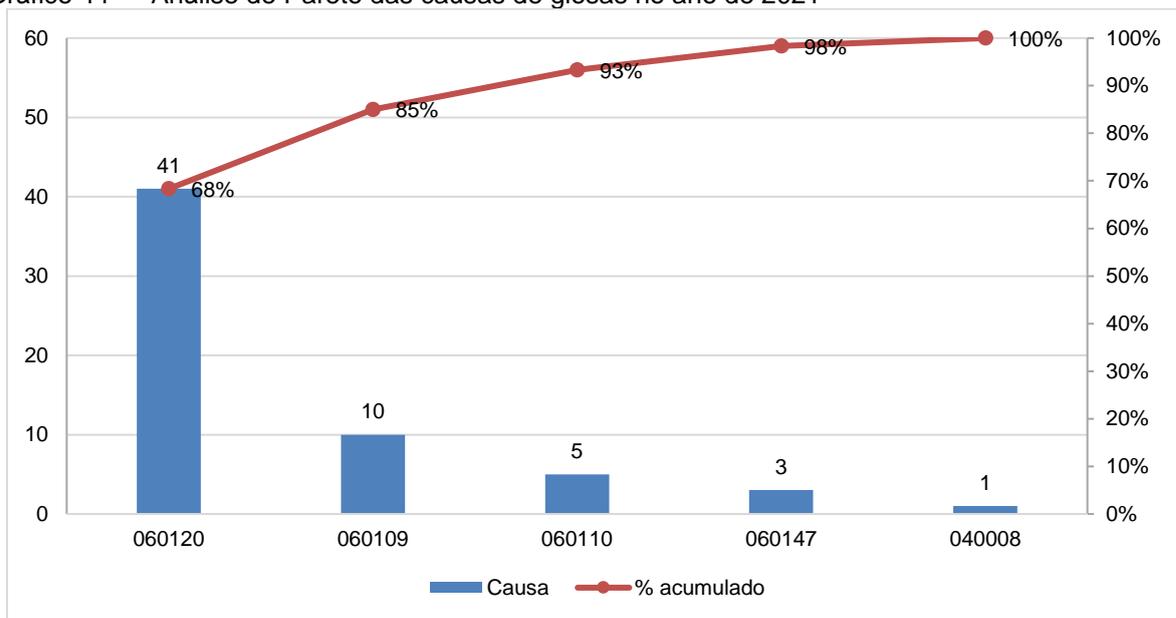


Fonte: elaborado pelo autor.

As glosas sofreram uma grande redução no ano de 2021 e apresentaram somente 5 causas, sendo que duas delas foram responsáveis por 85% do total de glosas, quais sejam:

- a) Procedimento realizado exige habilitação, que levou a 68% das glosas;
- b) Profissional não vinculado ao CNES com o CBO informado, responsável por 17% das glosas nesse ano (*vide* o gráfico 44).

Gráfico 44 — Análise de Pareto das causas de glosas no ano de 2021



Fonte: elaborado pelo autor.

Após demonstrações percebe-se que as causas mais impactantes e que se repete em todos os anos analisados são de erros de cadastros/vínculos de profissionais ao CNES e irregularidades nos períodos de cada procedimento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da reflexão sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde nos Hospitais Universitários, destaca-se a importância do processo de contratualização para a gestão em saúde como potencializador não somente da prestação de serviços à população por parte do Hospital Universitário (HU), mas também como uma oportunidade de aumento do faturamento do HU.

Entre as potencialidades mencionadas, destaca-se o estabelecimento de responsabilidades e metas qualitativas, o que garante a maior qualidade de assistência, ensino e pesquisa. Contudo, é evidente que problemas macros ainda são encontrados, pois o SUS ainda continua com os mesmos problemas de subfinanciamento e de defasagem nos valores de procedimentos, sendo necessário, portanto, ações imediatas para a atualização da tabela de remuneração dos serviços.

Analizou-se o Contrato Administrativo n. 463-2016, pois ele foi o instrumento de contratualização entre o SUS e o HU, o que formulou uma série de metas, assim como possibilitou o monitoramento e a avaliação da produtividade do Hospital e isso desencadeou uma série de ações como, por exemplo, algumas readequações de novas metas e a adição de novos procedimentos que também desencadearam um excelente aumento no faturamento do HU.

Dentro do período analisado (entre os anos de 2016 a 2021), o faturamento do Hospital apresentou aumento de forma geral, mas sem grandes relevâncias para os valores pré-fixados já que não evidenciaram alterações. Contudo, em relação aos valores pós-fixados, observou-se variáveis importantes que contribuíram para esse avanço financeiro.

Apurou-se que, a partir do ano de 2018, o faturamento do Hospital apresentou um excelente salto positivo e alcançou o seu ápice no ano de 2019 ao atingir o valor de R\$ 5.625.311,00. Esse fenômeno foi causado principalmente pelas intensificações dos procedimentos cirúrgicos que aumentaram em um nível fora da média no ano de 2019, assim como pela contratualização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de tratamentos oncológicos, que iniciaram no ano de 2018, mas apresentaram, em 2019, o auge de seus faturamentos.

Uma importante observação no comportamento desses faturamentos foi o impacto causado pela Pandemia da covid-19, o que resultou em uma repentina queda de produção assistencial em muitos procedimentos e, por conseguinte, a diminuição

do faturamento geral desses procedimentos no ano de 2020.

As glosas representaram, sem dúvida, uma das principais dificuldades enfrentadas pela gestão. A frustração de receitas chegou a ultrapassar o valor de R\$ 800.000,00 entre os anos de 2019 e 2021, e isso foi muito influenciado pelas falhas nos faturamentos dos procedimentos de cirurgias e dos diagnósticos por tomografia.

Ainda sobre as glosas, observou-se que alguns procedimentos, principalmente hospitalares, tiveram ótimas tratativas que resultaram em um excelente trabalho de combate à glosas, enquanto outros procedimentos, principalmente ambulatoriais, não tiveram o mesmo cuidado e chegaram a níveis alarmantes, obtendo maiores quantitativos e valores de procedimentos glosados do que aprovados, o que demonstra uma falta de padronização da gestão desses procedimentos.

Nesse sentido, percebe-se a inerente relação entre a relevância da qualidade de informações de faturamentos apresentados pelo Hospital e o sistema regulatório da Secretaria de Saúde do Município de Belém. De fato, não adianta apenas aumentar a produção assistencial se não se investir no desenvolvimento da capacidade governamental para monitorar, controlar e regular, propiciando a redução gradativa das glosas sobre o faturamento.

Contudo, esta pesquisa identificou que, mesmo com valores bastante alarmantes, as glosas não acompanharam a proporção do aumento de produtividade e do crescimento do faturamento, sendo assim, identifica-se uma queda no impacto do faturamento de 74% para 13%.

Portanto, implica-se afirmar que a contratualização do SUS proporcionou um excelente aumento do faturamento no período de 2016 a 2021. Esse aumento foi causado não somente pela redução do impacto das glosas (que ainda se mantêm muito evidentes), mas principalmente pelas oportunidades criadas na contratualização de adequação de metas e de adições de procedimentos no contrato.

Destaca-se também que este estudo elucidou o comportamento do faturamento e os impactos das glosas dos procedimentos de alta complexidade no período de contratualização do Hospital, possibilitando assim uma grande contribuição para a Instituição no sentido de melhorar os seus resultados financeiros, além de despertar o interesse de sugerir a implantação de um produto, qual seja, a de um projeto de capacitação continuada para os recursos humanos do setor financeiro, a fim de melhorar a qualificação dos atores que fazem a gestão dos recursos financeiros do HU.

No mais, esta pesquisa contribuiu para análise do Faturamento do HU e proporcionou o entendimento de que a Contratualização do SUS aumentou o orçamento do Hospital e conseguiu manter os alcances das metas que condicionam o recebimento dos valores pré-fixados. Em contrapartida, os valores pós-fixados, oriundos do cumprimento de Procedimentos de Alta Complexidade, tiveram a maior variância e, embora tenham aumentado a sua representatividade em relação ao valor total das receitas, tais valores não conseguiram alcançar o total planejado na programação orçamentária.

Após as três análises iniciais dos quantitativos, a comparação entre o quantitativo aprovado e o rejeitado, a variação entre o faturamento aprovado e o rejeitado, feitas por subgrupos de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, pode-se concluir que o Hospital tem grande empenho no atendimento das metas físicas dos procedimentos, o que demonstra uma boa gestão de assistência, porém as glosas administrativas tornam-se um grande desafio, pois elas têm um impacto anual muito relevante em cada subgrupo.

A análise de Pareto sobre as causas das glosas permitiu o entendimento de que nove tipos de glosas são padrões e baseiam-se em erros de cadastros de profissionais/pronturários e no tempo superior dos procedimentos. Além disso, esses nove tipos são responsáveis por 81% das glosas totais sobre o faturamento do HU.

Por apresentarem um comportamento bem complexo entre os vários procedimentos, já que demonstram valores muito diferentes entre os subgrupos, afirma-se que há falta de padronização dos fluxos na gestão de cada unidade, sendo assim, propõe-se uma análise técnica imediata ao Hospital que possa identificar os GAPs de cada fluxo, equipe e unidade.

Tratando-se dos fluxos, propõe-se que o mecanismo de regulação adotado em cada unidade de assistência deva ser padrão e, além disso, também deva buscar eficiência na gestão de autorização dos procedimentos, a ponto de haver a identificação tempestiva das inconformidades. Para isso, é imprescindível a adoção de um sistema único de comunicação entre o sistema de prontuários e a autorização de procedimentos.

Nesse sentido, trata-se da implementação de tecnologia e de um sistema integrado entre as várias áreas e unidades assistenciais do HU, os quais venham a melhorar o fluxo de informações e, desse modo, impedir conclusões de cadastros quando houver pendências ou alertar cada limite de tempo permitido nos

procedimentos, mas, acima de tudo, padronizando e controlando automaticamente as informações de assistência, a fim de atender as exigências da Secretaria Municipal de Saúde de Belém.

A automatização dos processos permite a grande capacidade de armazenamento de documentos eletrônicos, o que forma um conjunto de dados que permitirão, além da busca de ressarcimento de glosas, as análises e decisões da gestão do HU.

Segundo Ferreira *et al.* (2009), a maioria das glosas ocorrem por falhas no preenchimento de prontuários. Diante desse problema, torna-se evidente a implementação de sistemas unificados, desde a sua recepção, incluindo o atendimento do paciente. Isso pode combater equívocos ou ilegibilidade em formulários com preenchimentos manuais, quantidade de tempo acima do limite *etc.*

Ao tratar das equipes e unidades, propõe-se a criação de um produto na forma de projeto de educação continuada, a fim de que haja a oferta de um curso de capacitação para os profissionais envolvidos, desde o atendimento do paciente até as contas médicas do HU. O produto proposto aqui é importante para colaborar com o crescimento qualificado do recurso humano atuante do Hospital. Acredita-se que a visão geral e específica aos vários profissionais envolvidos no processo é de suma importância para a compreensão de detalhes antes não observados e que podem gerar impacto positivo imediato.

Ademais, a auditoria é uma especialização da contabilidade que está associada ao controle administrativo financeiro das instituições e, conforme Sousa (2012), é de suma importância para a verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõem as contas hospitalares cobradas.

Acredita-se que as glosas hospitalares não estão somente vinculadas ao custo e às perdas financeiras, mas também mostram como a equipe multiprofissional pode melhorar, por esse motivo, sugere-se ações não somente de otimização de processos, mas também de recursos humanos como, por exemplo, o referido curso de educação continuada para os profissionais a fim de lhes mostrar a importância na qualidade da assistência prestada ao paciente e no preenchimento adequado do prontuário para a minimização das perdas financeiras (glosas) para o HU, assim como o aprimoramento dos profissionais responsáveis pela auditoria da Instituição para que eles fiquem de acordo com todos os contratos realizados pela Instituição hospitalar.

Sousa (2012) apurou a necessidade de a enfermagem atuar na auditoria para minimizar as glosas hospitalares através do conhecimento dos fatores determinantes delas e, desse modo, diminuir os custos, assim como atuar na melhoria da qualidade da assistência prestada.

Portanto, diante do impacto econômico das glosas, é de fundamental importância que o Hospital fortaleça as equipes de controle administrativo-financeiro, capacitando-os a nível de poder analisar prontuários, conferir processos, revisar faturamentos e identificar tempestivamente possíveis causas de glosas hospitalares, contribuindo ativamente para o aumento do faturamento do Hospital.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. S. V.; MORAIS, H. M. M.; LIMA, L. P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciências e Saúde Coletiva**, p. 1825-1834, 2015.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciências e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ANDRADE, R.R. Políticas Públicas e Sustentabilidade em saúde. Planeta Amazônia: **Revista Internacional de Direito Ambiental e Políticas Públicas**, [S.l.], 2009.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/financiamento/>. Acesso em: 13 jun. 2022.

BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. de. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. **Fórum Administração e Saúde**, [S.l.]: dez. 2009.

BRASIL. Decreto n. 10.329, de 28 de abril de 2020. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10329.htm. Acesso em: 13 jun. 2022.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI). Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/receitas-e-despesas/painel-de-informacoes-orcamentarias-e-financeiras>. Acesso em: 1 ago. 2021.

BRASIL. **Financiamento público de saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013. 124 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Contratualização e remuneração de serviços de saúde no SUS: situação atual e perspectivas. Maria Angélica Borges dos Santos, Luciana Mendes Santos Servo. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 1 ago. a 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orçamento anual, LOA 2022. Relatório Anual de Gestão. Brasília, DF, 2023.

CARDOSO JR, J. C.; CUNHA, A. S. **Planejamento e avaliação de políticas públicas**. Instituto de Pesquisa econômica aplicada. IPEA, 2015. 482 p.

CHIORO, Arthur. *et al.* A política de contratualização dos hospitais de ensino: o que mudou na prática? **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mF6dwK45VhX5VS5VLF7Zbtb/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20pol%C3%ADtica%20de%20contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20n%C3%A3o,e%20papel%2C%20como%20pretendia%20induzir>. Acesso em: 12 jun. 2022.

CRUZ, W.G.N., BARROS, R.D., SOUZA, L.E.P.F. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, 2022.

ENDERS, W. **Applied Econometric Times Series**. 4 ed. [S.l.]: John Wiley & Sons: 2014.

FERREIRA, P.T. A exigibilidade dos direitos sociais. **Caderno de Direito**, Piracicaba: 2015.

FERREIRA, Tânia S. *et al.* Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichan**, Cundinamarca, Colômbia, vol. 9, n. 1, p. 38-49, abr. 2009,. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74111465005.pdf>. Acesso em: 22 de agosto de 2023.

GADOTTI, R.B. **Por uma política nacional de educação popular de jovens e adultos**. São Paulo: Moderna, 2014. 44 p.

GONÇALVES, A. G. P.; BAPTISTA, J. R.; PAIVA, A. R. **Particularidades da implementação de serviços de média complexidade no município do Rio de Janeiro**. Vitória: UFES, 2018.

JOHNSTON, J.; DINARDO, J. **Métodos Econométricos**. 4. ed., [S.l.]: McGraw-Hill, 1997.

KUCHARSKI, K.W.; BATTISTI, I.D.E.; FERNANDES, D.M.M.; ANASTÁCIO, Z.F.C. Políticas Públicas em Saúde no Brasil: Uma trajetória do Império a criação do SUS. **Revista Contexto e Educação**. V.37, n.117, 2022.

LIMA, L.L.; AGUIAR, R.B.; LUI, L. Conectando problemas e expectativas: mapeando a literatura sobre análise de desenho de políticas públicas. **Rev. Bras. Ciência Política**, [S.l.], 2021.

LUZ, R.; Avaliação do processo e dos resultados da implantação de um sistema de gestão para hospitais universitários federais (AGHU): uma perspectiva de gestores e usuários. Dissertação de mestrado. Universidade do sul de Santa Catarina, 2020. 338 p.

MATHAUER, I. *et al.* Pooling financial resources for universal health coverage: options for reform. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 98, n. 2, p. 132-139, 2020.

MOTA, A. A.; SCIARRA, E. C.; LEITE, S. R. C. Impacto das glosas hospitalares: importância do ressarcimento da alta complexidade. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, v. 10, n. 2, p. 45 – 49, 2009.

MONTGOMERY, D.C. (2009) Introduction to Statistical Quality Control. 6th Edition, John Wiley & Sons, New York.

SOUSA, Priscila Vieira. Auditoria de enfermagem: uma contribuição à minimização das glosas hospitalares. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife-PE, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32647>. Acesso em: 12 jun. 2022.

OJEDA, I.A. A complexa relação entre o estado a ONGs. Rev. Desafios do desenvolvimento – IPEA, 71 (9), 2012.

OLIVEIRA, R.G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W.V. Qualificação de gestores do SUS. RJ. EAD/ENSP. 2009, 404 p.

PAIM, J.S. O que é o SUS. E-book interativo. Ed. Fiocruz, 2015.93 p.

PIOLA, S.F.; FRANÇA, J.R.M.; NUNES, A. Os efeitos da emenda contitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 21 (2): 411 – 421, 2016.

RAMOS, AP; SETA, MH De. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00089118, 2019.

REZENDE, R. B. Processo de prestação de contas e controle social por meio de pesquisa participante: uma análise do Conselho Municipal de Saúde de Anápolis. Dissertação de mestrado. GO, UnB, 2013. 152 p.

RODRIGUES, J. A. R. M.; CUNHA, I. C. K. O.; VANNUCHI, M. T. O.; HADDAD, M. C. F. L. Glosas em contas hospitalares: um desafio à gestão. Revista Brasileira de Enfermagem, v.71, n. 5, p. 2658 – 66, 2018.

RODRIGUES, J. et al. Glosas hospitalares na auditoria de enfermagem: revisão integrativa. Online Braz j Nurs [internet]. 201 Mar [cited year month day]; 17(1): 150-160,2018.

RODRIGUES, V.A.; PERROCA, M.G.; JERICÓ, M.C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. Arq.ciênc.saúde, 11 (4): 210 – 4, 2004.

ROSSA, G. Diagrama de Pareto: para que serve, como funciona e template. 2021. Disponível em: <https://qualyteam.com/pb/blog/passos-a-passos-de-como-fazer-o-diagrama-de-pareto/>. Acesso em: 29 jul. 2022.

SÁ, R.P.; FUNCIA, B.F. Desafios para melhorar a qualidade dos gastos do SUS. IN: SUS: Avaliação da eficiência do gasto público em saúde. DCKÉ-REIS, C.O. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2023.

SALIBA, Nemre. Adas. *et al.* Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/hkpXZgVNYKGMm649zdW86wt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jul. 2022.

SANTOS, M. P.; ROSA, C. D. P. Auditoria de contas hospitalares: análise dos principais motivos de glosas em uma instituição privada. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas*, v. 15, n. 4, p. 125 – 132, 2013.

SANTOS, M.A. & SERVO, L.M.S. Contratualização e remuneração de serviços de saúde no SUS: situação atual e perspectiva. Rio de Janeiro, Fundação Osvaldo Cruz, 2021, 35 p.

SANTOS, Alexandre Paixão. *et al.* **Utilização da ferramenta Diagrama de Pareto para auxiliar na identificação dos principais problemas nas empresas**, [S.l.], 2020. Disponível em: <https://unisaesiano.com.br/aracatuba/wp-content/uploads/2020/12/Artigo-Utilizacao-da-ferramenta-Diagrama-de-Pareto-para-auxiliar-na-identificacao-dos-principais-problemas-nas-empresas-Pronto.pdf>. Acesso em 15 jul. 2022.

SILVA, J.A.S.V.; HINRICHSEN, S.L.; BRAYNER, K.A.C.; VILELLA, T.A.S.; LEMOS, M.C. Glosas hospitalares e o uso de protocolos assistencias: revisão integrativa de literatura. *Rev. Adm. Saúde* Vol. 17, Nº 66, Jan.-Mar 2017.

SILVA, R. M.; JORGE, M.S.B; JÚNIOR, A.G.S. Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde. Fortaleza, ed. UECE, 2015. 548 p.

SILVA, J.F.M. Regionalização e cooperação estratégias de contratualização. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Londrina, 2022. 361 p.

SILVA, E. V. Análise georreferenciada em pagamentos da União: impacto de longas distâncias de fornecimento nos preços de materiais. Brasília, 2019. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Análise de dados para o controle – Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa, Brasília, DF, 62f.

SILVESTRE FILHO, I.; CAMBRAIA, A. Efeitos da impositividade das emendas parlamentares no orçamento geral da União. *Revista IDB – Debates em Administração Pública*. Brasília, DF, v. 4, n. 2, 2023.

SILVA, D.M. A crise do estado brasileiro após a década de 70 e seus reflexos sobre o sistema judicial. *Rev. Da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*, 102: 1063 – 1075, 2007.

SILVA, Josilene Braz da. *et al.* A atuação do enfermeiro auditor frente às contas hospitalares do Sistema Único de Saúde. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [S.l.], 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/356553655_A_atuacao_do_enfermeiro_auditor_frente_as_contas_hospitalares_do_sistema_unico_de_saude/download. Acesso em: 13 jun. 2022.

SOUZA, T.O.; SILVA, J.M. NÓBREGA, S.S.; CONSTÂNCIO, J.F. Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, 65 (2); 215 – 21, 2012.

STOCK, J., H.; WATSON, M. W. Econometria. Pearson, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da Unidade de Monitoramento e Avaliação (UMA) do HU. Disponível em: <http://intranet.chu-ufpa.br/index.php/pop-procedimento-operacional-padro/sector-de-regulacao-e-avaliacao-em-saude-sras/unidade-de-monitoramento-e-avaliacao-uma>. Acesso em: 1 ago. 2021.

VASCONCELOS, M.F.F.; NICOLOTTI, C.A.; SILVA, J.F.; PEREIRA, S.M.L.R. Entre políticas (Educação Permanente em Saúde e PNH – Política Nacional de Humanização: por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). Comunicação, Saúde e Educação, 20 (59): 981 – 991, 2016.

VIANA, C.S. O papel da auditoria nas instituições hospitalares. Revista científica multidisciplinar núcleo do conhecimento, 7 (11): 5-20, 2019.