TEXTO PARA DISCUSSÃO

2925

A REMUNERAÇÃO DE INTERNAÇÕES E A TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS: UMA ANÁLISE A PARTIR DO SIH E DO SIGTAP

MARIA ANGELICA BORGES DOS SANTOS
RAULINO SABINO DA SILVA
RODRIGO PUCCI DE SÁ E BENEVIDES
LUCIANA MENDES DOS SANTOS SERVO

ipea
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

TEXTO PARA DISCUSSÃO

2925
Brasília, setembro de 2023

A REMUNERAÇÃO DE INTERNAÇÕES E A TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS: UMA ANÁLISE A PARTIR DO SIH E DO SIGTAP

MARIA ANGELICA BORGES DOS SANTOS[1]
RAULINO SABINO DA SILVA[2]
RODRIGO PUCCI DE SÁ E BENEVIDES[3]
LUCIANA MENDES DOS SANTOS SERVO[4]

1. Docente do Programa de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. *E-mail*: maria.bsantos@fiocruz.br.
2. Estatístico no Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde. *E-mail*: raulino.silva@saude.gov.br.
3. Assessor no Gabinete Adjunto de Informações em Apoio à Decisão do Gabinete Pessoal do presidente da República. *E-mail*: rodrigo.benevides@yahoo.com.br.
4. Presidenta do Ipea. *E-mail*: luciana.servo@ipea.gov.br.

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento
Ministra Simone Nassar Tebet

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidenta
LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional
FERNANDO GAIGER SILVEIRA

Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
ARISTIDES MONTEIRO NETO

Diretora de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura
FERNANDA DE NEGRI

Diretor de Estudos e Políticas Sociais
CARLOS HENRIQUE LEITE CORSEUIL

Diretor de Estudos Internacionais
FÁBIO VÉRAS SOARES

Chefe de Gabinete
ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

Coordenador-Geral de Imprensa e Comunicação Social
ANTONIO LASSANCE

Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria
URL: http://www.ipea.gov.br

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2023

A Remuneração de internações e a tabela de procedimentos do SUS : uma análise a partir do SIH e do SIGTAP / Maria Angélica Borges dos Santos ... [et al.]. – Brasília, DF: IPEA, 2023.
47 p.: il., gráfs. – (Texto para Discussão ; 2925).

Inclui Bibliografia.

ISSN 1415-4765

1. Sistema Único de Saúde. 2. Tabela de Remuneração de Serviços. 3. Preços Hospitalares. I. Santos, Maria Angelica Borges dos. II. Silva, Raulino Sabino da. III. Benevides, Rodrigo Pucci de Sá e. IV. Servo, Luciana Mendes dos Santos. V. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 353.6

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

Como citar:

SANTOS, Maria Angelica Borges dos; SILVA, Raulino Sabino da; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e; SERVO, Luciana Mendes dos Santos. **Remuneração de internações e a tabela de procedimentos do SUS** : uma análise a partir do SIH e SIGTAP. Brasília: Ipea, set. 2023. 47 p. : il. (Texto para Discussão, n. 2925). DOI: http://dx.doi.org/10.38116/td2925-port

JEL: I18.

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito nos formatos PDF (todas) e ePUB (livros e periódicos).

Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO 6

2 ESTRUTURA DA TABELA E DINÂMICA DA REMUNERAÇÃO DE INTERNAÇÕES PELO SUS 9

3 MÉTODO 21

3.1 Instrumentos e procedimentos 21

4 RESULTADOS 25

5 DISCUSSÃO 37

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 42

6.1 Recomendações 42

6.2 Agenda de pesquisa 43

REFERÊNCIAS 44

SINOPSE

São analisadas as variações dos valores financiados pelo governo federal de internações no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2019, segundo os procedimentos registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). São descritos o tipo de financiamento (teto de média e alta complexidade – teto MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – Faec), a composição do faturamento (procedimentos principais, procedimentos especiais e procedimentos secundários) e a natureza jurídica dos prestadores de serviços. Observa-se grande variabilidade nos valores pagos para procedimentos com códigos idênticos e entre os distintos prestadores. Destaca-se o fato de que, apesar das críticas à Tabela SUS, somente a parcela de remuneração das internações organizada a partir dela permite visão clara dos critérios de pagamento. Estados e municípios financiam quase 60% das internações do SUS e pouco se conhece sobre os critérios de alocação desses recursos. É dado destaque também às implicações de reajustes lineares da tabela, que ampliariam as distorções, bem como à discussão sobre possível incorporação dos Diagnosis Related Groups (DRGs) à lógica de remuneração hospitalar. Os achados dessas análises poderão servir de ponto de partida para propor melhorias na Tabela SUS, inclusive complementando algumas das propostas apresentadas em relatório elaborado por um grupo de trabalho da Câmara dos Deputados sobre o tema.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; tabela de remuneração de serviços; preços hospitalares.

ABSTRACT

We explore variations in the values paid for Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) hospitalizations financed by the federal government according to procedures recorded in the SUS Hospital Information System (SIH) for the year 2019. We detail billing components (main procedures, special procedures and secondary procedures), type of financing (medium and high complexity ceiling – MAC ceiling – and Strategic Actions and Compensation Fund – Faec) and differences between procedure codes and nature of service flows. Our analysis showed a large variance in remunerations for identical procedure codes and different providers. We highlight the fact that, despite recurring criticisms concerning the Tabela SUS, only hospitalizations clearly linked to it allow a clear vision of remuneration criteria. Member states of Brazil finance little under half of SUS hospitalizations and, for these resources, the criteria of allocation is mostly unknown.

Emphasis is also given to the implications of using linear readjustments of hospital fees, as well as to the discussion around the eventual adoption of Diagnosis Related Groups (DRGs). The findings of these analyzes may serve as a starting point for proposing improvements to the Tabela, including dialoguing with some of the proposals presented in the working group report about Tabela SUS.

Keywords: Unified Health System; fee schedules; hospital charges.

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde podem ser remunerados a partir de vários critérios e modelos (Santos e Servo, 2016; Paredes-Fernández *et al*., 2020). Para garantir alguma consistência da remuneração entre prestadores e custos, complexidade, qualidade e outros parâmetros desejáveis, é frequente que sejam definidos, como referência, sistemas de remuneração baseados em codificações segundo procedimento efetuado, linhas de cuidado ou critérios de complexidade do quadro clínico. Um procedimento pode ser definido como qualquer intervenção/serviço de um prestador de serviços de saúde que envolva determinada combinação de habilidades especializadas e/ou de habilidades que exijam o uso de drogas, dispositivos ou ambos (Gelijns, 1989).

Nos Estados Unidos, os sistemas de codificação mais utilizados para definir remunerações são baseados na terminologia atualizada para procedimentos (Current Procedural Terminology – CPT), desenvolvida pela Associação Médica Americana (American Medical Association – AMA), ou, no caso do Medicare e Medicaid, do Sistema de Codificação Comum de Procedimentos em Saúde (Healthcare Common Procedure Coding System – HCPCS). Os códigos estão vinculados a cada tarefa ou serviço (procedimento) executado por um prestador de serviços de saúde, com as respectivas remunerações. Um outro sistema de remuneração muito usado em países desenvolvidos é aquele baseado em grupos relacionados a diagnósticos (Diagnosis Related Groups – DRGs), em que, além das codificações de procedimentos iniciais, há valorização clara das condições clínicas, do risco do paciente e das comorbidades e complicações nos critérios de remuneração (Mihailovic, Sonji, Jakovljevic, 2016).

No Brasil, as primeiras versões de sistemas de codificação para pagamento de serviços hospitalares e ambulatoriais do SUS foram criadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em outubro de 1983 (Medici, 1992). Em 2007, foi lançada uma versão unificada dessas tabelas, que contemplava codificações tanto para procedimentos hospitalares quanto para ambulatoriais. Essa é a chamada Tabela SUS, que tem valores definidos para pagamento de serviços relacionados a pacotes de remuneração de eventos, diárias para leitos e procedimentos especiais, os quais

compõem um cadastro com acesso público[1] – o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais do SUS (Sigtap).

Essa tabela tem sido objeto de questionamentos e críticas constantes, particularmente no que se refere à revisão dos seus valores. O Conselho Federal de Medicina (CFM), por exemplo, divulgou estimativa de perda acumulada de 1.300% dos honorários médicos em alguns procedimentos entre 2008 e 2014, que teriam sido estimados ao se compararem os valores da Tabela SUS com os da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM),[2] bem como ao se considerarem correções pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e variações do salário mínimo (Honorários..., 2015).

No âmbito da pandemia, o questionamento da Tabela SUS foi alçado à esfera da judicialização. Alegando inadequação dessa tabela aos custos dos serviços de saúde, a Confederação Nacional de Saúde e a Unimed do Brasil demandaram judicialmente que os prestadores privados não contratados ou conveniados ao SUS e acionados durante a pandemia fossem remunerados segundo os protocolos e as tabelas de remuneração próprios das operadoras. A outra parte dessa ação, o estado do Rio Grande do Sul, recorreu ao Supremo Tribunal Federal (STF) com demanda para que a remuneração fosse feita pela Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (Tunep), usada até abril de 2011 como referência para ressarcimento ao SUS pela saúde suplementar. A Tunep foi substituída pelo Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), que majora em 1,5 vezes os valores da Tabela SUS (Brasil, 2011; 2014). Em setembro de 2021, na esteira da pandemia da covid-19, o STF decidiu que as remunerações do SUS para prestadores privados sem contrato ou convênio fossem feitas de acordo com os mesmos parâmetros do ressarcimento ao SUS (Goes, 2021).

Há, também, pressões diretas de prestadores de serviços ao SUS e de grupos organizados e associações de pacientes. Recentemente voltaram a circular notícias

1. Nos Estados Unidos, a AMA desenvolveu e patenteou o sistema de codificação de procedimentos CPT, sendo também responsável por sua atualização. O acesso aos códigos é pago, o que dificulta o acompanhamento das faturas médicas pelos consumidores. A primeira edição data de 1966 e compreendia basicamente procedimentos cirúrgicos, tendo sido ampliada em 1970 para incluir procedimentos clínicos e diagnósticos. Em 1977, foi incorporado um sistema de atualização e, em 1986, passou a ser a base para faturamento também no Medicare e no Medicaid, mediante a terminologia para procedimentos comuns de saúde (Health Common Procedure Terminology – HCPS), conforme apresentado por Dotson (2013) e Alexander, Conner e Slaughter (2003).

2. A CBHPM é o sistema de codificação de procedimentos proposto por entidades médicas como a Associação Médica Brasileira (AMB), o CFM e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam). Foi elaborada pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas de São Paulo (Fipe-SP), a partir de 2003, para unificar as várias tabelas utilizadas na prestação privada de serviços a planos e consumidores.

sobre a falta de reajustes para os procedimentos codificados na tabela como motivo para prestadores deixarem de atender pelo sistema público (Cruz, 2022). Em caso amplamente divulgado do Hospital AC Camargo, que presta atendimento oncológico ao SUS, o problema foi resolvido com negociação direta entre e o prestador e o governo do estado de São Paulo, que ampliou o valor da remuneração com recursos próprios. Outras notícias informam sobre pressões de grupos de pacientes por aumentos dos valores de pagamento da Tabela SUS (Colluci, 2022; Amado, 2022; Pereira, 2022). Esse contexto explica a presença dessa tabela no discurso e no conteúdo programático de alguns candidatos à Presidência nas eleições de 2022, com promessas de reajuste linear dos valores, além de motivar iniciativas recentes do Legislativo para a revisão anual da tabela (Lourenço, 2022).

Antes mesmo da pandemia da covid-19, as pressões por revisões dos valores da Tabela SUS já eram constantes. Em março de 2019, foi criado um grupo de trabalho (GT) na Câmara dos Deputados sobre o tema. No relatório final desse GT, foram apresentados diagnósticos gerais sobre a atenção especializada e específicos sobre a tabela, entre os quais se destacam: desvalorização dos procedimentos; listagens extensas e desatualizadas; e complementação insuficiente dos valores da tabela. O relatório elenca cinco recomendações diretamente relacionadas à tabela, as quais são trazidas adiante:

1) padronização dos códigos dos procedimentos da Tabela SUS com aproximação às classificações adotadas em outras tabelas, como as da CBHPM e da saúde suplementar;

2) atualização pelo IPCA;

3) modelos de remuneração baseados em valor, desempenho, qualidade, necessidade de aumento da oferta;

4) inclusão na tabela das parcelas complementares estabelecidas por municípios, estados e DF; e

5) adicional para diferenciação regional (Brasil, 2019).

Há, nesse debate, muitas questões em discussão relacionadas aos aspectos a seguir descritos:

1) estrutura da Tabela SUS;

2) homogeneidade do padrão remuneratório entre prestadores e entre procedimentos idênticos;

3) referencial remuneratório para as três esferas de governo;

4) uso de índices de preços para atualização dos seus valores;

5) referência em outras tabelas usadas na remuneração do setor privado; e

6) referência aos custos nacionais e regionais.

Com o objetivo de contribuir para o debate sobre o papel da Tabela SUS na remuneração dos serviços públicos de saúde, discutem-se, neste trabalho, as duas primeiras questões supramencionadas, ainda que se faça menção às demais.

Parte-se do fato de que a Tabela SUS é diretamente usada como referência para as transferências federais de recursos que integram a remuneração dos prestadores privados contratados pelo SUS. Como será mostrado na próxima seção, ela é referência a uma parcela de todos os valores alocados para as internações de média e alta complexidade no SUS, visto que parte expressiva da remuneração é financiada com recursos próprios de estados e municípios, bem como por meio de incentivos federais transferidos fundo a fundo.

O trabalho divide-se da seguinte forma: a próxima seção apresenta a estrutura da Tabela SUS e a dinâmica de remuneração das internações, incluindo a participação das três esferas de governo. Na terceira seção, é apresentado o método de análise dos valores relacionados aos recursos alocados pelo governo federal para internações hospitalares referenciados à Tabela SUS a partir das informações constantes no SIH. A quarta seção traz os resultados, que são discutidos na quinta seção. Por fim, são apresentadas recomendações e considerações finais.

2 ESTRUTURA DA TABELA E DINÂMICA DA REMUNERAÇÃO DE INTERNAÇÕES PELO SUS

A Tabela SUS segue a lógica da codificação de procedimentos presente em várias tabelas de remuneração de serviços de saúde, inclusive as já citadas na introdução deste texto e as usadas na saúde suplementar do Brasil. Os procedimentos são organizados por grupos (quadro 1), subgrupos e formas de organização conforme mostrado esquematicamente na figura 1. A classificação completa é apresentada no anexo 1.[3]

3. A planilha intitulada *Anexo 1 – Caracterização dos procedimentos Sigtap e síntese tabular dos resultados do estudo-quantidade, valores em R$ corrente e outras características das internações SUS (Brasil, 2019)*, com a lista de todos os dados pertinentes, está disponível como documento complementar a este texto para discussão em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12094/6/TD_Tab_SUS_Anexos_Repositorio_IPEA_Revisto_14_de_agosto_de_2023.xlsx.

TABELA 1
Grupos de procedimentos segundo quantidade de procedimentos cadastrada no Sigtap e informada no Sistema de Informações Ambulatoriais e no Sistema de Informações Hospitalares – Brasil (2019)

Grupos de procedimentos	Nº de procedimentos				
	Cadastrados no Sigtap em 2019 (A)	Utilizados no SIA e no SIH em 2019 (B = C + D)	Utilizados no SIA em 2019 (C)	Utilizados no SIH em 2019 (D)	Diferença: cadastrados no Sigtap em 2019, mas não utilizados (E = A - B)
01 – Ações de promoção e prevenção em saúde	99	92	92	–	7
02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.057	1.025	1.003	22	32
03 – Procedimentos clínicos	798	746	523	223	52
04 – Procedimentos cirúrgicos	1.683	1.760	298	1.462	-77
05 – Transplantes de órgãos, tecidos e células	129	104	67	37	25
06 – Medicamentos	356	263	263	–	93
07 – Órteses, próteses e materiais especiais	530	229	229	–	301
08 – Ações complementares da atenção à saúde	46	16	16	–	30
Total	**4.698**	**4.235**	**2.491**	**1.744**	**463**

Fonte: Sigtap/Ministério da Saúde (MS).
Obs.: SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais; e SIH – Sistema de Informações Hospitalares.

Observa-se que, nos procedimentos registrados para internações, há amplo predomínio dos códigos classificados como procedimentos cirúrgicos, que comportam 84% dos códigos potencialmente registráveis no SIH (tabela 1).

A denominação dos procedimentos pode seguir as lógicas das doenças tratadas (por exemplo: código 0303060212 – tratamento da insuficiência cardíaca); da intervenção executada (por exemplo: código 0407030026 – colecistectomia); da tecnologia utilizada (por exemplo: código 0702040533 – *stent* para artéria coronária); ou das diárias – *per diems* (por exemplo: código 0802010105 – diária de unidade de terapia intensiva de adulto – UTI I). A tabela Sigtap define os valores mínimos a serem financiados pelo gestor federal por serviços prestados (Brasil, 2022).

FIGURA 1
Esquema exemplificativo da codificação de procedimentos do Sigtap

Fonte: Sigtap/MS.
Obs.: Ilustração cujos leiaute e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

No que tange à modalidade de financiamento, internações são majoritariamente financiadas por recursos do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (teto MAC),[4] transferidos automaticamente para fundos de saúde dos estados, dos municípios e do Distrito Federal como parte do pagamento com recursos federais das ações de saúde desse nível de atenção. Um pequeno grupo de procedimentos considerados estratégicos, que representa em média pouco mais de 10% das transferências federais de MAC, é remunerado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) de forma diferenciada, com transferência para os fundos de saúde dos estados, dos municípios e do Distrito Federal após apuração dos procedimentos realizados pelos respectivos gestores locais, para posterior pagamento aos prestadores.

4. O teto MAC foi instituído em 1993 pela Norma Operacional Básica – NOB-93 (Brasil, 1993), tendo inicialmente como componente determinante a capacidade instalada e a série histórica da produção de serviços assistenciais. Ao longo dos últimos vinte anos, foi sendo ajustado com base na variação populacional e em movimentos de busca de serviços em outros locais. Além disso, o teto MAC passou a incorporar incentivos à organização de redes temáticas (Rede de Atenção a Urgências e Emergências, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, redes de atendimento ao câncer, entre outras), ampliação de leitos e adequação da oferta de serviços especializados.

O cadastro, ou Sigtap do SUS, estabelece as situações que aceitam o faturamento de um procedimento específico e o formato dessas remunerações. Nele estão discriminadas, para cada procedimento, as condições que qualificam um paciente para a realização de cada procedimento (faixa etária, sexo, códigos de doença definidos por Classificação Internacional de Doenças – CID compatíveis), as modalidades de financiamento (MAC ou Faec), os ambientes em que o procedimento pode ser faturado, os instrumentos de registro a serem usados e as categorias que criam regras de remuneração, como as de procedimentos principais, especiais e secundários.

Os códigos de procedimentos principais e especiais são as bases para a remuneração das internações hospitalares, enquanto os procedimentos secundários em geral codificam recursos utilizados na internação já cobertos pela remuneração do procedimento principal.[5] A demanda pela informação sobre procedimentos secundários visa aprimorar a estrutura de custos do MS, pautando eventuais reajustes.

Os procedimentos principais são codificados segundo definição nosológica (de acordo com a doença ou o ramo da ciência médica), ou intervenção realizada, ou tecnologia empregada (medicamentos e insumos médicos). Para fins de remuneração, podem estar estruturados como procedimentos principais "únicos", procedimentos principais com valor zerado e procedimentos faturáveis por diária.

Procedimentos principais 'únicos" açambarcam a maioria dos procedimentos. Pretendem representar a integralidade do valor devido por uma internação, admitindo-se apenas o faturamento adicional dos procedimentos especiais compatíveis. Procedimentos principais com valor zerado (quadro 1) – os quais, doravante, denominaremos procedimentos *compostos* – compõem grupo específico de procedimentos que admitem a remuneração da internação com até cinco procedimentos principais; remunera-se o primeiro em 100% do valor e em percentuais decrescentes os subsequentes. Em 2019, incluíam doze procedimentos, que representavam cirurgias múltiplas ou procedimentos sequenciais, alguns relacionados a transplantes e tratamento do HIV (Brasil, 2017).

5. Em algumas situações excepcionais previstas no *Manual da AIH* de 2017 (Brasil, 2017), procedimentos secundários podem ser valorados e remunerados no contexto de uma internação. Há também outras situações que permitem incrementos pontuais relacionados à situação de habilitação do estabelecimento prestador de serviços com remuneração adicional prevista no âmbito da autorização de internação hospitalar (AIH).

QUADRO 1
Procedimentos principais com valor zerado:[1] Sigtap (2019)

Grupo	Código	Procedimento
03 – Procedimentos clínicos	0303180013	Tratamento de afecções associadas ao HIV/Aids
04 – Procedimentos cirúrgicos	0415010012	Tratamento com cirurgias múltiplas
	0415020018	Procedimentos sequenciais de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica
	0415020034	Outros procedimentos com cirurgias sequenciais
	0415020042	Procedimentos sequenciais em anomalia crânio e bucomaxilofacial
	0415020050	Procedimentos sequenciais em oncologia
	0415020069	Procedimentos sequenciais em ortopedia
	0415020077	Procedimentos sequenciais em neurocirurgia
	0415030013	Tratamento cirúrgico em politraumatizado
05 – Transplantes de órgãos, tecidos e células	0503010014	Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante
	0503010022	Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos realizadas por equipe de outro estabelecimento de saúde
	0504010026	Processamento de córnea/esclera

Fontes: Sigtap/MS e Brasil (2017).
Nota:[1] Esses procedimentos admitem remuneração "composta" baseada nos valores de até cinco procedimentos.

Os procedimentos faturáveis como diárias são aqueles cujos valores de remuneração constantes do Sigtap devem ser considerados por cada dia de permanência, até o limite de diárias admitido para aquele procedimento. Em 2019, totalizavam 43 códigos de procedimentos, compreendendo principalmente os ligados a saúde mental, intercorrências em várias especialidades, radioterapia e pacientes sob cuidados prolongados (tabela 2). Como regra geral, são realizados por baixo número de estabelecimentos, e o tempo médio de permanência supera em muito o das demais internações do SUS.

TABELA 2
Procedimentos principais faturados por diária: Sigtap (2019)

Código	Nome	Frequência (N)	Valor total do procedimento (R$)	Número de estabelecimentos que informam o procedimento (N)	Valor mínimo da AIH – Sigtap (R$)	Valor máximo da AIH (R$)	Valor médio da AIH (R$)	Desvio-padrão	Coeficiente de variação (%)	Média de permanência (em dias)	Valor médio por dia de permanência (valor médio da AIH/média de permanência)
303170190	Tratamento em psiquiatria de curta permanência por dia (permanência de até noventa dias)	57.152	166.680.672,10	67	26,91	32.478,24	2.916,45	2.468	85	38,7	75,43
303130059	Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	7.644	97.360.368,60	110	70,61	50.906,18	12.736,84	11.694	92	168,6	75,53
303170093	Tratamento em psiquiatria (por dia)	34.779	77.556.024,40	92	26,91	22.275,03	2.229,97	3.886	174	49,2	45,33
506020045	Tratamento de intercorrência pós-transplante de órgãos/células-tronco hematopoéticas	28.409	60.346.346,17	127	135,00	36.670,84	2.124,20	2.912	137	9,4	226,58
305010174	Tratamento de intercorrência em paciente renal crônico sob tratamento dialítico (por dia)	18.203	43.033.451,57	480	80,77	40.324,03	2.364,09	3.800	161	9,3	253,25
304100013	Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico	106.338	43.007.390,60	1.452	45,93	20.096,45	404,44	593	147	3,9	103,50
303170140	Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo	54.249	30.014.362,51	587	57,00	4.172,40	553,27	618	112	11,7	47,39
303130024	Atendimento a paciente sob cuidados prolongados por enfermidades cardiovasculares	4.280	28.367.858,27	77	74,75	49.804,94	6.628,00	9.426	142	73,2	90,50
303010215	Tratamento de tuberculose (de A15 a A19)	13.961	26.759.411,64	1.261	82,46	32.514,24	1.916,73	3.100	162	20,5	93,46
303170204	Tratamento em psiquiatria por dia (com duração superior a noventa dias de internação ou reinternação antes de trinta dias)	2.966	12.711.085,84	48	26,91	24.108,14	4.285,60	5.510	129	69,8	61,35
303130067	Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades oncológicas	9.754	11.569.694,74	74	71,65	43.203,05	1.186,15	2.194	185	12,3	96,83
303190019	Tratamento em reabilitação	15.778	11.388.549,35	62	43,04	28.202,03	721,80	1.127	156	13,0	55,68
506020096	Tratamento de intercorrência pós-transplante de fígado – pós-transplante crítico	1.745	10.031.247,66	49	382,44	43.759,99	5.748,57	6.423	112	9,6	601,43

(Continua)

(Continuação)

Código	Nome	Frequência (N)	Valor total do procedimento (R$)	Número de estabelecimentos que informam o procedimento (N)	Valor mínimo da AIH – Sigtap (R$)	Valor máximo da AIH (R$)	Valor médio da AIH (R$)	Desvio-padrão	Coeficiente de variação (%)	Média de permanência (em dias)	Valor médio por dia de permanência (valor médio da AIH/média de permanência)
303170166	Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	18.356	9.986.203,99	594	57,00	6.454,70	544,03	605	111	12,4	43,74
0303170131	Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio	24.300	9.560.804,02	560	57,00	7.658,31	393,45	525	133	9,1	43,30
0303170182	Tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas	15.476	8.844.372,25	474	57,00	2.714,40	571,49	588	103	13,3	42,98
0303130016	Atendimento a paciente sob cuidados prolongados devido a causas externas	1.679	7.534.169,41	51	66,47	43.629,96	4.487,30	6.399	143	58,4	76,88
0301050074	Internação domiciliar	10.585	6.778.602,10	20	24,13	2.710,43	640,40	444	69	25,1	25,54
0506020053	Tratamento de intercorrência pós-transplante de rim – pós-transplante crítico	2.615	6.749.448,24	70	118,05	33.170,92	2.581,05	3.255	126	10,5	246,48
0303130032	Atendimento a paciente sob cuidados prolongados por enfermidades pneumológicas	2.218	6.622.300,55	65	73,72	53.853,36	2.985,71	5.447	182	30,5	97,96
0303170107	Tratamento em psiquiatria em hospital dia	10.055	6.560.367,87	45	39,88	1.716,17	652,45	308	47	26,6	24,55
0303130040	Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades decorrentes da Aids	1.556	5.991.801,89	35	123,83	62.619,55	3.850,77	4.690	122	28,6	134,78
0303130075	Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades osteomusculares e do tecido conjuntivo	1.330	5.123.608,59	65	68,54	44.777,50	3.852,34	6.116	159	49,4	77,91
0506020100	Tratamento de intercorrência pós-transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas – pós-transplante crítico	714	4.764.647,47	17	397,79	37.875,51	6.673,18	5.820	87	12,5	535,96

(Continua)

(Continuação)

Código	Nome	Frequência (N)	Valor total do procedimento (R$)	Número de estabelecimentos que informam o procedimento (N)	Valor mínimo da AIH – Sigtap (R$)	Valor máximo da AIH (R$)	Valor médio da AIH (R$)	Desvio-padrão	Coeficiente de variação (%)	Média de permanência (em dias)	Valor médio por dia de permanência (valor médio da AIH/média de permanência)
0303170158	Tratamento clínico para avaliação diagnóstica e adequação terapêutica, incluindo necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas	8.024	3.616.902,37	382	57,00	3.719,38	450,76	572	127	9,7	46,34
0506020037	Tratamento de intercorrência pós-transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de aparentado (hospital dia)	3.839	2.739.284,76	14	135,00	3.347,02	713,54	711	100	9,3	76,36
0303170174	Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de *crack*	3.944	2.067.219,91	225	57,00	2.775,57	524,14	548	105	12,3	42,44
0506020061	Tratamento de intercorrência pós-transplante de coração – pós-transplante crítico	405	1.975.830,11	21	205,84	28.371,72	4.878,59	4.812	99	12,6	387,42
0506020010	Intercorrência pós-transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas – não aparentado (hospital dia)	1.079	1.159.148,03	13	135,00	18.995,51	1.074,28	1.337	124	15,4	69,78
0303180072	Tratamento de HIV/Aids	6.357	975.871,66	46	23,45	4.051,72	153,51	198	129	17,7	8,68
0506020070	Tratamento de intercorrência pós-transplante de pulmão uni/bilateral – pós-transplante crítico	67	638.650,95	5	357,97	34.632,47	9.532,10	8.206	86	16,4	579,54
0506020088	Tratamento de intercorrência pós-transplante simultâneo de rim/pâncreas ou pâncreas isolado – pós-transplante crítico	122	630.533,98	11	305,48	22.620,08	5.168,31	4.527	88	10,5	494,54
0201010275	Biopsia de medula óssea	937	556.897,90	95	200,00	19.143,11	594,34	805	135	1,1	524,88
0303130083	Tratamento de pacientes sob cuidados prolongados em hanseníase	366	534.976,27	22	28,69	22.006,14	1.461,68	3.081	211	40,7	35,91

(Continua)

(Continuação)

Código	Nome	Frequência (N)	Valor total do procedimento (R$)	Número de estabelecimentos que informam o procedimento (N)	Valor mínimo da AIH – Sigtap (R$)	Valor máximo da AIH (R$)	Valor médio da AIH (R$)	Desvio-padrão	Coeficiente de variação (%)	Média de permanência (em dias)	Valor médio por dia de permanência (valor médio da AIH/ média de permanência)
0506020118	Tratamento de intercorrência pós-transplante autológo de células-tronco hematopoéticas – pós-transplante crítico	229	518.130,63	18	127,60	17.589,54	2.262,58	2.806	124	9,9	228,05
0506020029	Intercorrência pós-transplante autogênico de células-tronco hematopoéticas (hospital dia)	1.368	501.368,72	13	135,00	2.146,35	366,50	347	95	3,7	99,93
0304010111	Internação para radioterapia externa (cobaltoterapia/acelerador linear)	244	273.165,97	18	23,08	7.499,97	1.119,53	1.074	96	14,0	79,76
0301090017	Atendimento em geriatria (um turno)	2.049	261.256,30	3	21,98	911,98	127,50	96	75	20,2	6,31
0304010359	Internação via CNRAC para radiocirurgia ou radioterapia estereotáxica fracionada	67	93.416,08	2	23,08	8.243,68	1.394,27	1.535	110	13,7	102,09
0303030011	Tratamento da fibrose cística	10	7.564,81	0	57,92	1.400,32	756,48	438	58	9,6	78,80
0301090025	Atendimento em geriatria (dois turnos)	118	7.010,39	3	25,03	562,53	59,41	91	153	3,7	16,08
0304010596	Internação para braquiterapia	8	362,20	2	23,08	69,24	45,28	21	47	1,9	24,15

Fonte: SIH.
Obs.: CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade.
Elaboração dos autores.

Já os procedimentos especiais cobrem principalmente diárias de UTI e acompanhantes, órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs), exames diagnósticos mais complexos, bem como medicamentos especiais – principalmente os relacionados a transplantes. Incluem também ações ligadas a transplante de órgãos, tecidos e células, procedimentos odontológicos, internações de longa permanência, avaliações cinéticas e atendimento fisioterápico, hemoterapia, diálises, anestesias, entre outros (anexo 3).[6]

O faturamento de uma internação pelo prestador no SUS tem como base o documento AIH. No laudo médico de entrada, o procedimento principal – que se caracteriza como a descrição da doença a ser tratada ou da intervenção a ser realizada – define o principal serviço a ser prestado. Por exemplo, o código 0303060190 representa tratamento de infarto agudo do miocárdio, e o código 0406030030, angioplastia coronariana com implante de *stent*. O procedimento principal permite, inclusive, que se opte pelo mais vantajoso no caso de ambos serem aplicáveis à internação.

O valor de cada procedimento codificado inclui dois componentes: a) serviços hospitalares (SH), que comportam diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADTs), exceto medicamentos especiais e SADTs especiais; e b) serviços profissionais (SP), que correspondem à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação (Brasil, 2007, p. 1).

A partir das informações constantes do prontuário do paciente, a AIH permite faturar adicionalmente procedimentos especiais (exames ou outras tecnologias especiais ou OPMEs empregados durante a internação, *per diems*, e adicionais remuneráveis) compatíveis com o procedimento principal. Possibilita, ainda, informar serviços tipificados como procedimentos secundários, que auxiliam o gestor no monitoramento de custos, ainda que não agreguem valor adicional ao faturamento.

Incrementos em valores da tabela Sigtap são previstos para alguns códigos de procedimentos e habilitações e situações pontuais, a maioria relacionada à cirurgia bariátrica, à traumato-ortopedia e à saúde mental/psiquiatria (Brasil, 2017).

Em âmbito federal, além dos valores constantes da AIH acima discriminados, os prestadores de serviços podem fazer jus a incrementos não vinculados à Tabela SUS,

6. A planilha intitulada *Anexo 3 – Procedimentos especiais (Sigtap) registrados em internações do SUS segundo quantidades (N), valores (R$ corrente), grupo e subgrupos de procedimentos e natureza jurídica dos estabelecimentos informantes (Brasil, 2019)*, com a lista de todos os dados pertinentes, está disponível como documento complementar a este texto para discussão em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12094/6/TD_Tab_SUS_Anexos_Repositorio_IPEA_Revisto_14_de_agosto_de_2023.xlsx.

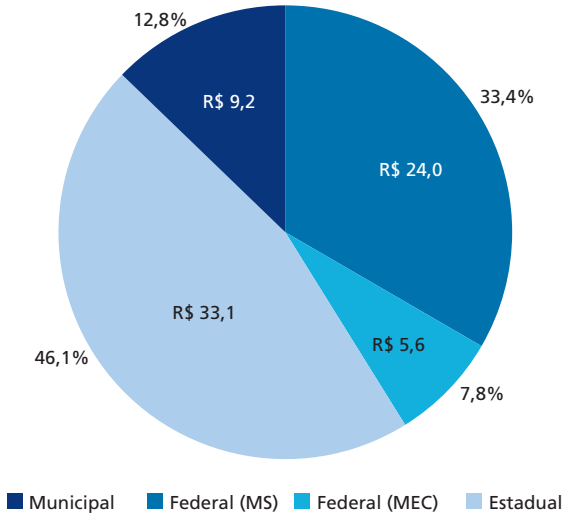
atribuídos em função das características desses prestadores, por exemplo, hospitais cadastrados como alta complexidade, hospitais de ensino ou hospitais de urgência e emergência (Andrade, 2020), bem como da vinculação a linhas de cuidado ou programas federais considerados estratégicos, como Programa Materno-Infantil, Rede Cegonha, Hospital Amigo da Criança, Política Nacional de Saúde Mental, entre outros (Santos e Servo, 2016). Os valores federais também não incluem parcelas de financiamento aportadas pelo Ministério da Educação (MEC) para os hospitais universitários.

Destaque-se ainda que os valores de pagamento de procedimentos do SIH referenciados à Tabela SUS não incluem os aportes de financiamento devidos por estados e municípios. Isso fica claramente caracterizado quando se compara o total de remuneração de internações constante do SIH para o ano de 2019, de R$ 15,8 bilhões, com a estimativa de gastos com internações do SUS da Conta de Saúde (System of Health Accounts – SHA), que totalizou R$ 73,7 bilhões (Brasil, 2022).

Na Conta de Saúde constam, além da remuneração federal registrada no SIH, estimativas de montantes direcionados a internações pelo governo federal a título de manutenção de hospitais próprios federais, incluindo estimativa das despesas de pessoal calculada a partir de dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi) e do Sistema Integrado de Administração de Pessoal (Siape); incentivos relacionados, entre outros, a redes temáticas (materno-infantil, oncológica, urgência e emergência, saúde mental etc.); bem como aportes do MEC para os hospitais universitários federais. Em determinados segmentos e para algumas redes de atenção específicas, o peso dos incentivos é significativo (Teixeira, 2020).[7] A participação federal com recursos do MS em 2019 foi de R$ 24,0 bilhões, enquanto os recursos relacionados a incentivos e gastos financiados pelo MEC foram de R$ 5,6 bilhões, o que somou R$ 29,6 bilhões de recursos federais (Brasil, 2022). Portanto, os valores elencados no SIH representam 53,5% do total de pagamentos de internações com recursos federais. A ele devem ser somados os gastos em internações com recursos próprios dos estados (R$ 33,1 bilhões em 2019) e dos municípios (R$ 9,2 bilhões em 2019). Nota-se, portanto, que pouco mais de um quinto (22,0%) do valor estimado despendido em internações vinculadas ao SUS está claramente vinculado à Tabela SUS, com quantitativos e valores de remuneração federal discriminados no SIH. Os dados extraídos da Conta de Saúde SHA permitem reforçar que o pagamento das internações referenciadas à tabela SUS não representa todo o recurso recebido pelos prestadores públicos e privados.

7. Um exemplo interessante apontado em nosso estudo são os procedimentos relacionados a parto, em que os valores médios da AIH tendem a ser muito baixos, mas os coeficientes de variação para os valores de AIH são surpreendentemente baixos. Isso sugere que haja outro mecanismo de remuneração adicional que desestimule o uso de mecanismos de pagamento internos da AIH para obter maior remuneração.

GRÁFICO 1
Pagamento de internações do SUS com recursos públicos segundo agente financiador – Brasil (2019)



Fonte: Brasil (2022).
Obs.: Os valores monetários estão representados em R$ 1 bilhão corrente.

Os recursos estaduais e municipais responderam, segundo a estimativa da Conta de Saúde SHA, por 58,9% do total do financiamento das internações, sendo 46,1% do total proveniente de aportes de recursos próprios estaduais. Parte desses recursos é aplicada em unidades próprias sob administração direta, mas uma parcela, de proporções desconhecidas, remunera prestadores privados e hospitais próprios geridos por organizações sociais de saúde (OSS). Não se tem conhecimento ou clareza dos critérios usados pelos estados para alocar os recursos que financiam as internações no SUS. Estados e municípios têm liberdade para adotar mecanismos alternativos de remuneração usando recursos próprios, e cabe ao gestor federal remunerar a parcela da produção informada e aprovada pelos entes subnacionais nos formatos aceitos pela legislação. Ademais, há enorme disparidade de capacidades de financiamento entre os 27 estados e os 5.568 municípios brasileiros, o que eleva o potencial de desigualdades no pagamento das internações.

No que diz respeito específico ao financiamento federal referenciado à Tabela SUS, um estudo recente realizou levantamento comparativo entre valores médios de AIH informados no SIH e valores correspondentes no Sigtap (valores da Tabela SUS) em hospitais de Minas Gerais. O estudo confirmou que é comum que existam AIHs para um mesmo procedimento principal com diferentes valores médios faturados (Andrade, 2020). Isso se deve à possibilidade de incluir códigos de procedimentos especiais e às distintas capacidades administrativas de os estabelecimentos informarem os serviços

prestados nos sistemas de informação do MS – o SIA e o SIH. Essas disparidades no faturamento, no valor e na dinâmica remuneratória das internações do SUS serão exploradas no presente estudo com vistas a levantar pontos a serem observados e sugerir estratégias para eventuais revisões na Tabela SUS.

3 MÉTODO

3.1 Instrumentos e procedimentos

Trata-se de estudo exploratório descritivo feito a partir de informações contidas no SIH para internações segundo códigos de procedimentos hospitalares do Sigtap registrados no ano de 2019. Do SIH, foram utilizados os arquivos de registro reduzido (RD), rejeitados (RJ)[8] e serviços profissionais (SP) baixados do portal Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus)[9] e tabulados por meio do *software* IBM SPSS Statistics 2.0. Os arquivos RD e RJ do SIH foram agregados em um único arquivo. Desse arquivo, foram retiradas as AIHs duplicadas,[10] formando-se o arquivo que forneceu as variáveis *procedimentos principais* segundo códigos do Sigtap, tempos de permanência, quantidade e natureza jurídica dos prestadores. Destaca-se que os procedimentos especiais foram tabulados a partir dos arquivos SP.

Nas AIHs tipo 1 (internação normal), foram consideradas as internações com início em 2019; e nas AIHs tipo 5 (internações de longa permanência), foram consideradas aquelas finalizadas no referido ano. Para transformá-las em uma única internação, internações de longa permanência foram consideradas como um único episódio de internação mediante a agregação de AIH de número, sexo, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) idênticos e idade com diferença máxima de um ano. Foi considerada como tempo de internação a soma dos dias de internação. Para isso, considerou-se como data do início da internação a menor data de internação e como data de alta a maior data de saída. Por fim, o valor é a soma de todos os valores totais.

8. No pré-processamento das AIHs para faturamento, elas podem ser bloqueadas (não aceitas) ou pré-aprovadas. Na continuidade do processamento, as AIHs pré-aprovadas podem ser rejeitadas com críticas ao preenchimento que ocasionam sua devolução ao prestador para correção. O arquivo RJ é composto por essas AIHs com críticas, que precisam ser ainda resolvidas pelo prestador, mas que não foram bloqueadas.

9. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/.

10. As AIHs duplicadas correspondem àquelas que são inseridas em duplicidade e que, na prática, são a mesma AIH.

A partir dos arquivos RD do SIH e do Sigtap, foi produzido um banco de dados em Excel com todas as internações do SUS em 2019 segundo os procedimentos principais agregados na codificação Sigtap. Adicionalmente, com base nos arquivos SP 2019 e Sigtap, foi construído um banco em Excel para analisar serviços profissionais, inclusive procedimentos especiais e secundários codificados.

As variáveis obtidas dos arquivos RD + RJ incluíram as informações a seguir descritas:

1) código e nome do procedimento principal com vinculação às respectivas categorias Sigtap;
2) grupo, subgrupo e forma de organização;
3) quantidade de internações apresentadas/realizadas;
4) modalidade de financiamento (MAC ou Faec);
5) valores totais (valores apresentados para arquivos RD e RJ);
6) valores mínimos, médios e máximos da AIH por procedimento;
7) tempo médio de permanência por procedimento; e
8) natureza jurídica dos estabelecimentos consolidados segundo número CNES conforme agregação indicada no quadro 2.

QUADRO 2
Chave para agregação da natureza jurídica dos estabelecimentos que informaram internações

Código	Natureza jurídica	Natureza jurídica agregada
1000-1999	1. Administração Pública	
1015	Órgão público do Poder Executivo federal	Federal
1040	Órgão público do Poder Legislativo federal	Federal
1074	Órgão público do Poder Judiciário federal	Federal
1104	Autarquia federal	Federal
1139	Fundação federal	Federal
1163	Órgão público autônomo federal	Federal
1023	Órgão público do Poder Executivo estadual ou do Distrito Federal	Estadual
1058	Órgão público do Poder Legislativo estadual ou do Distrito Federal	Estadual
1082	Órgão público do Poder Judiciário estadual	Estadual
1112	Autarquia estadual ou do Distrito Federal	Estadual
1147	Fundação estadual ou do Distrito Federal	Estadual
1171	Órgão público autônomo estadual ou do Distrito Federal	Estadual
1031	Órgão público do Poder Executivo municipal	Municipal
1066	Órgão público do Poder Legislativo municipal	Municipal
1120	Autarquia municipal	Municipal
1155	Fundação municipal	Municipal
1180	Órgão público autônomo municipal	Municipal
1198	Comissão polinacional	Outra entidade pública
1201	Fundo público	Outra entidade pública
1210	Associação pública	Outra entidade pública
2000-2999	2. Entidades empresariais	Contratado
3000-3999	3. Entidades sem fins lucrativos	Sem fins lucrativos
4000-4999	4. Pessoas físicas	Ignorado
5000-5999	5. Instituições extraterritoriais	Ignorado

Fonte: Ministério da Economia. Disponível em: https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/drei/links-e-downloads/arquivos/TABELADENATUREZAJURDICA.pdf.
Elaboração dos autores.

As variáveis obtidas do Sigtap incluíram: tipo de AIH (principal, secundário, especial); financiamento (MAC, Faec); e valor (ambulatorial, hospitalar, profissional).

As variáveis incluídas a partir dos arquivos SP apresentaram o seguinte: valor e quantidade de procedimentos de AIH principal, AIH especial, AIH principal e especial e AIH secundário, bem como de atributos complementares (permanência por dia e longa permanência).

3.1.1 Plano de análises

As análises iniciais foram feitas na perspectiva do banco completo. Além das variáveis obtidas diretamente do banco e das naturezas jurídicas com agregação já apresentada, foi gerada e incluída no banco a variável *diárias médias calculadas por código de procedimento* (valor AIH/tempo de permanência por procedimento).[11]

Os procedimentos principais da AIH codificados foram analisados também segundo modalidade remuneratória da AIH: procedimentos principais únicos, procedimentos com valor da AIH zerado (compostos) e procedimentos faturados por diárias.

Foram estabelecidos cortes analíticos para separar os procedimentos principais informados com maior frequência (considerados mais relevantes). Conforme descrito a seguir, três perspectivas de análise foram consideradas pertinentes para definir prioridades na análise das tabelas e em eventuais revisões dos valores.

1) Da perspectiva dos pacientes – os cinquenta procedimentos principais realizados em maior número de pacientes.

2) Da perspectiva dos prestadores – os 50 procedimentos principais com internação informados por maior número de estabelecimentos.

3) Da perspectiva do gestor – os 50 procedimentos principais que consomem mais recursos governamentais.

A síntese dessas três perspectivas gera uma listagem dos procedimentos prioritários para a revisão da tabela, apresentados por frequência de realização, quantidade de estabelecimentos que os informam, volume de recursos federais gasto e tempo médio

11 A importância da informação sobre o valor da AIH por tempo de permanência está relacionada à gestão do leito, visto que hospitais têm custos fixos de manutenção que independem da utilização de sua infraestrutura (custos de pessoal assalariado e manutenção predial e de equipamentos, em especial limpeza, segurança, setores administrativos). A maior parte dos custos hospitalares está relacionada a custos fixos (Roberts *et al*., 1999).

de permanência segundo o código de procedimentos. A listagem é analisada segundo valores mínimos da AIH (valor Sigtap), valores médios, valores máximos, coeficiente de variação e tempo médio de permanência da AIH por procedimento. Adicionalmente, são elencados a modalidade de financiamento (MAC/Faec) e os valores médios dos procedimentos segundo código Sigtap e natureza jurídica do prestador.

Procedimentos especiais foram elencados conforme codificação Sigtap e valores informados no SIH por procedimento principal e natureza jurídica do estabelecimento. Em última etapa da análise, os procedimentos foram separados segundo a modalidade de financiamento em Faec e MAC, estabelecendo-se ponto de corte de R$ 10.000,00 para analisar os procedimentos de maior valor médio.

As análises são apresentadas como medidas de tendência central e (totais, percentuais, médias e medianas) de dispersão (desvio-padrão e coeficientes de variação).

4 RESULTADOS

Em 2019, para justificar uma internação, o SUS disponibilizava 1.744 códigos de procedimentos principais, além de 763 códigos de procedimentos especiais (faturamento adicional no decurso da internação). Na análise do banco completo segundo procedimentos principais informados nas AIHs, um total de 1.741 procedimentos principais foram registrados para internações naquele ano, equivalentes a 12.189.352 internações e um valor total de R$ 15,8 bilhões. Entre os 763 procedimentos especiais, houve registros para 740.

Quando se desagregam as AIHs pagas segundo o tipo de AIH (procedimento principal único, procedimento principal múltiplo e faturadas por diárias) e se examina a composição dos procedimentos remuneráveis que contém, segundo grandes categorias de procedimentos (principal, especial, outros) – tabela 3 –, observa-se que 91,5% das internações são remuneradas como AIH com procedimento principal único. Essas AIHs têm 41,4 % de sua remuneração ligada a procedimentos especiais. Esse comportamento é distinto dos dois outros tipos de pagamento de AIH. Nas AIHs faturadas por diária (4% das internações), em média apenas 13,8% do valor final corresponde a procedimentos especiais. As AIHs com valor zero (4,4% das internações), que permitem incluir até cinco procedimentos principais, devem 35,7% de seu valor a procedimentos especiais.

TABELA 3
Composição do faturamento das internações do SUS (componente federal) segundo o tipo de AIH e as categorias de procedimentos remunerados – Brasil (2019)

Tipo de AIH	Composição do faturamento por categoria de procedimento (Em R$ 1 milhão corrente)				Quantidade de internações
	Principal	Especial	Demais	Valor total	
Procedimento principal único	6.957	5.916	157	13.030	11.164.955
AIH zero (procedimento principal múltiplo)	1.287	719	10	2.016	536.393
Faturadas por diárias	814	131	3	948	488.184
Todos	**9.058**	**6.766**	**170**	**15.994**	**12.189.532**

Fonte: SIH (2009).
Elaboração dos autores.

Quanto à modalidade de financiamento, 100.938 internações referem-se à rubrica Faec, perfazendo R$ 935 milhões (0,8% das internações e 5,9% do valor total pago), o que transforma o fato de pertencer à categoria Faec no maior diferencial remuneratório para internações. Procedimentos que recaem nessa modalidade de financiamento também precisam ser analisados de forma separada dos demais.

Quando se observa a listagem completa de internações de 2019, verifica-se que 126 (7,2%) dos 1.741 procedimentos principais registrados foram responsáveis por 80% dos valores e por 73% das internações informadas no SIH. Por outro lado, 518 procedimentos (30% do total) registraram frequências iguais ou inferiores a 100 internações. Esse conjunto de procedimentos menos frequentes abrangia 18.693 (0,15%) internações e R$ 112,8 milhões (0,71% dos valores registrados no SIH).

A média do coeficiente de variação dos valores das AIHs por procedimento foi de 79,6%, com mediana de 60%. Um total de 1.353 procedimentos (76,3% do total) apresentou coeficientes de variação para os valores de AIHs superiores a 25%, indicando

que, para três quartos dos procedimentos principais, há grande variabilidade nos valores de AIHs apresentados.[12]

Quando a análise se concentrou nos cinquenta procedimentos prioritários (mais relevantes) segundo as três perspectivas (do paciente, dos estabelecimentos e do gestor) descritas no método, foram obtidos 86 procedimentos principais, que representavam 70% das despesas e 71% das internações registradas no SUS (tabela 3). Nesse grupo, há 57 procedimentos do *grupo 03 – procedimentos clínicos*; 27 do *grupo 04 – procedimentos cirúrgicos*; e 2 do *grupo 05 – transplantes de órgãos, tecidos e células*. Os procedimentos cirúrgicos prioritários representam menos de 2% (1,8%) dos códigos existentes para essas intervenções. Apesar disso, internações por intervenções cirúrgicas correspondem a 49,9% da quantidade e 56,7% dos valores na lista prioritária.

Quase dois terços (62% = 53/86) dos procedimentos principais do grupo prioritário descrevem-se como tratamento de doenças, o que é bastante característico do *grupo 03 – procedimentos clínicos*. Esse fator poderia favorecer a implantação de lógica de remuneração alinhada aos DRGs. O procedimento informado com maior frequência foi o parto normal (código 0310010039), com 968.590 internações. O tratamento de pneumonias ou influenzas (código 0303140151) foi o produzido pelo maior número de estabelecimentos com internação (3.984). O tratamento de outras doenças bacterianas (código 0303010037) teve, individualmente, a maior despesa total reportada no SIH, totalizando R$ 922,9 milhões, ou seja, 5,8% das despesas registradas no referido sistema[13]. O maior valor registrado em uma AIH foi relacionado ao procedimento de cirurgias múltiplas (código 0415010012), com um total de R$ 239,9 mil (tabela 4).

12. Os segmentos em que os coeficientes de variação do valor da AIH são baixos concentram-se nos procedimentos mais bem remunerados e nos obstétricos. No primeiro caso, é bem possível que a atuação concertada da indústria e de associações médicas negocie valores aceitáveis, desestimulando a busca por maior incorporação de procedimentos especiais e outras formas para obter maior remuneração. No segundo caso, mecanismos remuneratórios de incentivos para além da AIH – como os adicionais providos pela Rede Cegonha – podem ser a explicação, fazendo com que a remuneração ultrapasse de forma significativa aquela vinculada à AIH. Outra possibilidade seria a relativa uniformidade das redes de prestadores que atuam nesses dois segmentos.

13. O tratamento de outras doenças bacterianas, provavelmente, é uma *proxy* para quadros de septicemia, que são, em geral, um desfecho de internações que se complicam, mais do que um diagnóstico inicial.

TABELA 4

Seleção dos 86 procedimentos prioritários do ponto de vista de beneficiários, prestadores e pagador do SUS – Brasil (2019)

Código	Descrição	Número de internações	Presença nas três listas prioritárias	Número de estabelecimentos que informam o procedimento	Valor total do procedimento (R$)	Valor mínimo da AIH – Sigtap (R$)	Valor médio da AIH (R$)	Valor máximo da AIH (R$)	Coeficiente de variação da AIH (%)	Média de permanência (em dias)
0411010034	Parto cesariano	694.196	3	2.110	500.216.087	545,73	720,57	27.217,05	21,22	2,69
0303140151	Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	643.624	3	3.984	670.264.810	582,42	1.041,39	71.806,69	178,56	6,3
0303010037	Tratamento de outras doenças bacterianas	321.122	3	3.358	922.897.621	865,91	2.873,98	133.046,89	154,82	10,29
0303060212	Tratamento de insuficiência cardíaca	204.337	3	3.591	322.145.524	699,46	1.576,54	107.516,06	159,27	7,8
0303040149	Tratamento de acidente vascular cerebral – AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)	200.963	3	3.297	281.249.266	463,21	1.399,51	83.306,59	172,5	7,62
0303010061	Tratamento de doenças infecciosas e intestinais	200.378	3	3.602	75.592.193	324,9	377,25	63.232,84	114,57	3,2
0303140046	Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	184.882	3	3.658	148.101.694	479,19	801,06	72.526,78	195,1	4,78
0303150050	Tratamento de outras doenças do aparelho urinário	180.365	3	3.594	71.455.271	218,68	396,17	72.502,74	192,97	4,89
0304100021	Tratamento clínico de paciente oncológico	163.854	3	2.073	160.929.276	367,44	982,15	64.824,80	165,72	9,19
0407030026	Colecistectomia	131.978	3	1.956	115.706.083	695,77	876,71	42.544,01	67,54	2,73
0303070102	Tratamento de outras doenças do aparelho digestivo	123.654	3	2.984	88.523.984	347,15	715,9	36.679,15	149,87	4,49
0407040102	Hernioplastia inguinal/crural (unilateral)	122.631	3	2.345	70.357.377	445,51	573,73	49.253,19	66,98	1,54
0303030038	Tratamento de diabetes *mellitus*	92.329	3	3.669	62.657.163	360,8	678,63	57.075,75	181,24	5,76
0303060190	Tratamento de infarto agudo do miocárdio	80.859	3	2.288	150.906.530	588,12	1.866,29	74.192,29	134,33	8,72
0305020056	Tratamento de insuficiência renal crônica	63.481	3	2.112	123.611.114	449,65	1.947,21	66.537,47	157,49	10,14
0303140135	Tratamento de outras doenças do aparelho respiratório	56.033	3	2.717	158.275.009	480,87	2.824,67	112.586,24	182,71	9,48
0303070072	Tratamento de doenças do fígado	53.419	3	2.938	62.112.351	416,39	1.162,74	39.604,74	165,28	8,93

(Continua)

(Continuação)

Código	Descrição	Número de internações	Presença nas três listas prioritárias	Número de estabelecimentos que informam o procedimento	Valor total do procedimento (R$)	Valor mínimo da AIH – Sigtap (R$)	Valor médio da AIH (R$)	Valor máximo da AIH (R$)	Coeficiente de variação da AIH (%)	Média de permanência (em dias)
0415010012	Tratamento com cirurgias múltiplas	280.647	2	1.493	870.837.960		3.102,97	239.929,94	176,25	4,8
0303100044	Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez	222.849	2	2.383	40.856.444	109,24	183,34	21.363,37	139,04	3,61
0301060088	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica	198.507	2	2.322	19.988.133	44,22	100,69	77.252,62	339,72	1,36
0411010026	Parto cesariano em gestação de alto risco	161.424	2	194	191.789.068	890,94	1.188,11	17.783,52	29,41	3,84
0308010019	Tratamento de traumatismos de localização especificada/não especificada	135.146	2	2.241	55.696.199	199,33	412,12	80.979,61	202,5	5,57
0407020039	Apendicectomia	115.073	2	1.704	70.878.393	414,62	615,94	49.557,39	100,72	3,29
0303160039	Tratamento de outros transtornos originados no período perinatal	111.174	2	1.428	130.413.307	262,54	1.173,06	69.500,58	218,01	5,91
0305020013	Tratamento da pielonefrite	101.726	2	3.436	33.262.687	204,5	326,98	85.360,99	185,41	4,61
0415040035	Desbridamento de úlcera/de tecidos desvitalizados	100.769	2	1.588	116.839.908	543,08	1.159,48	62.586,54	149,13	7,13
0303070129	Tratamento de transtornos de vias biliares e pâncreas	99.944	2	3.299	58.400.432	270,38	584,33	49.035,22	174,75	6,66
0310010047	Parto normal em gestação de alto risco	97.380	2	192	75.358.071	617,19	773,86	9.919,13	20,36	2,96
0407030034	Colecistectomia videolaparoscópica	94.148	2	822	81.934.403	693,05	870,27	27.648,71	51,52	2,45
0303080060	Tratamento de estafilococcias	85.394	2	2.948	36.208.102	292,62	424,01	43.262,13	128,02	5,93
0303080078	Tratamento de estreptococcias	78.636	2	3.133	30.447.589	292,62	387,2	21.096,64	85,44	5,02
0407040129	Hernioplastia umbilical	74.370	2	2.255	39.396.410	434,99	529,74	48.479,08	65,17	1,3
0415030013	Tratamento cirúrgico em estreptococcias	70.638	2	590	240.300.991	–	3.401,87	80.402,60	110,14	6,44
0303060280	Tratamento de síndrome coronariana aguda	69.969	2	1.916	80.866.122	325,08	1.155,74	47.461,64	127,7	5,44

(Continua)

(Continuação)

Código	Descrição	Número de internações	Presença nas três listas prioritárias	Número de estabelecimentos que informam o procedimento	Valor total do procedimento (R$)	Valor mínimo da AIH – Sigtap (R$)	Valor médio da AIH (R$)	Valor máximo da AIH (R$)	Coeficiente de variação da AIH (%)	Média de permanência (em dias)
0303140143	Tratamento de outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	64.015	2	2.315	27.388.575	187,13	427,85	63.477,81	270,02	4,39
0303060107	Tratamento de crise hipertensiva	63.781	2	3.171	21.321.375	189,67	334,29	27.186,30	222,33	3,31
0415020034	Outros procedimentos com cirurgias sequenciais	63.551	2	553	242.474.701	–	3.815,43	78.314,11	161,66	5,24
0415020050	Procedimentos sequenciais em oncologia	60.749	2	283	451.714.679	–	7.435,75	51.576,15	49,94	4,08
0303170190	Tratamento em psiquiatria de curta permanência por dia (permanência de até noventa dias)	57.152	2	67	166.680.672	26,91	2.916,45	32.478,24	84,63	38,67
0409050083	Postectomia	56.938	2	1.959	14.762.918	219,12	259,28	7.091,85	41,79	0,63
0308040015	Tratamento de complicações de procedimentos cirúrgicos ou clínicos	55.351	2	2.351	40.824.513	199,33	737,56	50.652,14	273,92	7,44
0303070064	Tratamento de doenças do esôfago, estômago e duodeno	54.782	2	3.110	19.280.615	186,06	351,95	42.727,99	222,39	3,86
0303160063	Tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal	53.704	2	888	315.841.341	482,45	5.881,15	144.277,25	126,26	14,56
0304080039	Internação para quimioterapia de leucemias agudas/crônicas agudizadas	14.809	2	152	67.132.670	562,5	4.533,23	26.004,30	77,93	8,17
0310010039	Parto normal	968.590	1	2.890	537.207.720	443,4	554,63	35.729,36	16,72	2,16
0411020013	Curetagem pós-abortamento/puerperal	167.957	1	1.893	36.935.921	179,62	219,91	32.638,53	78,77	1,71
0304100013	Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico	106.338	1	1.452	43.007.391	45,93	404,44	20.096,45	146,58	3,91
0301060070	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica cirúrgica	92.805	1	1.236	9.217.258	40,38	99,32	13.860,99	194,99	1,21
0301060010	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica pediátrica	82.744	1	1.757	8.081.656	47,27	97,67	53.185,19	506,15	1,26
0304080020	Internação para quimioterapia de administração contínua	63.515	1	229	78.080.343	1.100,00	1.229,32	35.453,82	48,19	3,46

(Continua)

(Continuação)

Código	Descrição	Número de internações	Presença nas três listas prioritárias	Número de estabelecimentos que informam o procedimento	Valor total do procedimento (R$)	Valor mínimo da AIH – Sigtap (R$)	Valor médio da AIH (R$)	Valor máximo da AIH (R$)	Coeficiente de variação da AIH (%)	Média de permanência (em dias)
0303170140	Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo	54.249	1	587	30.014.363	57	553,27	4.172,40	111,71	11,67
0303070110	Tratamento de outras doenças do intestino	53.383	1	2.797	24.991.148	193,66	468,15	49.581,63	208,99	4,69
0303160055	Tratamento de transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	51.987	1	945	283.022.001	778,02	5.444,09	116.165,92	114,98	15,93
0406030030	Angioplastia coronariana com implante de *stent*	51.760	1	220	287.547.776	1.575,72	5.555,41	66.622,76	33,51	3,36
0303010010	Tratamento de dengue clássica	50.645	1	2.517	18.386.915	287,76	363,05	28.260,23	106,44	3,19
0303030046	Tratamento de distúrbios metabólicos	46.249	1	2.684	15.632.510	139,42	338,01	45.780,51	333,16	4,01
0303040165	Tratamento de crises epiléticas não controladas	44.172	1	2.580	29.604.053	112,83	670,2	77.975,41	313,8	5,4
0412040166	Toracostomia com drenagem pleural fechada	42.902	1	1.263	128.470.282	1.029,44	2.994,51	69.675,38	121,79	8,99
0303060298	Tratamento de trombose venosa profunda	39.388	1	2.491	22.159.843	322,48	562,6	31.355,83	152,55	6,42
0407040161	Laparotomia exploradora	37.767	1	1.795	68.786.419	637,19	1.821,34	82.279,34	154,94	6,78
0303020032	Tratamento de anemia aplástica e outras anemias	37.455	1	2.408	27.040.613	413,41	721,95	34.476,69	145,9	6,54
0305020021	Tratamento de calculose renal	37.061	1	2.613	11.963.760	175,97	322,81	19.173,05	112,28	3,11
0303170093	Tratamento em psiquiatria (por dia)	34.779	1	92	77.556.024	26,91	2.229,97	22.275,03	174,26	49,19
0303140100	Tratamento de infecções agudas das vias aéreas superiores	32.950	1	2.389	8.995.740	177,07	273,01	73.419,79	318,36	3,05
0303030020	Tratamento de desnutrição	32.156	1	2.735	26.355.186	446,78	819,6	39.112,41	187,32	7,65
0406030022	Angioplastia coronariana com implante de dois *stents*	30.238	1	220	244.314.822	1.575,72	8.079,73	71.634,90	28,12	4,08
0308020030	Tratamento de intoxicação ou envenenamento por exposição a medicamentos e substâncias de uso não medicinal	29.754	1	2.337	16.887.657	136,95	567,58	41.556,99	277,67	3,95
0305020048	Tratamento de insuficiência renal aguda	29.595	1	2.271	58.289.551	246,89	1.969,57	65.513,68	183,22	9,47

(Continua)

(Continuação)

Código	Descrição	Número de internações	Presença nas três listas prioritárias	Número de estabelecimentos que informam o procedimento	Valor total do procedimento (R$)	Valor mínimo da AIH – Sigtap (R$)	Valor médio da AIH (R$)	Valor máximo da AIH (R$)	Coeficiente de variação da AIH (%)	Média de permanência (em dias)
0303080094	Tratamento de outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	28.158	1	2.475	11.665.207	182,57	414,28	35.335,57	205,22	7,68
0303150033	Tratamento de doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos	27.044	1	2.454	8.334.951	198,81	308,2	22.944,43	129,47	3,66
0303020059	Tratamento de anemias nutricionais	25.698	1	2.532	10.487.575	233,85	408,11	24.428,11	179,18	4,95
0408050632	Tratamento cirúrgico de fratura transtrocanteriana	25.498	1	723	66.747.743	972,97	2.617,76	48.374,91	59,48	8,22
0303060263	Tratamento de pé diabético complicado	22.586	1	2.176	13.299.414	321,68	588,83	22.713,65	121,98	7,74
0303090316	Tratamento das poliartropatias inflamatórias	22.264	1	2.301	8.483.749	190,7	381,05	24.931,84	207,29	6,12
0409060216	Ooforectomia/ooforoplastia	19.493	1	1.997	11.980.317	509,86	614,6	11.056,79	47,85	2,34
0303060131	Tratamento de edema agudo de pulmão	17.933	1	2.253	37.163.731	635,03	2.072,37	82.514,39	171,53	7,7
0406010935	Revascularização miocárdica com uso de extracorpórea (dois ou mais enxertos)	17.065	1	199	230.121.201	6.956,37	13.484,98	73.236,68	28,39	11,67
0404010377	Traqueostomia	16.397	1	841	78.380.770	554,73	4.780,19	66.025,53	120,29	11,3
0406010650	Implante de marca-passo de câmara dupla transvenoso	14.442	1	222	128.801.857	1.023,72	8.918,56	33.705,26	15,37	3,58
0415020077	Procedimentos sequenciais em neurocirurgia	12.570	1	227	101.645.649		8.086,37	49.788,55	49,59	9,96
0407010173	Gastroplastia com derivação intestinal	11.559	1	62	74.085.839	4.350,00	6.409,36	21.945,85	7,08	2,73
0406030049	Angioplastia coronariana primária	11.270	1	148	76.367.474	1.747,52	6.776,17	57.712,61	39,87	4,93
0303130059	Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	7.644	1	110	97.360.369	70,61	12.736,84	50.906,18	91,81	168,64
0406010692	Implante de prótese valvar	7.359	1	204	100.211.977	6.321,74	13.617,61	53.882,13	23,98	13,11
0505020092	Transplante de rim (órgão de doador falecido)	4.600	1	98	204.683.567	27.622,67	44.496,43	64.999,15	14,49	11,02
0505020050	Transplante de fígado (órgão de doador falecido)	1.855	1	55	191.167.231	68838,89	103.055,11	128.099,39	12,89	10,64

Fonte: SIH.
Elaboração dos autores.

A média dos coeficientes de variação para valores de AIH nesse grupo de 86 procedimentos foi de 138,3%, e a mediana foi de 136,7%, superiores aos coeficientes de variação de todas as internações (79,6% e 60%) previamente descritas. Apenas oito procedimentos têm coeficientes de variação inferiores a 25%, sendo três deles ligados a parto (*0310010039 – parto normal*; *0411010034 – parto cesariano*; e *0310010047 – parto normal em gestação de alto risco*), o que reforça a baixa variabilidade das remunerações para procedimentos idênticos.

Partos somam 23,0% das internações e 12,2% das despesas desse grupo prioritário e têm coeficiente de variação bem inferior à maior parte de outros procedimentos. As angioplastias aparecem em três procedimentos que poderiam ser unificados e remunerados segundo a gravidade do paciente e a intensidade do uso de recursos. Há também dados que parecem representar um erro de registro: 16.487 internações apresentam como procedimento principal a traqueostomia (código 0404010377), com média de permanência de 11,3 dias e faturamento de R$ 78,4 milhões. Tecnicamente, esse deveria ser um procedimento especial, e não principal, pois dificilmente é o motivo fundamental de uma internação.

A análise dos valores totais informados e da quantidade de internações segundo a natureza jurídica dos prestadores mostra a distribuição de internações e valores a seguir: instituições sem fins de lucro (ISFLs), com 50,2% dos valores e 41,5% das internações; instituições estaduais, com 23,5% dos valores e 24,4% das internações; instituições municipais, com 15,2% dos valores totais pagos e 25,8% das internações; instituições federais (inclusive empresas públicas e sociedades de economia mista), com 4,8% dos valores e 3,5% das internações; e entidades empresariais, com 6,2% dos valores e 4,6% das internações (anexo 2.1).[14]

Os procedimentos especiais foram responsáveis pela agregação de R$ 6,96 bilhões aos valores das AIHs. Na tabela 5 são apresentados os agrupamentos de procedimentos especiais mais relevantes, que incluíram estes dados: diárias de unidades de cuidados intensivos e intermediários, com 13 procedimentos e 44,7% do total de valores referentes a procedimentos especiais; OPMEs cardiovasculares, com 56 procedimentos e 12,5% dos valores; e diagnóstico por imagens, com 133 procedimentos e 7,9 % do total (anexo 3[15] e tabela 5).

14. A planilha intitulada *Anexo 2.1 – Comparação entre 86 internações para os procedimentos principais mais relevantes e total de internações do SUS segundo natureza jurídica do prestador (N), valores em R$ corrente e participação (%), conforme Brasil (2019)*, com a lista de todos os dados pertinentes, está disponível como documento complementar a este texto para discussão em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12094/6/TD_Tab_SUS_Anexos_Repositorio_IPEA_Revisto_14_de_agosto_de_2023.xlsx.

15. A planilha intitulada *Anexo 3 – Procedimentos especiais (Sigtap) registrados em internações do SUS segundo quantidades (N), valores (R$ corrente), grupo e subgrupos de procedimentos e natureza jurídica dos estabelecimentos informantes (Brasil, 2019)*, com a lista de todos os dados pertinentes, está disponível como documento complementar a este texto para discussão em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12094/6/TD_Tab_SUS_Anexos_Repositorio_IPEA_Revisto_14_de_agosto_de_2023.xlsx.

TABELA 5

Procedimentos especiais segundo grupo, subgrupos e agregados mais relevantes – Brasil (2019)

Grupo e subgrupo de procedimento	Federal	Estadual	Municipal	Entidades empresariais	Sem fins lucrativos	**Total**
Todos	299,0	1.845,3	785,7	566,0	3.454,9	**6.956,1**
02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica	30,7	176,9	70,7	51,5	344,9	**675,4**
0206 – Diagnóstico por tomografia	11,9	91,1	39,4	15,8	125,0	**283,7**
03 – Procedimentos clínicos	27,6	198,9	106,0	52,7	324,6	**710,6**
0302 – Fisioterapia	7,0	56,6	22,8	28,4	123,4	**238,4**
0305 – Tratamento em nefrologia	10,3	75,7	33,6	11,1	73,8	**204,5**
0309 – Terapias especializadas	6,1	27,8	16,3	7,9	70,7	**129,0**
0310 – Parto e nascimento	2,6	28,2	26,6	3,5	39,1	**100,2**
04 – Procedimentos cirúrgicos	6,7	87,2	57,0	22,9	104,0	**278,0**
05 – Transplantes de órgãos, tecidos e células	1,3	7,5	2,3	5,8	31,1	**48,0**
06 – Medicamentos	5,8	21,8	8,5	6,2	46,1	**88,5**
07 – OPMEs	81,1	275,8	55,6	157,4	958,7	**1.529,2**
070203 – OPM ortopedia	9,3	72,5	30,5	16,8	150,3	**279,6**
070204 – OPM cardiovascular	52,1	129,5	9,6	102,3	577,8	**871,4**
08 – Ações complementares da atenção à saúde	145,8	1.077,2	485,4	269,3	1.645,6	**3.626,4**
02 – Diárias de UTI	119,9	891,6	383,6	245,2	1,464,5	**3.107,2**

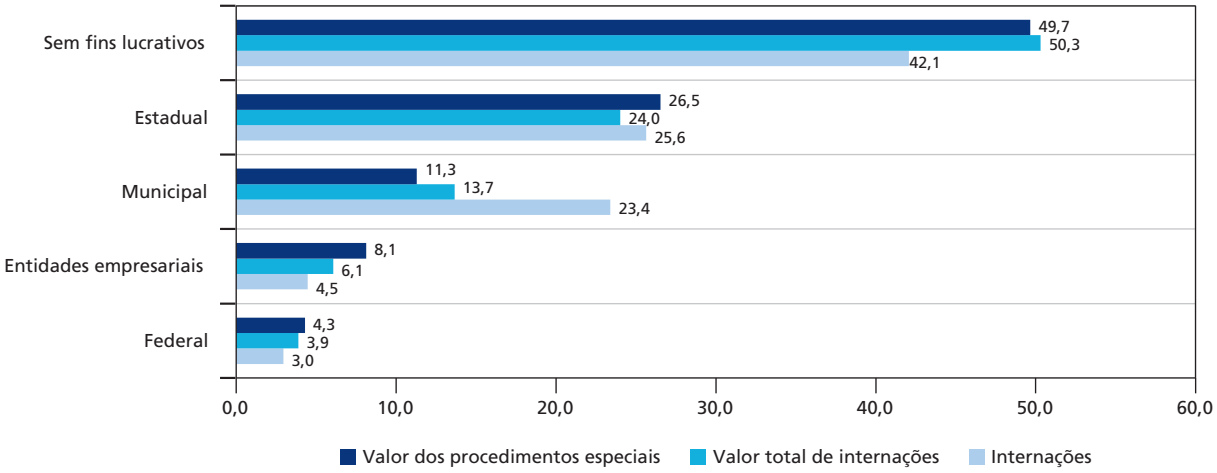
Fonte: SIH.
Elaboração dos autores.

A análise da participação dos valores de procedimentos especiais segundo a natureza jurídica mostrou a seguinte distribuição: ISFLs (49,7%); estados (26,5%); Federação (4,3%); municípios (11,3%); e entidades empresariais (8,1%). Relativamente ao total de internações realizadas e aos valores totais pagos às entidades empresariais, estas são as que mais agregam procedimentos especiais às suas AIHs, e as municipais, as que menos agregam (gráfico 2).

GRÁFICO 2

Participação de estabelecimentos segundo natureza jurídica nos valores pagos por procedimentos especiais, no valor total das internações e na quantidade de internações – Brasil (2019)

(Em %)



Fonte: SIH.
Elaboração dos autores.

Ao se analisar a participação de estabelecimentos segundo suas naturezas jurídicas no faturamento dos grandes grupos de procedimentos especiais, chama a atenção a participação das ISFLs nos procedimentos ligados a OPME, transplantes e procedimentos diagnósticos (tabela 5).

A rubrica Faec (anexo 4)[16] comportava 115 códigos para procedimentos principais, que foram registrados por uma pequena quantidade de estabelecimentos – entre 1 e 204. Treze instituições concentravam mais da metade dessas internações. Dos 115

16. A planilha intitulada *Procedimentos principais Faec de acordo com frequência, média de permanência, estabelecimentos que informam e valores totais das internações, como totais, Sigtap, médios e médios por natureza jurídica dos estabelecimentos (Brasil, 2019)*, com a lista de todos os dados pertinentes, está disponível como documento complementar a este texto para discussão em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12094/6/TD_Tab_SUS_Anexos_Repositorio_IPEA_Revisto_14_de_agosto_de_2023.xlsx.

códigos de procedimentos Faec disponíveis, as ISFLs informaram 110; as entidades empresariais 96; os estados 89; o governo federal 80; e os municípios apenas 21. Em termos de valor, as ISFLs foram as que mais realizaram procedimentos remunerados pelo Faec, e os hospitais municipais foram os que produziram menos. Os valores médios dessas AIHs foram 5,5 vezes maiores do que os da média de AIHs para todas as internações ocorridas no ano de 2019, com baixo coeficiente de variação (15,7%), o que indica relativa homogeneidade nos valores (anexo 4).[17]

Seis grandes grupos e subgrupos concentravam esses procedimentos, em que os mais relevantes foram: transplantes e afins (com 80% dos valores totais apresentados nessa modalidade de financiamento); procedimentos de cirurgia bariátrica e obesidade; cirurgia cardíaca; e implantes auditivos.

TABELA 6
Internações com financiamento Faec segundo quantidade e valor apresentado ao SUS – Brasil (2019)

Grupos/subgrupos	Número de códigos Sigtap (N)	Internações 2019	Valor total apresentado
Transplante e afins	38	81.852	R$ 743.469.651
Bariátrica/obesidade	14	14.777	R$ 83.258.332
Cirurgia cardíaca	49	3.280	R$ 61.615.099
Implantes auditivos	8	900	R$ 44.380.431
Redesignação sexual	6	95	R$ 112.357
Radiocirurgia estereotáxica	1	67	R$ 93.416
Total	**116**	**100.971**	**R$ 932.929.286**

Fontes: Sigtap e SIH.
Elaboração dos autores.

17. A planilha intitulada *Procedimentos principais Faec de acordo com frequência, média de permanência, estabelecimentos que informam e valores totais das internações, como totais, Sigtap, médios e médios por natureza jurídica dos estabelecimentos (Brasil, 2019)*, com a lista de todos os dados pertinentes, está disponível como documento complementar a este texto para discussão em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12094/6/TD_Tab_SUS_Anexos_Repositorio_IPEA_Revisto_14_de_agosto_de_2023.xlsx.

O anexo 5[18] elenca os procedimentos MAC (excluídos Faec) com valores médios na AIH acima de R$ 10 mil. Foram 85 procedimentos, quase todos (84) referentes ao *grupo 04 –procedimentos cirúrgicos*, fortemente concentrados no *subgrupo 06 – cirurgia do aparelho circulatório* (64 em 85), mas contemplando também pequeno número de outros subgrupos: *subgrupo 03 – cirurgia do sistema nervoso central e periférico* (7 em 85); *subgrupo 04 – cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço* (1 em 85); *subgrupo 07 – cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço* (1 em 85); *subgrupo 08 – cirurgia do sistema osteomuscular* (9 em 85); e *subgrupo 16 – cirurgia em oncologia* (2 em 85). O total de internações pagas nesse grupo de procedimentos com valores muito discrepantes relativamente à média das internações não Faec foi de 53.075 (0,44% de todas as internações), correspondendo a R$ 824,0 milhões (5,2% dos valores).

5 DISCUSSÃO

A Tabela SUS é uma referência para o pagamento das internações de média e alta complexidade realizadas com recursos federais. Mais do que críticas à Tabela SUS, seria preciso trabalhar a grande lacuna de informação sobre mecanismos e montantes de remuneração das internações (Santos e Servo, 2021). Fica claro que, para além de inconsistências nos valores da tabela, há grande disparidade nas remunerações de prestadores a partir das complementações com recursos próprios de estados e municípios, o que certamente resulta em iniquidades e ineficiências. Não há, no entanto, que se descartar o uso da Tabela SUS. Uma aplicação universal e equânime dos valores de uma tabela condizente com custos e complexidades dos atendimentos ao conjunto de prestadores contribuiria para aumentar a qualidade e a eficiência do sistema público.

O acompanhamento e o monitoramento dos custos são medidas centrais e vêm sendo apontados por outros pesquisadores e especialistas do SUS (Carvalho, 2014; Vieira, 2017), mas ainda não foram adequadamente implementados. É importante lembrar que exercícios de custos têm sabidas limitações e que a remuneração de serviços precisa estar alinhada aos objetivos das políticas de saúde, além de contemplar economias de escala e escopo, custos de capital e de entrada e valorização da qualidade dos atendimentos (Barber, Lorenzoni e Ong, 2019).

18. A planilha intitulada *Procedimentos principais Sigtap não Faec com valores médios de AIH > R$ 10 mil segundo quantidade, valor pago, estabelecimentos informantes, valor Sigtap e valor médio AIH (com coeficiente de variação e desvio-padrão). Valores em R$ corrente (Brasil, 2019)*, com a lista de todos os dados pertinentes, está disponível como documento complementar a este texto para discussão em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12094/6/TD_Tab_SUS_Anexos_Repositorio_IPEA_Revisto_14_de_agosto_de_2023.xlsx.

Um ponto chama atenção: menos de 5% dos procedimentos principais aplicáveis a internações constantes da Tabela SUS são mais intensivamente usados. Uma análise da tabela que vise a seu aprimoramento pode começar por esses procedimentos mais relevantes nas perspectivas do usuário, do prestador e do financiador (vide método) e pelo grupo de procedimentos mais caros.

As intervenções cirúrgicas mais registradas não ultrapassam 2% dos códigos disponíveis, o que sugere a necessidade específica de revisão desse grupo. Fica clara a possibilidade de simplificação, exemplificada pelo caso das angioplastias, presente em três procedimentos na tabela de procedimentos prioritários. Procedimentos únicos com gradações de complexidade poderiam ser criados para simplificar a tabela e aproximá-la de uma lógica de DRGs. A dinâmica remuneratória dos três tipos de AIHs (por procedimento único, por procedimentos compostos e por diária) também recomenda que eventuais reajustes sejam examinados com base nessas características específicas.

Os valores reportados no SIH correspondem a aproximadamente um quinto do total para pagamento de internações pelo SUS, conforme dados consolidados pelas Contas de Saúde SHA para o período de 2015 a 2019 (Brasil, 2022). Assim, quando se fala em rever a Tabela SUS, é importante obter a informação dos valores repassados por meio de incentivos; das remunerações dos funcionários públicos pagos diretamente pelo governo federal e pelos governos estaduais e municipais; dos valores repassados às instituições por meio de contratos globais; e dos acréscimos aos pagamentos pelos estados e pelos municípios, ou seja, de tudo o que é agregado aos valores registrados no faturamento do SUS por meio do SIH. Somente assim será possível conhecer quanto é pago aos prestadores.

Outro ponto relevante é que há grandes diferenças nas médias de pagamento de cada procedimento relacionado à internação, com grande variabilidade nas remunerações para procedimentos idênticos. Os valores dos pagamentos pelas internações (AIHs), com poucas exceções, são superiores aos dos procedimentos principais na Tabela SUS (Sigtap). Sob o aspecto da relevância financeira, em muitos casos os valores dos procedimentos especiais rivalizam com os dos procedimentos principais. Esse resultado já tinha sido observado em estudo feito para hospitais de Minas Gerais, o qual mostrou que o valor médio das AIHs para determinado agravo era diferente em tipos e quantidades de procedimentos especiais agregados, mesmo quando os hospitais possuíam perfil de morbidade e recursos tecnológicos semelhantes (Andrade, 2020).[19]

19. Outra questão refere-se às diferenças de custos por procedimentos para hospitais em comparação com o valor do procedimento principal na Tabela SUS, e não com o valor recebido, incluindo os procedimentos especiais (Alemão, Gonçalves e Ferreira, 2014). A comparação apenas com o procedimento principal gera diferenças de remuneração muito maiores. Contudo, como dito, os hospitais agregam vários procedimentos especiais, e estes devem ser considerados para analisar as remunerações das internações.

Os procedimentos especiais são bem mais difíceis de auditar devido à sua pulverização e devido ao fato de romperem com a própria ideia original da tabela, que seria a promoção de modalidade de pagamento que facilitasse a auditagem e dificultasse as fraudes. Adicionalmente, os procedimentos especiais parecem responder a demandas de segmentos específicos, como UTI, diagnóstico por imagem, transplantes, OPMEs e outros. Desse modo, apesar de haver autores que afirmam que "os procedimentos especiais agregam valores ao procedimento principal e podem estar sendo subutilizados por motivos diversos" (Kos *et al*., 2015), os resultados que consideraram as informações para o ano de 2019 mostraram que procedimentos especiais geraram grandes diferenças nos valores faturados no SIH. Substanciais amplitudes nos coeficientes de variação reforçam que os montantes faturados pelos distintos estabelecimentos, para um mesmo procedimento principal, podem variar enormemente, mesmo que não consideremos as complementações dos incentivos à Tabela SUS. Essa variação espelha uma lógica *fee-for-service*, que favorece hospitais com parque tecnológico mais complexo, ainda que possa, também, refletir a gravidade dos casos. Contudo, a diferença em gravidade clínica não está claramente expressa a partir da codificação dos procedimentos.

A grande variabilidade e a dispersão nos pagamentos entre procedimentos e entre prestadores nos levam a questionar propostas de reajuste linear da tabela, como a aplicação de um índice de preços, por exemplo, o IPCA. Reajustes lineares não resolvem problemas da aplicação da tabela e não representam solução para reduzir as distorções dos valores e do processo do faturamento do SUS. Na vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016, poderiam ainda comprometer o financiamento de outras áreas prioritárias para o sistema público sem resolver os problemas da remuneração das internações de média e alta complexidade.

Apesar de o DRG ser mencionado como possível modelo para o pagamento de prestadores que atendem pelo SUS, há poucos estudos sobre essa alternativa para o Brasil. Avaliações recentes para outros países mostram que esse sistema pode aumentar a eficiência dos hospitais, todavia há desafios relacionados às reinternações devido ao aumento das altas antecipadas (Mihailovic, Kocic e Jakovljevic, 2016; Meng *et al*., 2020). É importante compreender os riscos e os benefícios a partir de análises das experiências de outros países, o que pode ajudar a criar mecanismos que minimizem os problemas (Bredenkamp, Bales, Kahur, 2020; Mihailovic, Kocic e Jakovljevic, 2016) com base nas questões próprias do sistema de saúde brasileiro. Deve-se discutir, também, a importância de associar o DRG a informações sobre custos da atenção à saúde e resultados em saúde.

Na nossa seleção de procedimentos principais prioritários para revisão, dois terços têm em suas descrições o tratamento de doenças, o que sinalizaria um potencial uso

dos DRGs no SUS. Uma racionalização dos códigos para procedimentos cirúrgicos também poderia ser conduzida no sentido de viabilizar a adoção de lógica afim das DRGs. A princípio isso indicaria a possibilidade de, para o caso das internações, partir da Tabela SUS para a construção de grupos de referência baseados em diagnósticos. Além disso, no caso das internações, as informações individuais da AIH poderiam permitir essa adaptação por meio das características individuais dos pacientes que impactam os custos das internações, como idade, sexo e CID.[20]

O GT referente à Tabela SUS citou a possibilidade de utilizar as tabelas da saúde suplementar como referência para o SUS (Câmara dos Deputados, 2019). Nesse sentido, pode-se argumentar que a lógica de formação dos custos no setor público é diferente daquela do setor privado, em que há margem para garantir o lucro. O SUS privilegia os prestadores filantrópicos na contratação porque, por princípio, eles não visariam ao lucro,[21] o que reforça a importância de conhecer os custos da atenção à saúde (Vieira, 2017). Avançar nesse processo é fundamental para criar referências para a remuneração dos prestadores, o que, associado ao conhecimento sobre os valores totais pagos (incluindo as complementações já mencionadas por estados e municípios), permitiria identificar onde há defasagem entre custos e remunerações.[22] Dessa forma, faz sentido a recomendação do GT para que estados e municípios informem os valores pagos aos prestadores e as referências utilizadas para a realização desses pagamentos.

Com relação ao uso do IVR para ressarcimento a prestadores privados, indicado em decisões judiciais recentes, que preconiza a majoração da Tabela SUS em 1,5 vezes

20. Ainda que não tenha sido feita discussão neste texto sobre as remunerações para atendimentos ambulatoriais que tiveram como referência a Tabela SUS, pode-se afirmar de antemão que os sistemas de informação não permitiriam essa adaptação ao DRG para procedimentos ambulatoriais, visto que a maior parte das informações do SIA ainda não traz dados para atendimentos ou diagnósticos individuais.

21. O fato de não haver lucro contábil não significa que os gestores não busquem a maximização da diferença entre receitas e despesas operacionais. Isso visa gerar um superávit que possa ser, eventualmente, utilizado em fins não operacionais. Entre esses possíveis fins não operacionais, citamos a distribuição de benefícios não pecuniários aos gestores (instalações luxuosas, viagens, participação em eventos etc.), pagamentos de salários acima dos observados no mercado para determinados funcionários, entre outros. Tais itens de dispêndios não seriam custos em termos estritamente econômicos, por não estarem ligados diretamente ao processo produtivo dos prestadores de serviços. Entretanto, eles não devem ser ignorados em uma contabilidade (ou auditoria) bem-feita, que vise determinar como os recursos públicos pagos aos prestadores de serviços são gastos.

22. Assim, a lógica de remuneração pelo SUS deveria ser baseada nos custos de produção, tanto para pagar os prestadores quanto para ser ressarcido por eles. Não faz sentido usar dois pesos e duas medidas: pagar mais aos prestadores e ser ressarcido com valores menores. Contudo, também não faz sentido considerar majoração linear sobre todos os procedimentos da tabela, dadas as distorções mostradas neste texto.

(Brasil, 2014), esse mecanismo apresenta o mesmo problema de qualquer reajuste linear. As dispersões de valores recebidos pelos prestadores somente da parcela federal informada na AIH mostram que uma majoração linear, assim como o uso de um índice de preços, apenas amplificaria os problemas.

Adicionalmente, as remunerações e os incentivos não são os mesmos para hospitais públicos e instituições privadas com e sem fins de lucro. Os hospitais públicos têm parte dos seus custos garantidos por assalariamento ou contratos específicos para recursos humanos não referenciados à tabela, e parte deles têm contratos de gestão com instituições filantrópicas (organizações sociais) ou contrato por meio de fundações públicas ou serviços sociais autônomos. Os hospitais filantrópicos têm imunidades tributárias e outras isenções relacionadas ao processo de certificação de benefícios da assistência social relacionados à saúde. Além disso, têm prioridade no estabelecimento de contratos com o SUS, e alguns deles recebem recursos por contratos globais ou por meio de incentivos específicos relacionados a programas federais, estaduais ou municipais. Os hospitais privados com fins de lucro, em geral, têm remuneração baseada na tabela, mas em geral se concentram em segmentos específicos que são mais lucrativos de acordo com os valores de referência e as composições de custos.

Os diferentes modelos de remuneração têm vantagens e desvantagens, e as distorções que eles podem gerar devem ser consideradas no momento de implementação e constantemente monitoradas e avaliadas. Como dito, os pagamentos referenciados à tabela têm se aproximado do modelo de pagamento por procedimentos (*fee-for-service*), o qual deveria estimular a competição, mas pode gerar produção excessiva de procedimentos que nem sempre são os mais necessários, com estímulo à sobreutilização (Ugá, 2012; Santos e Servo, 2016) e, eventualmente, à fraude (Moreno-Serra e Wagstaff, 2009).

Contudo, na média e na alta complexidade hospitalar, parte da remuneração já vem sendo feita por contratos globais (contratos de gestão) – alguns deles com incentivos por desempenho. Assim, o resultado é uma combinação de incentivos e problemas desses vários modelos de remunerações. A revisão da tabela deve considerar essas várias combinações de modelos de remunerações para o segmento hospitalar, e não deve ser feita de forma isolada. Compreender quais segmentos da Tabela SUS têm mais relevância contribui para criar uma agenda prioritária para balizar as discussões sobre sua revisão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 Recomendações

Destaca-se o fato de que, apesar das críticas à Tabela SUS, somente a parcela de remuneração das internações organizada a partir do Sigtap permite visão clara dos critérios de remuneração. Os estados e os municípios financiam mais da metade das internações do SUS e pouco se conhece sobre os critérios de alocação desses recursos.

A partir dos resultados da análise dos pagamentos federais para as internações mediante AIH, recomendamos que não sejam utilizados, em nenhuma hipótese, reajustes lineares sobre a atual tabela, quer seja o IPCA, quer seja o IVR. Como foco imediato das revisões da tabela, recomenda-se priorizar os 86 procedimentos prioritários apontados neste estudo, que englobam mais de 70% das internações e dos recursos despendidos pelo SUS. Em um primeiro momento, essa análise deve considerar as contribuições estimadas de estados e municípios para o financiamento dos procedimentos hospitalares com o objetivo de reduzir as disparidades das remunerações para procedimentos idênticos.

Além disso, fazemos as recomendações descritas a seguir.

1) Estabelecer sistemas de informações estaduais e municipais que permitam conhecer as complementações de remuneração para os prestadores públicos e privados com e sem fins de lucro. Considerando-se a relevância da participação estadual (45%) no financiamento do total das internações, recomenda-se que o processo se inicie pelos estados e avance gradativamente para os municípios de maior porte, até alcançar todos os municípios.

2) Desenvolver sistemas de informações que permitam conhecer, de forma consolidada, os valores recebidos por prestadores a partir dos incentivos federais.

3) Avançar na implantação/melhoria dos sistemas de custos dos hospitais filantrópicos que prestam serviços ao SUS para apoiar as revisões das remunerações dos serviços prestados. Considerar efeitos de economias de escala e escopo, custos de capital e de entrada, como subsídios para o planejamento da regionalização, bem como remuneração para valorização da qualidade dos atendimentos.

4) Prosseguir nas discussões sobre os grupos de referência para diagnósticos (adaptações do DRG), como referências para remunerações de internações de

hospitais que prestam serviços para o SUS, segundo as complexidades dos casos e as diferenças regionais e sociais existentes no país.

5) Envolver os gestores estaduais e municipais, por meio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), na organização desses sistemas e nos processos de revisão da Tabela SUS, para que ela seja uma referência também para as complementações e os incentivos com recursos próprios de estados e municípios.

6.2 Agenda de pesquisa

Uma primeira perspectiva analítica a ser avançada seria explorar os dados das tabelas do trabalho com exercícios baseados em métodos quantitativos. Esses exercícios poderiam desvendar comportamentos, ou condições estruturais, de prestadores de serviços que seriam determinantes ou, no mínimo, que revelariam as correlações dos gastos totais com os procedimentos ou outras variáveis relevantes. Eventualmente, talvez seja possível revelar a existência de comportamentos, ou perfis, de prestadores de serviços que sejam mais ou menos adequados aos desígnios do SUS.

Como agenda de pesquisa complementar, indicamos a necessidade de explorar os *case mix* das internações segundo a natureza jurídica dos estabelecimentos, o que poderá lançar luz sobre procedimentos que venham recebendo complementações estaduais e municipais mais robustas e sobre procedimentos que possam exigir complementação de remuneração por parte de esferas subnacionais. Nesse sentido, recomenda-se identificar os procedimentos principais realizados por natureza jurídica, determinando as principais distorções na relação entre os recursos e a complexidade do procedimento.

Em uma terceira agenda de pesquisa para apoiar a estruturação do sistema de pagamentos em formato mais alinhado à lógica dos DRGs, sugere-se estudar, a partir de informações existentes nos atuais sistemas de informação, os procedimentos principais de acordo com a respectiva agregação de procedimentos especiais (que indicaria de forma indireta a "complexidade tecnológica" dos atendimentos e a coerência do uso de recursos entre os estabelecimentos que os realizam), incluindo análises associadas às características dos pacientes (sexo, idade, CID principal , CIDs secundários, indicativos de comorbidade).

REFERÊNCIAS

ALEMÃO, M. M.; GONÇALVES, M. A.; FERREIRA, B. P. Risco operacional no setor saúde: financiamento pelo SUS paralelo aos gastos na fundação hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 14. n. 1, p. 126-150, 2014.

AMADO, G. Pacientes renais fazem campanha por reajuste da diálise na Tabela SUS. **Metrópoles**, 24 ago. 2022. Disponível em: https://www.metropoles.com/colunas/guilherme-amado/pacientes-renais-fazem-campanha-por-reajuste-da-dialise-na-tabela-sus.

ANDRADE, I. G. B. de. **A cobrança de AIH em hospitais que integram a rede de atendimento SUS do estado de Minas Gerais**: influência dos procedimentos especiais no Valor Médio Faturado. 2020. 141 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

BARBER, S. L.; LORENZONI, L.; ONG, P. **Price setting and price regulation in health care**: lessons for advancing Universal Health Coverage. Geneva: WHO, 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Seguridade Social e Família. **Grupo de trabalho destinado a discutir a Tabela SUS**: relatório final. Coordenador: deputado dr. Luiz Antonio Teixeira Jr. Relatora: deputada Silvia Cristina. 2019. Disponível em : https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/arquivos/relatorio-final-do-gt-da-tabela-sus.

BRASIL. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 maio 1993.

BRASIL. Portaria nº 321, de 8 de fevereiro de 2007. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 dez. 2007.

BRASIL. Resolução Normativa nº 251, de 19 de abril de 2011. Altera a Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 mar. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0251_19_04_2011.html.

BRASIL. Resolução Normativa nº 367, de 18 de dezembro de 2014. Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR. **Diário Oficial da União**,

Brasília, 19 dez 2014. Disponível em: https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/229247-indice-de-valoracao-do-ressarcimento-ivr.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da AIH**. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Seguridade Social e Família. **GT Tabela SUS**: **Grupo de Trabalho destinado a discutir a Tabela SUS** – relatório final. Brasília: Câmara dos Deputados, nov. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional**: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília: Ipea, 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11014/4/Contas_de_saude.pdf; https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11014.

BREDENKAMP, C.; BALES, S.; KAHUR, K. (Ed.) **Transition to Diagnosis-Related Group (DRG) payments for health**: lessons from case studies. Washington: World Bank, 2020.

CARVALHO G. Reflexão sobre a existência da Tabela SUS. **CosemsPB**, 5 abr. 2014. Disponível em: https://cosemspb.org/reflexao-sobre-a-existencia-da-tabela-sus/. Acesso em: 30 jan. 2023.

COLLUCI, C. Pacientes oncológicos organizam manifestação por revisão da Tabela SUS. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 ago. 2022. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/08/pacientes-oncologicos-organizam-manifestacao-por-revisao-da-tabela-sus.shtml.

CRUZ, E. P. Hospital A.C.Camargo deixa de atender pacientes do SUS. **EBC**, São Paulo, 15 ago. 2022. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-08/sao-paulo-hospital-accamargo-deixa-de-atender-pacientes-do-sus. Acesso em: 14 nov 2022.

DOTSON P. CPT® Codes: what are they, why are they necessary, and how are they developed? **Advances in Wound Care**, v. 2, n. 10, p. 583-587, Dec. 2013.

GELIJNS A. C. (Ed.). **Technological innovation**: comparing development of drugs, devices, and procedures in medicine. Washington: National Academies Press, 1989. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222716/.

GOES, S. STF fixa regras para pagamento de serviço hospitalar imposto pela Justiça. **Conjur**, 30 set. 2021. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2021-set-30/stf-fixa-regra-pagamento-servico-hospitalar-ordem-judicial. Acesso em: 14 nov. 2022.

HONORÁRIOS na Tabela SUS: valores pagos têm perdas de até 1.300%. **CFM**, 11 jun. 2015. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/noticias/honorarios-na-tabela-sus-valores-pagos-tem-perdas-de-ate-1-300/.

KOS, S. R. *et al*. Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: é possível cobrir os custos com o repasse do SUS? *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 22., 2015, Foz do Iguaçu, Paraná. Foz do Iguaçu: ABC, 2015. Disponível em: https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4026.

LOURENÇO, B. CAE aprova revisão anual de tabela do SUS. **Senado Federal**, 8 nov. 2022. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2022/11/08/cae-aprova-revisao-anual-de-tabela-do-sus.

MÉDICI, A. C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-115, abr.-jun. 1992.

MENG, Z. *et al*. The effects of DRGs-based payment compared with cost-based payment on inpatient healthcare utilization: a systematic review and meta-analysis. **Health Policy**, v. 124, n. 4, p. 359-367, Apr. 2020.

MIHAILOVIC, N.; KOCIC, S.; JAKOVLJEVIC, M. Review of diagnosis-related group-based financing of hospital care. **Health Services Research and Managerial Epidemiology**, v. 3, May 2016.

MORENO-SERRA, R; WAGSTAFF, A. **System-wide impacts of hospital payment reforms**: evidence from central and eastern Europe and central Asia. Washington: World Bank, July 2009. (Policy Research Working Paper, n. 4987).

PAREDES-FERNÁNDEZ, D. *et al*. Caracterización y análisis de los elementos básicos de los mecanismos de pago en salud y tipologías más frecuentes. **Medwave**, v. 20, n 9. 2020.

PEREIRA, W. Com dívidas de R$ 50 milhões, Santa Casa de Campo Mourão corre risco de fechar maternidade. **Tribuna do Interior**, 20 abr. 2022. Disponível em: https://www.tribunadointerior.com.br/campo-mourao/com-dividas-de-r-50-milhoes-santa-casa-de-campo-mourao-corre-risco-de-fechar-maternidade/. Acesso em: 20 abr. 2022.

ROBERTS, R. R. *et al*. Distribution of variable vs fixed costs of hospital care. **Jama**, v. 281, n. 7, p. 644-649, Feb. 1999.

SANTOS, M. A. B. dos; SERVO, L. M. S. A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Org.). **Sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ABrES, 2016. p. 205-246.

TEIXEIRA, M. A. **Remuneração dos hospitais da rede de urgência e emergência em Minas Gerais**: repasses de recursos públicos e reflexos nos atendimentos para o SUS entre 2008 e 2018. 2020. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde-a experiência internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3437-3445, 2012.

VIEIRA, F. S. **Produção de informação de custos para a tomada de decisão no Sistema único de saúde**: uma questão para a política pública. Rio de Janeiro: Ipea, jun. 2017. (Texto para Discussão, n. 2314).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ALEXANDER, S; CONNER, T.; SLAUGHTER, T. Overview of inpatient coding. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 60, n. 6, p. 11-14, Nov. 2003.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota técnica nº 2635**: esclarecimentos sobre Tunep e IVR. Rio de Janeiro: ANS, jul. 2011.

SANTOS, M. A. B. dos; SERVO, L. M. S. **Contratualização e remuneração de serviços de saúde no SUS**: situação atual e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz, jun. 2021. (Textos para Discussão, n. 66).

SANTOS, I. S.; SANTOS, M. A. B. dos; BORGES, D. da C. L. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. *In*: FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 4, p. 73-132.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação
Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação
Rafael Augusto Ferreira Cardoso
Samuel Elias de Souza

Supervisão
Ana Clara Escórcio Xavier
Everson da Silva Moura

Revisão
Alice Souza Lopes
Amanda Ramos Marques Honorio
Barbara de Castro
Brena Rolim Peixoto da Silva
Cayo César Freire Feliciano
Cláudio Passos de Oliveira
Clícia Silveira Rodrigues
Olavo Mesquita de Carvalho
Regina Marta de Aguiar
Reginaldo da Silva Domingos
Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

Editoração
Anderson Silva Reis
Augusto Lopes dos Santos Borges
Cristiano Ferreira de Araújo
Daniel Alves Tavares
Danielle de Oliveira Ayres
Leonardo Hideki Higa
Natália de Oliveira Ayres

Capa
Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico
Aline Cristine Torres da Silva Martins

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Ipea – Brasília
Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C
Centro Empresarial Brasília 50, Torre B
CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

Logotipo/slogan de governo removido em observancia ao disposto no art. 40 da Lei n 9.504/1997

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ISSN 1415-4765

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada