

Artigo especial

Consequências da crise 2013 – 2016 em serviços na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Consequences of the 2013 – 2016 crisis in services at Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Olímpio J. Nogueira V. Bittar¹, José Dínio Vaz Mendes¹, Vera Osiano¹, Renato Ribeiro Nogueira Ferraz¹¹

¹Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo; ¹¹Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Universidade de Mogi das Cruzes. São Paulo, Brasil.

RESUMO

No período compreendido entre os anos de 2013 e 2016, a crise política e econômica desencadeada pelos problemas fiscais nos governos federal, estaduais e municipais refletiu com profundidade em todos os setores da economia e também na assistência à saúde no País. A redução do financiamento teve reflexos no número de internações, na produção ambulatorial e possivelmente reduziu o acesso aos serviços de saúde. Com a perda de empregos, o número de pessoas cobertas pelos planos de saúde diminuiu, procurando assistência no Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa visa conhecer a profundidade com que foram afetadas as unidades de saúde próprias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) no período. Comparação com indicadores econômicos que reflitam a evolução da inflação geral, da inflação na saúde, da moeda americana e dos reajustes salariais aos funcionários regidos pela CLT serão motivo de comparação com indicadores de produção e orçamentários da SES-SP. Os dados foram coletados dos sistemas de saúde disponíveis no SUS e na SES-SP.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde. Crise. Sistema de Saúde. Financiamento. Hospital.

ABSTRACT

During the period between 2013-2016, the political and economic crisis carried by fiscal problems on federal, state and local governments deeply reflected in all economic sectors as well as in health services. The reduction of finance caused diminishing of out patient, in patient and complementary texts and possibly reducing the access to health services. Loss of jobs make the number of people covered by health plans diminish looking for health assistance in the public services, in the Unified Health System - SUS. The research aims to know the deepness that affected the units of the Health Secretary of São Paulo State (SES-SP) during that period. To compare economic indicators that shows the general inflation, the health inflation, the US\$ dolar, the annual increase income give to employees that follow CLT will be compared with production and budget indicators from SES-SP. The data will be collected from information systems belonging to SES-SP and SUS.

KEYWORDS: Management in Health. Crisis. Health System. Finance. Hospital.

INTRODUÇÃO

As ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) são financiadas pela União, Estados e Municípios, sendo fixados em percentuais da arrecadação fiscal e tributária de cada instância de Governo. A intermediação destes recursos é realizada pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde. A queda da arrecadação no decorrer da crise econômica pode acarretar a diminuição dos recursos financeiros para as unidades de saúde, públicas e privadas, conveniadas com o SUS, refletindo na quantidade e qualidade da assistência, bem como da pesquisa e da educação em saúde e na esfera estatal (administração direta e autarquias) gerar dificuldades para contratação de recursos humanos, dada a legislação que estabelece limites de gastos com pessoal (responsabilidade fiscal). Outra consequência da crise é o desemprego levando à diminuição da população coberta

por planos de saúde (seguro saúde, medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão e planos de saúde das entidades filantrópicas), ampliando a demanda por programas e serviços de saúde no SUS.¹

Vieira,¹ no ano de 2016, realizou um excelente levantamento bibliográfico das consequências das crises econômicas na saúde da população e nas unidades de saúde e informa que a literatura internacional é vasta sobre os efeitos das referidas crises (recessão, depressão) para a saúde, inclusive aumentando distúrbios de doenças mentais, e também no aumento de necessidades médicas não atendidas, que podem ser agravadas por políticas de resgate financeiro.

Giovanella e Stegmüller² comentam sobre reformas resultantes da crise econômica iniciada em 2008 em alguns países europeus

com sistemas nacionais de saúde e apontam que “em face da crise, os países europeus, em geral, não realizaram mudanças importantes no pacote de benefícios legalmente coberto e reduções na cobertura populacional, em geral, foram marginais. Porém, ocorreu estagnação ou redução dos gastos públicos em saúde que, se persistir, em médio prazo pode ter consequências deletérias para a universalidade”.

Paiva, Mesquita, Jaccoud e Passos³ afirmam que o Brasil vinha experimentando uma sensível melhora do acesso aos serviços de saúde, porém períodos de crise podem ocasionar o aumento desproporcional nos gastos com saúde tendendo a pauperizar as famílias (devido a elevados gastos com medicamentos, alimentação especial, recursos de suporte e, ainda, em certos casos, a dificuldades de acesso a exames e diagnósticos ou a especialistas), tudo isto sobrecarregando os serviços públicos de saúde.

Nestas circunstâncias, existe a possibilidade do aumento nas filas de espera, de macas em corredores das unidades de emergências dos grandes hospitais, más condições de trabalho, com repercussões humanitárias, políticas, administrativas e judiciais de grande repercussão emocional tanto para a população dependente dos cuidados como para profissionais de saúde e dirigentes das unidades.^{4,5}

No período de 2013 a abril de 2017, o desenvolvimento de prolongada crise e uma das maiores recessões econômicas brasileiras, mostra leves sinais de recuperação econômica ao final deste período, porém com previsões ainda incipientes de alívio para o setor público que permanece muito endividado, traz sérias preocupações para o atendimento de saúde da população.⁵

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) se distingue das outras do país, pois além de exercer a gestão do SUS, coordenar as políticas e programas de saúde do sistema, participar da assistência farmacêutica, produção de insumos farmacêuticos, de vacinas e soros e de hemoderivados, realizar suas tradicionais atividades de saúde pública (vigilância epidemiológica e sanitária) e conveniar parceiros (principalmente filantrópicos) para complementar a assistência à saúde, também se caracteriza pela forte participação direta na provisão de ações de atenção em saúde utilizando-se de unidades próprias, porém com diferentes modalidades administrativas.⁵

Esta provisão se dá por intermédio de ambulatórios, hospitais gerais e especializados, utilização de telessaúde (teleeletrocardiografia, centrais de diagnóstico por imagem, tele oftalmologia), entre outros serviços assistenciais.⁵

A rede dos hospitais estaduais próprios da SES/SP é de grande importância para a garantia da universalidade e integralidade da assistência do SUS/SP: as internações estaduais correspondem a 36% do total de internações SUS e as cirurgias estaduais totalizam 38% do total de cirurgias do sistema, em geral as mais complexas. Por outro lado, os custos do atendimento hospitalar são parte muito importante do orçamento total da saúde, seja no setor público ou no privado: segundo Reis (2018), na rede de saúde suplementar do Brasil, os gastos por item de despesa, indicam que a parcela com maior crescimento até 2030 será de internações, que passará de 57,1% (em 2017) do total para 59,3% (em 2030).⁵

A proposta é descrever e estudar esta situação temporária, verificando as consequências e as

oportunidades surgidas na gestão de operações das unidades de saúde hospitalares da SES/SP, principalmente focando as diferentes formas administrativas dos serviços de saúde: administração direta que se subdivide em hospitais administrados diretamente pelo poder público (AD) e Organizações Sociais de Saúde (OSS) hospitais públicos administrados por entidades filantrópicas controladas pelo poder público e administração indireta representada pelos hospitais universitários autárquicos (A).⁵

Contudo, não se pretende neste estudo comparar a eficiência entre os hospitais das formas administrativas apontadas acima, pois as três formas dispõem de unidades hospitalares bastante diversas em complexidade, perfil da clientela e dimensões, e o assunto já foi tema de estudos anteriores.⁵ Antes, procura-se verificar se a crise impactou mais algumas destas formas, em relação às demais, e se esse fato pode ser relacionado com os mecanismos administrativos disponíveis em cada modelo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, focando o período da crise de 2013 a 2016, que foi alargado incluindo três anos anteriores (para verificar o comportamento produtivo e de financiamento das unidades antes da referida crise), selecionando, portanto, os anos de 2010 a 2016, realizado nas unidades hospitalares da administração direta, indireta e contratualizada da SES-SP.

A AD contempla dois grupos, o primeiro são 42 hospitais ligados à Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), sendo 18 hospitais gerais, 4 maternidades, 5 especializados, 15

de longa permanência. Um dos hospitais da AD possui Fundação de Apoio (Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia).

O segundo são os serviços hospitalares estaduais sob gestão das OSS, vinculados à Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS). Estes serviços eram 34 em 2010, foram criados mais quatro hospitais ao longo dos anos e um dos serviços foi fechado, terminando com 37 hospitais, sendo 31 hospitais gerais, três especializados, duas maternidades, um penitenciário.

Quatro autarquias da SES/SP são responsáveis por seis hospitais: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de São Paulo (HCFMUSP), sendo que os dados desta autarquia incluem também a produção do Instituto do Coração – Incor e do Instituto do Câncer (Icesp); Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP); Hospital das Clínicas de Botucatu (HCBotucatu), que se transformou em autarquia em 2011, e de Marília (HCMarília), que se tornou autarquia em 2016, todos com fundações privadas de apoio à gestão. No caso destes dois últimos hospitais, suas produções anteriores à transformação em autarquia da SES/SP, foram acrescentadas desde 2010.

Os indicadores do período serão coletados dos dados secundários constantes do Sistema de Informações do SUS (DataSUS), no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Sistema Informação Ambulatorial (SIA), levantados pela Coordenadoria de Planejamento de Saúde da SES-SP, Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) do Gabinete do Secretário, informações orçamentárias da Coordenadoria

de Gestão Orçamentária e Financeira da SES-SP e informações prestadas diretamente pela direção das unidades envolvidas.

Indicadores divulgados por entidades financeiras, do mercado, fornecerão as variações dos índices de inflação e moeda, no caso o dolar, no período.

Os indicadores serão: leitos operacionais, AIH produzidas, atendimento ambulatorial, atendimento de emergência, porcentagem de ocupação, média de permanência, cirurgias, partos, despesas realizadas pela SES no período, despesas com os grupos hospitalares, demonstrando variação dos valores de financiamento, especificando valores relativos a pessoal, insumos, investimentos e o gasto per capita, estadual.

RESULTADOS

Os resultados estão demonstrados em 16 tabelas cujas fontes estão discriminadas no método utilizado.

Os leitos estaduais representam um terço do total de leitos disponíveis ao SUS/SP, frequentemente de referência regional e mais complexos que os municipais. No período estudado, conforme tabela 1, ocorreu uma queda de 2% no número de leitos totais da SES/SP, sendo que a queda mais significativa foi na AD. As OSS tiveram aumento de leitos de 9%, enquanto manteve-se praticamente inalterado nas A.

Esta queda na AD não representa diminuição do espaço físico de leitos, propriamente dito, mas sim a redução dos leitos ativados das unidades, provavelmente relacionada com dificuldades operacionais relativas à contratação de pessoal ocorrida no período (em especial de médicos), a falta de autonomia para aquisição de insumos e contratação de terceiros e serviços, dificultando as operações administrativas e técnicas.

Mendes & Bittar (2017) descreveram esta situação prevalente na área de recursos humanos da AD e das A, levantando inclusive que no período de 2014 a 2016 de 48 concursos públicos realizados pela SES/SP para admissão de médicos, 26 não tiveram comparecimento de candidatos (deram deserto) e 22 não foram homologados porque os candidatos selecionados não se interessaram em assumir os respectivos cargos.

Em contrapartida, o aumento de leitos de terapia intensiva, tabela 2, foi expressivo em todas as modalidades jurídicas de administração, 7,0% na AD, 27,2% na OSS e 12,6% na A, podendo se aventar a hipótese de que houve uma preocupação da administração estadual em manter o atendimento para os casos de maior gravidade, que encontravam dificuldade de encontrar vagas na rede SUS-SP, que inclui hospitais filantrópicos e municipais que também sofreram os efeitos da crise.

Tabela 1. Leitos Totais dos grupos hospitalares da SES, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	8.700	8.435	8.367	8.470	8.488	8.100	7.733	-11,1
Organizações sociais	6.520	6.905	6.834	6.925	7.027	7.025	7.098	8,9
Autarquias	4.302	4.122	4.243	4.330	4.346	4.344	4.296	-0,1
total	19.522	19.462	19.444	19.725	19.861	19.469	19.127	-2,0

Fonte: CNES/MS

Tabela 2. Leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI dos grupos hospitalares da SES, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	501	522	531	538	546	538	535	6,8
Organizações sociais	589	656	706	733	727	727	749	27,2
Autarquias	556	597	633	633	633	626	626	12,6
Total	1.646	1.775	1.870	1.904	1.906	1.891	1.910	16,0

Fonte: CNES/MS

Tabela 3. Percentual (%) de Leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI dos grupos hospitalares da SES, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	5,8	6,2	6,3	6,4	6,4	6,6	6,9	20,1
Organizações sociais	9,0	9,5	10,3	10,6	10,3	10,3	10,6	16,8
Autarquias	12,9	14,5	14,9	14,6	14,6	14,4	14,6	12,7
Total	8,4	9,1	9,6	9,7	9,6	9,7	10,0	18,4

Fonte: CNES/MS

A participação dos leitos de terapia intensiva, tabela 3, em relação aos leitos gerais dos hospitais visualizados na tabela 3 demonstra o esperado, que nos hospitais universitários a participação é maior, uma vez que estes hospitais se destinam a atender casos mais complicados, complexos, de maior risco de morte ou sequelas. Também se observa que no conjunto de hospitais das OSS existe maior complexidade que nos da AD, embora estes últimos tenham tido maior crescimento deste percentual.

A tabela 4 traz o volume total de atendimentos ambulatoriais, demonstrando queda de 5,1% no total dos serviços estaduais, devido unicamente aos serviços da AD (redução de 27,4%), pois nos outros dois grupos houve aumento de 7,7% nas

OSS e 8,9% nas A. Na AD, pela falta de autonomia, principalmente na contratação de recursos humanos, o prazo entre a abertura de concurso público e a admissão do funcionário leva 134 dias, se todo processo correr bem; a compra de insumo ou bem, apesar de atualmente ser realizado em grande parte na modalidade pregão, do momento do disparo da solicitação de compra até a entrega do produto na unidade pode levar em torno de 45 a 60 dias. Os hospitais da AD perderam, entre dezembro de 2014 e junho de 2018, 4.622 funcionários, de um total de 37.629, nas autarquias houve uma queda de 2.099 dos 26.432 funcionários, enquanto nas OSS houve acréscimo de 609 funcionários, mas com o aumento do número de leitos já citados na Tabela 1.

Tabela 4. Consultas ambulatoriais (médicas) produzidas pelos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	2.224.096	1.954.219	1.714.331	1.698.996	1.752.865	1.734.333	1.613.669	-27,4
Organizações sociais	1.514.165	1.568.072	1.513.811	1.448.677	1.565.338	1.561.715	1.630.495	7,7
Autarquias	2.186.238	2.342.079	2.321.853	2.239.842	2.280.893	2.376.857	2.379.945	8,9
Total	5.924.499	5.864.370	5.549.995	5.387.515	5.599.096	5.672.905	5.624.109	-5,1

Fonte: SIA/SUS/MS

Tabela 5. Consultas médicas de urgência produzidas pelos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	2.266.464	2.218.239	1.632.765	1.541.734	1.561.525	1.836.861	1.969.622	-13,1
Organizações sociais	1.893.708	1.963.362	1.921.950	1.905.461	1.919.914	1.900.597	1.719.780	-9,2
Autarquias	443.702	621.626	557.110	478.017	498.352	518.921	499.944	12,7
Total	4.603.874	4.803.227	4.111.825	3.925.212	3.979.791	4.256.379	4.189.346	-9,0

Fonte: SIA/SUS/MS.

As consultas médicas de urgência, tabela 5, tiveram queda de 9,0% no total dos serviços hospitalares da SES/SP, porém, houve aumento nas autarquias, expressivo, de 12,7%. A queda na AD se deveu em parte pela perda de profissionais conforme já citado. Nas OSS, parte da queda pode ser explicada pela regulação da porta de entrada das emergências de algumas das unidades, que deixaram de ser portas abertas, ou seja, a demanda de emergência passou a ser regulada pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), órgão estadual responsável pela regulação e, portanto, os casos referenciados passaram a ser mais complexos.

As AIH produzidas, tabela 6, tiveram aumento de 8,0% no período, sendo que houve queda de 12,3% somente na AD, o que deve ter ocorrido pelos motivos citados acima.

O aumento das internações ocorre justamente nas unidades que possuem autonomia como as OSS e nas A que contam com Fundações de Apoio que permitem ações mais ágeis na contratação de profissionais,

aquisição de insumos, manutenção de edificações e equipamentos em situações de emergência, dispondo mais autonomia administrativa.

Este indicador de produtividade, também conhecido como rotatividade de leitos (giro), constante da tabela 7, é francamente favorável às OSS em termos absolutos, pode ser explicado por motivos distintos: as OSS são orientadas por contrato de gestão, no qual metas são estipuladas e devem ser cumpridas; além disso possuem autonomia administrativa que facilita a contratação/reposição de pessoal, como na aquisição de insumos e bens, colaborando para que consigam melhor efetividade e eficiência. Por outro lado, tanto a AD como a A tem sérias limitações nestes quesitos e não possuem contratos que garantam recursos por produtividade, explicando, os orçamentos públicos destas unidades não guardam relação com indicadores de qualidade e quantidade. Apesar disto, observa-se melhora ao longo dos anos no indicador das A (que possuem mais autonomia, valendo-se das fundações de apoio).

Tabela 6. Autorizações de Internação Hospitalar – AIH produzidas pelos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	240.134	239.922	219.410	210.885	210.010	212.337	210.501	-12,3
Organizações sociais	340.471	345.655	342.716	338.518	365.502	375.674	407.470	19,7
Autarquias	141.563	147.570	156.529	158.582	162.878	163.187	162.276	14,6
Total	722.168	733.147	718.655	707.985	738.390	751.198	780.247	8,0

Fonte: SIH/SUS/MS.

Tabela 7. Relação de AIH por leito produzida pelos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	27,6	28,4	26,2	24,9	24,7	26,2	27,2	-1,4
Organizações sociais	52,2	50,1	50,1	48,9	52,0	53,5	57,4	9,9
Autarquias	32,9	35,8	36,9	36,6	37,5	37,6	37,8	14,8
Total	37,0	37,7	37,0	35,9	37,2	38,6	40,8	10,3

Fonte: SIH/SUS e CNES/MS.

Tabela 8. Média de Permanência dos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	8,5	8,2	8,5	8,7	8,6	8,5	8,3	-2,4
Organizações sociais	4,9	5,1	5,2	5,2	5,1	5,0	4,7	-3,7
Autarquias	7,6	7,4	7,0	7,0	6,9	6,9	6,8	-10,6
Total	6,6	6,6	6,6	6,7	6,5	6,4	6,1	-7,7

Fonte: SIH/SUS e CNES/MS.

Percebe-se, pelos valores constantes da tabela 8, que houve melhora na média de permanência nos três grupos, maior nas A, embora as OSS apresentem melhores resultados, chegando a valores próximos do esperado em hospitais gerais. Na AD devem ser levados em conta os hospitais psiquiátricos e os de longa permanência que apresentam valores maiores que outras especialidades. Dados do CDC (2018a) demonstram a queda nos hospitais de todos os portes nos Estados Unidos. Possivelmente, nas A, a gravidade dos casos, a dedicação à pesquisa e ao ensino favoreçam aumento na média de permanência, merecendo estes fatos estudos mais aprofundados. As dificuldades com autonomia da AD e A podem também contribuir com o aumento da média de permanência. De qualquer forma, pode-se aventar que a pressão por internações no SUS/SP durante o período de crise pela diminuição da oferta de internações na rede privada como

um todo, faz com que estas unidades efetivamente reduzam o tempo de permanência aumentando o número de internações.

Em relação à taxa de ocupação, tabela 9, pode-se afirmar que poderia ser aumentada nos três grupos, haja vista que o valor preconizado como ideal, de 85,0%, é o recomendado, para melhorar a eficiência das unidades, deixando-se 15,0% para emergências, manutenção física e higienização. Entretanto, revendo estatísticas hospitalares dos Estados Unidos, publicadas pelo CDC (2018b) verifica-se uma queda em hospitais de todos os portes. O valor mais baixo deste indicador é verificado nas unidades da AD, que tem maior dificuldade na ativação plena dos leitos pelos motivos anteriormente elencados. Nota-se que o ano de 2013 é aquele com a menor taxa de ocupação na AD, reflexo das dificuldades na contratação de pessoal, posteriormente em recuperação por terceirização de equipes médicas.

Tabela 9. Taxa de Ocupação dos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	64,1	64,2	61,3	59,2	58,3	60,8	61,7	-3,7
Organizações sociais	70,4	69,5	71,5	70,0	72,8	73,7	74,5	5,9
Autarquias	68,2	72,4	71,0	70,4	71,1	70,6	70,0	2,6
Total	67,1	67,8	67,0	65,4	66,2	67,6	68,3	1,8

Fonte: SIH/SUS e CNES/MS.

A taxa de ocupação nos 600 hospitais conveniados ao SUS-SP encontra-se na faixa de 60,0% a 65,0% e, nos hospitais com menos de 50 leitos, não passa de 34,0%, números estes que demonstram a necessidade de elaboração de Política Hospitalar para o Estado que permita usar melhor este equipamento de manutenção cara.

As cirurgias, tabela 10, tiveram aumento expressivo, nestes anos, sendo que as OSS apresentaram o dobro da média dos 3 grupos. Isto fala a favor da atenção a pacientes mais graves, conforme citado anteriormente. Somente se verificou redução na AD, embora se observe que o pior ano foi 2013 (pelas dificuldades em recursos humanos, já citadas) que se recupera parcialmente até 2016 pela contratação de equipes médicas terceirizadas.

O número de partos, tabela 11, também aumentou, com maior representatividade nas A

e nas OSS, porém com queda na AD, também com pior ano em 2013, pelos motivos já elencados, com recuperação lenta a partir deste ano.

Na tabela 12, demonstrando o orçamento global da SES-SP, observa-se que apesar da crise econômica e política do período, houve aumento tanto nas despesas com pessoal como no custeio e redução no investimento e em outras despesas da SES/SP. Esta redução no investimento certamente traz reflexos na assistência, pela falta de renovação do parque tecnológico que poderá representar maior gasto com manutenção de equipamentos, aumento da média de permanência por atrasos em procedimentos, por falhas em equipamentos, entre outras consequências.

É preciso ressaltar que no ESP 74,0% do orçamento provém de recursos do tesouro do Estado, 22,0% do Fundo Estadual de Saúde (Fundes), que são recursos provenientes do nível federal do SUS e 4,0% de outras fontes.⁶

Tabela 10. Cirurgias Hospitalares dos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	82.176	83.167	75.615	72.836	74.292	74.685	74.245	-9,7
Organizações sociais	160.880	162.452	158.907	157.397	172.758	174.415	197.596	22,8
Autarquias	66.869	66.781	71.431	73.795	75.129	74.101	72.530	8,5
Total	309.925	312.400	305.953	304.028	322.179	323.201	344.371	11,1

Fonte: SIH/SUS/MS.

Tabela 11. Partos totais dos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	41.239	42.190	35.668	31.839	32.095	34.310	36.351	-11,9
Organizações sociais	53.322	52.636	52.202	53.620	62.045	64.085	63.442	19,0
Autarquias	5.404	6.048	6.496	6.309	6.482	6.663	6.821	26,2
Total	99.965	100.874	94.366	91.768	100.622	105.058	106.614	6,7

Fonte: SIH/SUS/MS

Tabela 12. Despesas totais de pessoal, custeio e investimento na SES/SP: Administração direta/indireta, período de 2010 a 2016 (valores liquidados em mil reais)

Despesas/ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Pessoal	3.378.215.905	3.471.294.137	3.853.582.931	4.998.180.322	5.742.096.362	6.350.939.304	6.109.916.657	80,9
Custeio	8.963.873.704	10.194.083.718	10.568.918.296	11.901.940.492	12.834.331.928	13.861.014.217	14.444.050.023	61,1
Investimento	552.899.321	526.248.289	641.513.678	747.637.351	705.239.845	410.042.703	510.412.868	-7,7
Outros*	167.540.371	890.004	1.390.000	45.509.600	37.279.022	-	10.400.274	-93,8
Total	13.062.529.301	14.192.516.148	15.065.404.905	17.693.267.765	19.318.947.156	20.621.996.225	21.074.779.822	61,3
Per capita	307,4	330,9	348,1	405,2	438,7	464,5	470,9	53,2

População Estado – estimativa IBGE. – *Outros (Juros e Encargos, Inversões Financeiras, Amortização de Dívida)
Fonte: SIGEO/SES-SP.

Tabela 13. Despesas totais de pessoal, custeio e investimento nos hospitais segundo grupos hospitalares da SES-SP, período de 2010 a 2016 (valores liquidados em mil reais)

Despesas/Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/13
Administração direta	1.938.584.151,47	2.330.516.726,20	2.286.548.660,94	2.479.218.698,59	2.799.243.822,10	2.990.437.663,95	2.830.461.612,59	46,01
Organizações sociais	2.423.573.451,62	3.280.117.224,48	3.614.675.779,69	4.078.864.652,34	4.507.738.260,90	4.666.379.693,63	5.046.045.874,53	108,21
Autarquias	1.477.330.129,03	1.602.623.916,11	1.751.566.963,66	2.123.178.209,93	2.468.474.764,67	2.690.511.614,07	2.540.022.332,51	71,93
Total	5.839.487.732,12	7.213.257.866,79	7.652.791.404,29	8.681.261.560,86	9.775.456.847,67	10.347.328.971,65	10.416.529.819,63	78,38
% Despesa Hospital/SES	44,7	50,8	50,8	49,1	50,6	50,2	49,4	

Fonte: SIGEO/SES-SP.

Tabela 14. Relação Gasto total/AIH (R\$) por grupos hospitalares da SES, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	8.072,93	9.713,64	10.421,35	11.756,26	13.329,10	14.083,45	13.446,31	66,6
Organizações sociais	7.118,30	9.489,57	10.547,15	12.049,18	12.333,01	12.421,35	12.383,85	74,0
Autarquias	10.435,85	10.860,09	11.190,05	13.388,52	15.155,36	16.487,29	15.652,48	50,0
Total	8.086,05	9.838,76	10.648,77	12.261,93	13.238,88	13.774,44	13.350,30	65,1

Fonte: SIGEO/SES/SP.

O aumento de 80,9% na rubrica pessoal certamente se deu devido ao crescimento vegetativo da folha de pagamento (quinquênios, sexta parte, licença prêmio em pecúnia, ações judiciais, absorção de novas unidades de saúde na estrutura da SES), criação da carreira do médico, acréscimos de plantões médicos. A diminuição de funcionários (aposentadorias, óbitos e demissões) não foi acompanhada de reposição. Os reajustes salariais neste período 2010-16 foram em média de 18,6% para os funcionários administrativos e 7,0% para os profissionais de saúde.

Na tabela 13 consta o aumento das despesas em todas as unidades. A discrepância no percentual de aumento do período para as OSS e os demais, ocorreram em parte, porque seus funcionários são regidos pela CLT, existindo obrigatoriedade de aumento em torno de 56,7% nos salários. A outra parte do aumento nas OSS, se deve à implantação de novas unidades hospitalares, o que seguramente se refletiu nos valores de custeio.

Os hospitais da SES-SP consomem em torno de 50,0% dos recursos financeiros de toda a secretaria, apesar da diversidade de atividades exercidas pela Pasta que envolvem fábrica de medicamentos, fábrica de vacinas, ambulatórios de especialidades, serviço de resgate e programas de apoio aos municípios, vigilância à saúde, laboratórios de saúde pública, pesquisa, ensino (universidades públicas e privadas) e toda a estrutura burocrática de controle da SES/SP (funcionários e cargos).

Embora as internações não se constituam na única atividade dos hospitais, que também possuem produção ambulatorial, seu custo

é a principal parte dos gastos hospitalares. Assim, utilizou-se a relação entre o gasto total dos hospitais e a produção de internações (AIH) como um *proxy* do custo da internação.

Apesar da crise no período 2013-16 houve, de acordo com a tabela 14, aumento da relação gasto total/AIH para todos os grupos, indicando encarecimento do valor das internações, que pode ter ocorrido pela variação dos preços dos produtos médicos, acompanhando os indicadores inflacionários apontados na tabela 16, pela maior complexidade dos casos e pelo avanço tecnológico da área médica (medicamentos, exames subsidiários). O valor das OSS é o menor entre os grupos, embora apresente o maior avanço no período considerado.

O menor aumento do valor das internações no período ocorreu nas A, porém, analisando-se a participação de cada grupo, relacionando-se o percentual de gastos totais, o número de leitos e o número de internações, o quadro demonstrado na tabela 15 fica o seguinte em 2016:

Embora as OSS tenham obtido a maior proporção dos gastos totais (48,4%), possuem a participação de 37,1% de leitos e obtêm 52,2% da produção de AIH, sendo a maior entre os três grupos. A AD com 27,2% dos gastos totais, tem 40,4% dos leitos e somente 27,0% de produção, enquanto as A com 24,4% dos gastos, com 22,4% dos leitos tem produção de apenas 20,8% do total de AIH.

Finalmente, a tabela 16 traz os indicadores econômicos levantados para o período, incluindo as oscilações do dólar. Quando se correlaciona estes indicadores com o aumento das despesas totais da SES-SP (Tabela 12) foi de 61,3% e aquele específico dos grupos

hospitalares (Tabela 13) como um todo foi de 78,4%. Portanto em ambos os casos, exceto pelos valores do dólar, as variações dos demais indicadores foram cobertas pelo aumento de gastos.

Entretanto, devemos lembrar que grande parte do aumento da SES/SP foi no item dos recursos humanos, dado o crescimento vegetativo da folha, não implicando no aumento da massa contratada, que como vimos diminuiu no período, isto é, não foram compensadas as necessidades decorrentes de aposentadorias e desligamentos de causas variadas, principalmente na AD. De fato, na Tabela 13 nota-se que o menor crescimento da despesa no período ocorreu nos hospitais da AD (46,0%), inferior aos índices inflacionários.

DISCUSSÃO

Os números levantados não permitem concluir que houve redução importante na manutenção da rede própria hospitalar da SES/SP. Entretanto, fica evidente que três pontos deixaram de ser contemplados:

- os investimentos, importantes na reposição e modernização do parque tecnológico, cuja demora pode implicar na perda de eficiência e eficácia das unidades; nos grupos considerados, a maior parte dos hospitais constitui-se em unidades antigas, com problemas nas edificações e inadequações tecnológicas para o moderno atendimento em saúde;
- defasagem salarial, especialmente na AD e A, que não contemplou os níveis do mercado (em especial o médico) e assim, tem impedido a reposição adequada destes e outros profissionais, com prejuízo do volume de atendimentos. Esta, na realidade, parece ser a principal causa de quedas na produção observada alguns anos na AD, que não conta com mecanismos administrativos que proporcionem autonomia na área de recursos humanos, seja na fixação de salários, carreiras, limitações burocráticas na reposição de profissionais.

Tabela 15. Percentual de Gastos totais, número de leitos e produção de AIH em 2016

Grupos hospitalares	Número Leitos	Gastos totais	Produção AIH
Administração Direta	40,4	27,2	27,0
Organização Social de Saúde	37,1	48,4	52,2
Autarquia	22,4	24,4	20,8

Fonte: Autor

Tabela 16. Variação de alguns indicadores econômicos no período 2010-2016

Índice/ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Acumulado
INPC	6,5	6,1	6,2	5,6	6,2	11,3	6,6	59,5
IGPM	11,3	5,1	7,8	5,5	3,7	10,5	7,2	63,5
Dólar (31/12)	1,7	1,8	2,1	2,4	2,7	3,9	3,4	98,2
FIPE	5,9	7,3	5,9	7,1	7,0	10,0	11,7	69,3
FGV	5,3	6,7	6,4	6,8	7,1	8,8	10,0	63,7
Reajuste CLT	6,0	6,3	5,0	7,0	5,8	8,3	8,0	56,7

Fonte: SIH/SUS/MS

- embora a rede hospitalar estadual tenha crescido moderadamente na prestação de assistência, este crescimento não conseguiu superar as necessidades geradas pela rede conveniada no período, uma vez que esta diminuiu o acesso da população SUS dependente pela defasagem dos pagamentos realizados pelo SUS, que poderia aumentar seus prejuízos. Parte desta rede privada passou, quando possível, a competir no mercado, no atendimento de pacientes cobertos por planos privados de saúde em suas diferentes modalidades, para equilibrar-se financeiramente. Saliente-se que no ESP houve uma queda na cobertura dos planos de saúde, clientes estes que vieram naturalmente para o SUS, muitas vezes em áreas assistenciais de alto custo (oncologia, por exemplo).

Desde 1998, os novos hospitais criados na SES/SP seguiram o modelo de gestão das OSS, razão pela qual as despesas de custeio deste tipo de serviço cresceram em relação às demais. Atualmente os hospitais gerenciados por OSS contam com mais funcionários que aqueles da AD. As unidades gerenciadas por OSS já realizam mais da metade da produção hospitalar de internações (AIH) da SES-SP.

O aumento dos gastos e de atendimento das unidades estaduais não foi suficiente para a demanda gerada pela rede SUS, forçando os hospitais estaduais a enfrentarem pressões variadas para seu atendimento. A reação dos dirigentes das unidades de saúde foi bastante diversificada para superar os impasses, lançando mão de recursos administrativos e técnicos para mudança nos processos,

levantamento de possíveis desperdícios, substituição de insumos, controle de itens de utilidade pública, entre outras atitudes, que podem ser consideradas como oportunidades de melhoria de gestão.

Vieira & Benevides (7) consideram que melhorar a gestão é sempre recomendável e pressupõe investimento na capacitação de recursos humanos, na modernização de processos de trabalho, em sistemas informacionais e na infraestrutura tecnológica, e para isso é preciso dispor de recursos financeiros suficientes e estáveis e de decisão política como requisito indispensável.

Paim, Travassos, Almeida & Mancico⁸ afirmam que os desafios futuros do SUS incluem a reforma da estrutura financeira para assegurar universalidade, equidade e sustentabilidade de longo prazo, renegociando o papel do público e do privado, refazendo o modelo de cuidados para atender às mudanças demográficas e epidemiológicas que acontecem rapidamente para assegurar qualidade dos cuidados e segurança aos pacientes.

Massuda et al.⁹ afirmam que mesmo em um contexto favorável de 2003 a 2014, para a ampliação da cobertura universal da saúde, problemas estruturais persistem no SUS como o baixo financiamento público e dificuldades: de alocação correta de recursos, acesso regional e com prejuízos maiores em populações mais pobres e dependentes do SUS.

A estagnação de investimentos ou no custeio das unidades e eventuais dificuldades na política de reposição de recursos humanos nos serviços hospitalares da SES-SP pode provocar, em médio prazo, desassistência e redução da universalidade e integralidade do atendimento do SUS, tal como foi citado

anteriormente como hipótese de Giovanella & Stegmüller² para os sistemas de saúde europeus e Pierantoni¹⁰ para a realidade brasileira.

No caso paulista, o pior desempenho ocorreu na AD, que sendo o modelo administrativo com a menor autonomia, ainda enfrentou o menor crescimento de despesas com recursos humanos e insumos. Mesmo assim, no sentido de melhorar a insuficiência de recursos humanos, optou-se, em algumas unidades, pela contratação de serviços médicos terceirizados para atendimento nas emergências, terapias intensivas e serviços obstétricos, que impactaram positivamente na produção.⁵ Mas outros cuidados, como a diminuição da média de permanência e aumento de giro, são fundamentais na AD e A.

O maior aumento de gastos ocorreu nas OSS, que por serem o modelo administrativo mais recente disponível para gerir hospitais na SES-SP e com ampliação de unidades, apresentou um crescimento substancial da produção estadual de internações e outros procedimentos.

Alguns indicadores hospitalares como a média de permanência e taxa de ocupação permitem supor a possibilidade de melhoria na prestação de serviços de saúde, com nova visão de planejamento e mecanismos de gestão, e colocam a questão sobre a real necessidade de construção de novas unidades: por que ampliar a rede (frequente proposta política) se as estruturas existentes não estão sendo utilizadas em sua completude e enfrentam dificuldades gerenciais e falta de racionalização dos investimentos?

A convivência destes diferentes modelos de administração demonstra que em momentos de pressão, alguns modelos possuem menos elementos e mecanismos administrativos para reagirem e suprirem as necessidades. Assim, torna-se pertinente que a SES/SP discuta um processo de reestruturação de sua política hospitalar, aproveitando as experiências existentes, a fim otimizar suas unidades na prestação de serviços do SUS/SP, aperfeiçoando e modernizando os modelos administrativos existentes.

REFERÊNCIAS

1. Vieira F. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? IPEA, notas técnicas 26. 2016.
2. Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(11):1–19.
3. Paiva A, Mesquita A, Jaccoud L, Passos L. O novo regime fiscal e suas implicações para a política de Assistência Social no Brasil. IPEA, notas técnicas 27. 2016.
4. Marcelino LF, Patrício ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16:4767-76.
5. Bittar OJNV, Mendes JDV. Hospitais gerais públicos: administração direta e organização social de saúde. *Bol Epidemiológico Paul*. 2017;14(164):33–47.
6. GOVSP. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Saúde, Informações Orçamentárias. <http://>

- www.portalfinanceirodgestor.saude.sp.gov.br/orcamento_res.asp?opc=&ano=2018&natureza_id=&projetoAtividade_id=&grupo_id=&tipoAdm_id=&co_codigo=&fonteFinanciamento_id=. 2018.
7. Vieira F, Benevides R. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil, IPEA, notas técnicas 28. 2016.
 8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011;377(9779):1778–1797.
 9. Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018;3(4):e000829.
 10. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6:341-60.
-
-