



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar

RELATÓRIO DE ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO:

INCENTIVO FINANCEIRO 100% SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente relatório trata da Análise de Impacto Regulatório (AIR) realizada para o Incentivo Financeiro 100% (cem por cento) Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Portaria de Consolidação MS/GM Nº 6 de 03 de outubro de 2017 (PRC-6) – Seção VIII do Capítulo II do Título III (Origem: Portaria MS/GM Nº 929, de 10 de maio de 2012).

Para esse tipo de incentivo o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços voltados destinam-se às unidades hospitalares que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que disponham 100% de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao SUS.

Desta forma, **objetivou-se com a instrumentalização desse incentivo fomentar a dedicação da totalidade dos serviços ao SUS**, para as unidades hospitalares que se caracterizam como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, em especial aquelas que dedicam quase a totalidade dos serviços ao SUS, buscando-se ampliar a rede assistencial no SUS.

Ampliar o acesso ao SUS é o fator que impulsiona esse incentivo. São 1.610 hospitais filantrópicos que prestam serviços para o SUS que correspondem a aproximadamente 25% dos hospitais do Brasil. São responsáveis por 37,59% dos leitos hospitalares disponíveis, por 41,38% das internações e 8,34% dos atendimentos ambulatoriais realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde, equivalendo, portanto, a 49,72% do total de atendimentos ao SUS.

O setor filantrópico executa em torno de 64% das internações de Alta Complexidade no SUS e 40% em Média Complexidade.

Destaca-se que, em aproximadamente 900 municípios, a assistência hospitalar é realizada unicamente por hospitais filantrópicos/beneficentes.

Essa disponibilidade para o SUS está relacionada a oferta de aproximadamente 70% da capacidade instalada de leitos nos hospitais filantrópicos, assim, vê-se como positiva a aplicação de recurso financeiro por meio de incentivo para que as entidades hospitalares filantrópicas ampliem ou mantenham a sua participação no atendimento público.

Atualmente, 119 serviços hospitalares estão aderidos ao incentivo 100% SUS, totalizando 18.749 leitos, e o valor do recurso repassado para estes serviços totaliza uma quantia de R\$ 183.150.156,68 (cento e oitenta e três milhões, cento e cinquenta mil cento e cinquenta e seis reais e sessenta e oito centavos).

Considerando a normativa vigente, o tempo transcorrido, do ano 2012 até 2022, e, no aumento do volume de produção assistencial dos estabelecimentos filantrópicos neste período, considera-se oportuno que o valor do Incentivo Financeiro 100% SUS seja atualizado, de forma a trazer coerência com o impacto da produção assistencial praticada atualmente.

Nota-se assim, diante da problemática em questão, que como a Portaria vigente não prevê a atualização do valor do incentivo concedido aos estabelecimentos filantrópicos, ao longo dos anos, ele tornou-se desatualizado com a realidade de produção assistencial realizada por estes serviços ao SUS.

A não permissão na normativa para o ajuste do valor do incentivo impede que se contribua, de forma efetiva, para o estímulo adequado dos serviços que contribuem com o SUS, além de não estimular a adesão de novos estabelecimentos filantrópicos ao incentivo ampliando a rede assistencial do SUS.

Apresenta-se, neste relatório, três alternativas para a minimização ou solução do problema regulatório identificado e, como principal avaliação, a decisão pela possibilidade de reformulação da normativa vigente – que considera a atualização do valor do Incentivo Financeiro 100% SUS.

O problema regulatório identificado foi a “Dificuldade de atualização qualificada do incentivo”. Assim, foram identificadas e analisadas as causas e as consequências relacionadas a esse problema e, a partir dessas discussões, apontou-se possíveis três soluções:

1. **Manutenção da situação atual** – garantia do repasse de recurso de custeio sem atualização do valor do Incentivo, mantendo-se o ano base 2011 e valor contratualizado;
2. **Alternativa Não Normativa** – realizar repasse de recurso de custeio ao teto do gestor, além do incentivo 100% SUS, considerando a base da produção assistencial de média complexidade do exercício de 2022 a título de recomposição do Teto MAC;
3. **Alternativa Normativa** - Reformulação da normativa de forma que o repasse de recurso para o teto do gestor será realizado com o valor do incentivo atualizado, considerando a produção de Média Complexidade (MC), ano base 2022 para os serviços já contemplados com o incentivo, e valor contratualizado, com limite na capacidade instalada e produção histórica no ano anterior da MC,

para novas adesões. (Portaria de Consolidação MS/GM Nº 6 de 03 de outubro de 2017 (PRC-6) – Seção VIII do Capítulo II do Título III (Origem: Portaria MS/GM Nº 929, de 10 de maio de 2012).

As alternativas foram descritas e avaliadas preliminarmente quanto aos seus impactos positivos e negativos.

Para atender ao processo de avaliação das alternativas, preferiu-se adotar a análise de custos, direcionada para aferição da razoabilidade do impacto econômico em conformidade com o Art. 7º do Decreto Nº 10.411 de 30 de junho de 2020.

Considerando a análise realizada, e com foco na resolução do problema regulatório identificado de forma a otimizar o incentivo 100% SUS como política estimuladora da ampliação do acesso aos serviços de saúde para a população, e condizente com as responsabilidades financeiras e orçamentárias; a alternativa 3: “Reformulação da normativa de forma que o repasse do custeio para o teto do gestor será realizado com o valor do incentivo atualizado, considerando o ano base 2022 para os serviços já contemplados com o incentivo, e valor contratualizado, com limite na capacidade instalada e produção histórica da MC no ano anterior, para novas adesões”, foi considerada, portanto, a solução indicada.

Posto isso, a sugestão escolhida significa a reformulação ou adequação da normativa do Incentivo Financeiro 100% SUS.

Por fim, as próximas seções detalham os aspectos aqui sumarizados, e igualmente apresentam as demais informações requeridas para uma AIR, conforme dispostas no Art. 6º do Decreto nº 10.411/2020.

2. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO

Em 2012 o Ministério da Saúde instituiu o Incentivo Financeiro 100% (cem por cento) que institui financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços realizados por unidades hospitalares – caracterizadas como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos - que disponham 100% de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao SUS.

O objetivo foi ampliar a rede assistencial SUS oportunizando estabelecimentos de saúde privados sem fins lucrativos aderirem ao incentivo financeiro e receberem o valor financeiro relativo à 20% da produção de média complexidade, e em contrapartida destinar 100% dos seus serviços ao SUS. Observa-se um potencial de pelo menos 120 hospitais que já possuem quase a totalidade de seus leitos para o SUS e que poderiam migrar a sua estrutura destinada para a saúde suplementar/privada também para o SUS, ampliando para mais de 700 leitos para o SUS, contribuindo para aliviar a demanda reprimida de leitos em muitos territórios.

Compreendendo como positivo para a ampliação da assistência à saúde, o fator de se ter uma maior quantidade de estabelecimentos de saúde adeptos ao incentivo e destinando a totalidade dos serviços ao SUS, esse incentivo foi regulamentado por meio da Portaria de Consolidação MS/GM Nº 6 de 03 de outubro de 2017 (PRC-6) – Seção VIII do Capítulo II do Título III (Origem: Portaria MS/GM Nº 929, de 10 de maio de 2012).

Do mesmo modo, a contratualização com os estabelecimentos hospitalares é um eixo estruturante da Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP, e é prioridade que os Gestores de saúde formalizem a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão.

A contratualização é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização. E, estão aqui incluídos os hospitais filantrópicos.

Nesse sentido, os instrumentos contratuais consideram, entre outros recursos financeiros aplicados de forma tripartite (união, estado, distrito federal, e, município), o recurso estabelecido para o incentivo financeiro 100% SUS, a saber, o percentual de 20% do valor contratualizado para o valor do Incentivo Financeiro 100% SUS.

Porém, a falta de mecanismos de atualização do valor do incentivo e, a desatualização dos critérios de adesão dos hospitais aptos a receberem o incentivo, ocasiona diversos cenários de inconsistências relacionados ao incentivo, que trazem prejuízos de várias formas (financeiro, jurídico, força de trabalho) ao SUS, e que tornam a sua solução complexa. Dentre estas consequências, cita-se:

1. Repasse orçamentário superestimado: Para os estabelecimentos que apresentaram queda da produção histórica desde a aquisição do incentivo, a falta da atualização implica no fato de que, o valor do incentivo se encontra acima do que é preconizado, uma vez que o incentivo tem como premissa ser compatível com o volume de produção do serviço. Esta incompatibilidade traz um impacto financeiro inadequado.

2. Não qualificação dos serviços a serem incentivados: Repasse orçamentário para serviços com características que vão em desacordo com as atuais políticas do SUS e um consenso de eficiência na Rede de Atenção à Saúde. Por se tratar de um recurso na modalidade de incentivo, na atual conjuntura nota-se uma inconsistência no perfil de alguns hospitais que recebem o incentivo e os atuais consensos acerca das políticas do SUS, como por exemplo hospitais de pequeno porte e hospitais psiquiátricos.

3. Repasse orçamentário subestimado: A maior parcela dos hospitais aderidos ao incentivo tem um histórico de aumento de sua produção e faturamento desde a sua adesão. A falta da atualização do incentivo implica em um valor de recurso repassado desatualizado com a realidade atual de produção do serviço hospitalar e com o objetivo do incentivo.

4. Não estímulo a adesão de novos serviços: A desatualização do incentivo implica em um baixo estímulo a adesão de novos serviços de saúde ao incentivo 100% SUS, implicando em uma perda de oportunidades de ampliação do acesso a serviços de saúde pela população.

5. Judicializações: De acordo com a norma vigente, a adesão ao referido incentivo possui efeito financeiro a partir do mês de competência do protocolo de solicitação junto ao Ministério da Saúde (MS). Porém, considera-se oportuno que o direito ao repasse do incentivo se dê a partir da competência de publicação da portaria de adesão ao incentivo, pois somente após a finalização do processo administrativo atinente à adesão é que se torna aplicável o repasse do recurso. Esta dissociação entre a data da concessão do

recurso financeiro e a data do ato normativo que confere de fato a adesão ao incentivo, provoca o ingresso na justiça do pleito pelo pagamento retroativo, com base na alegação de que o MS não está cumprindo a normativa.

Por todas estas questões, considera-se oportuno, que o valor do Incentivo Financeiro 100% SUS seja atualizado e calculado considerando a série histórica do ano de 2022 da produção assistencial de média complexidade, de forma a buscar a sua aplicação de forma mais qualificada, e contribuindo para a solução de todos estes problemas, considerando o contexto atual das políticas públicas de saúde e do SUS.

O problema regulatório, foi então identificado, pela equipe gerencial, como: **Dificuldade na Atualização Qualificada do Incentivo Financeiro 100% SUS.**

Em relação a normativa vigente, O Art. 341 define que: “A unidade hospitalar que aderir ao Incentivo Financeiro 100% SUS fará jus ao incentivo financeiro anual equivalente a:

II- 20% (vinte por cento) do valor anual contratualizado na média complexidade, a partir do 13º mês de vigência do incentivo, a contar da data da publicação desta Portaria” (PRC-6, Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 2º, II).

A essência do problema identificado trata da dificuldade em atualizar os valores repassados aos tetos dos gestores locais do SUS referentes ao Incentivo Financeiro 100% SUS. Depreende-se desse trecho da legislação que o valor do incentivo financeiro é calculado a partir do valor contratualizado da produção assistencial da média complexidade entre o gestor local do SUS e o prestador de serviço ao SUS.

Consoante a isso, o § 3º do Art. 341 reforça que o cálculo do Incentivo Financeiro 100% SUS é a partir do valor da média complexidade contratualizada. Embora a prerrogativa da norma vigente permita definir o valor do incentivo considerando a produção da média complexidade contratualizada, não foram consideradas situações cotidianas, como o fato de que, durante o processo de trabalho, defronta-se com propostas submetidas de forma incoerente com a normativa, ou mesmo, incoerente com os valores praticados pelo financiamento de referência da Tabela SIGTAP e do histórico de produção dos serviços.

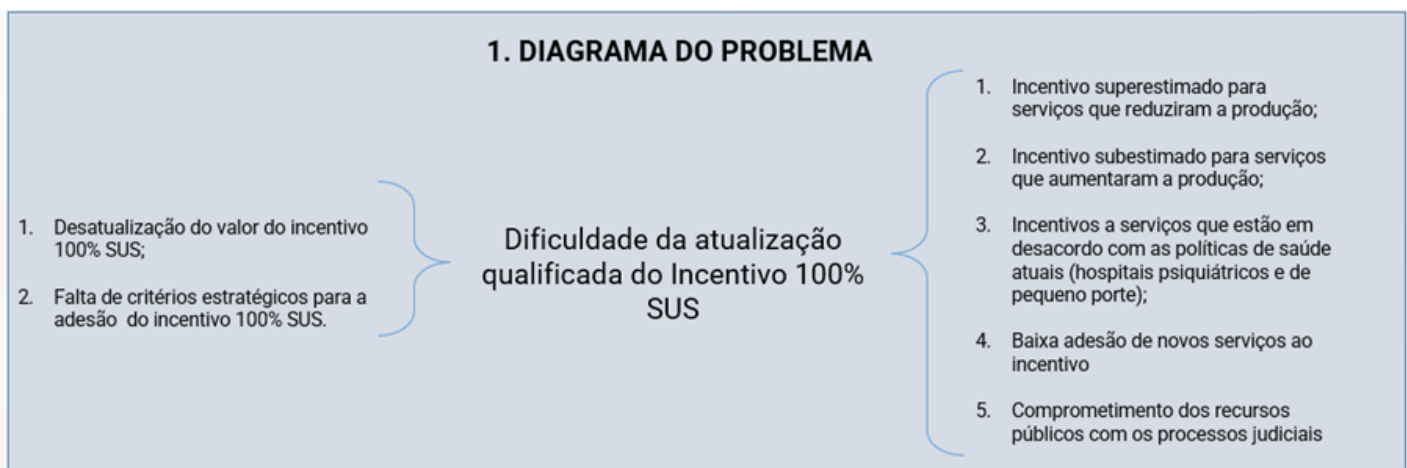
Fatores como esses, e demais necessidades de melhoria e qualificação da normativa, com o direcionamento de melhoria na gestão hospitalar, fazem da normativa vigente um objeto de revisão, para a qual fica demonstrada a relevância de reformulação dos aspectos para a manutenção e atualização do valor do incentivo financeiro 100% SUS.

Outras situações não adequadamente consideradas estão descritas abaixo:

- a) Falta de aptidão do requerente no momento da solicitação de adesão, ou seja, protocolo do pedido;
- b) Inadequação na documentação enviada que implica em diligências a serem sanadas como condicionantes para a aprovação da proposta de adesão;
- c) Valores da produção assistencial da média complexidade contratualizada acima dos valores informados no Banco de Dados DATASUS-SIA/SIH, que tem como base a tabela SIGTAP;
- d) Indisponibilidade orçamentária na ocasião da adesão. No Ministério da Saúde, para a efetivação de qualquer aporte de recurso financeiro no Teto Média e Alta Complexidade (MAC) faz-se necessário haver disponibilidade orçamentária e financeira.

A figura 1 esquematiza as causas e consequências do problema regulatório.

Figura 1 - Diagrama do problema regulatório, com a causa e suas consequências



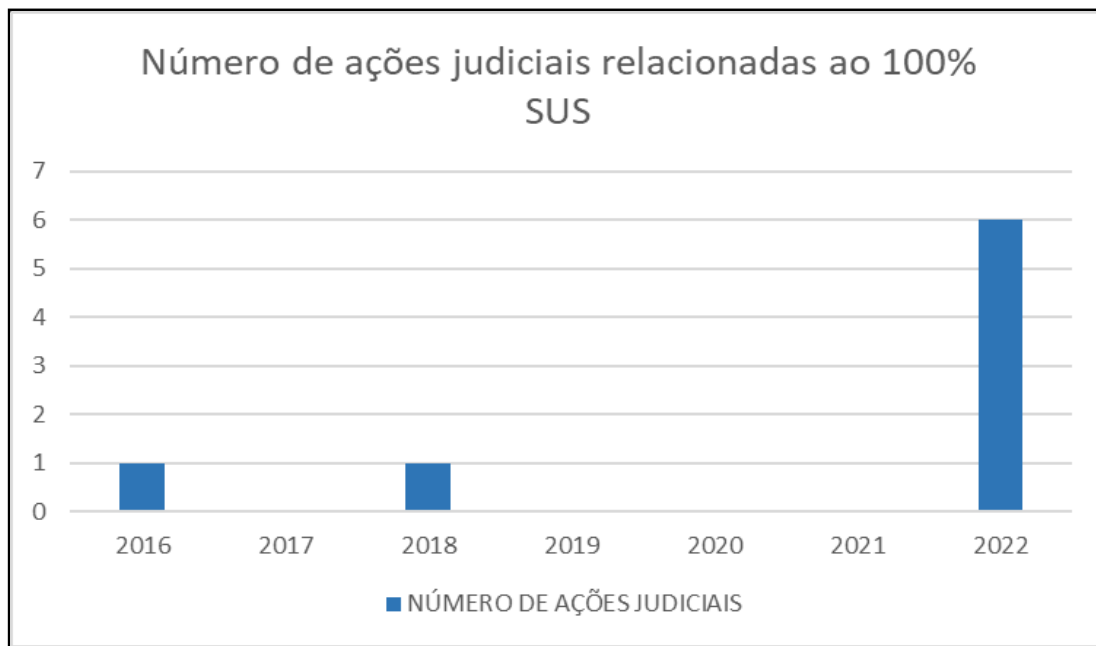
Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

De acordo com as informações disponíveis nas planilhas de controle interno da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar, balizadas nas portarias de habilitações publicadas no Diário Oficial da União, atualmente, há 119 (cento e dezenove) estabelecimentos de saúde com incentivo financeiro 100% SUS ativo, ou seja, que passaram pelo processo de adesão, e desse modo, recebem o recurso de custeio relativo ao referido incentivo, transferido mensalmente de forma regular ao Teto de Média e Alta Complexidade do Estado e ou Município.

Dentre os estabelecimentos de saúde no âmbito hospitalar que tiveram portaria de adesão publicada, até a data do presente relatório de AIR, oito (8) instituições impetraram ação judicial para o recebimento de recurso retroativo, sendo duas (2) ações provenientes do Estado do Rio Grande do Sul, e seis (6) ações do Estado da Bahia. Há um risco de agravamento deste cenário nos próximos anos, ocasionando o comprometimento dos recursos públicos com os processos judiciais.

Conforme os dados apresentados no gráfico 1, percebe-se o aumento do gasto público com as judicializações, no decorrer dos anos, além de sua disseminação gradual no território nacional, considerando que as demandas tiveram início na região Sul e, atualmente, se originam também na região Nordeste, com a ocorrência de uma (1) ação judicial em 2016, uma (1) ação em 2018 e seis (6) ações em 2022.

Gráfico 1 - Número de ações judiciais solicitantes do pagamento retroativo do Incentivo 100% SUS.



Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Em decorrência dessa problemática, o Gráfico 1 acima demonstra o potencial de crescimento desse tipo de demanda, que pode tornar a situação mais crítica. A lógica da demanda judicial pode significar impacto financeiro de difícil solução. Segundo Lima (2021), o potencial nocivo do fenômeno da judicialização da saúde configura-se como insustentável do ponto de vista da manutenção do sistema de saúde, tendo em vista o acréscimo exponencial de gasto público da união em atendimento às demandas judiciais.

Esse contexto indica que a desatualização do valor do Incentivo Financeiro repassado aos gestores do SUS pode se tornar um problema relevante, vindo se configurar como um ato administrativo dispendioso, no que concerne aos recursos financeiros, e também, humanos diante das crescentes demandas judiciais, considerando o tempo e a mobilização dos profissionais atuantes nos diversos âmbitos processuais frutos das demandas judiciais.

Costa, Silva e Ogata (2020), destacam que a tomada de decisão no âmbito judicial implica nas possibilidades de: gerar altos custos de despesas adicionais e de altos valores, exigir a realocação de recursos públicos, e o desrespeito aos princípios doutrinários do SUS ao comprometer os interesses coletivos em detrimento de desdobramentos mais específicos, não coletivos.

O Quadro 1, com indicação do número de estabelecimentos que aderiram o Incentivo Financeiro 100% SUS, no período de 2012 a 2023, revela uma situação alarmante, na probabilidade de todos os estabelecimentos de saúde aderidos ao Incentivo 100% SUS se inclinarem ao acionamento judicial, diante da requisição de atualização dos valores recebidos à título do Incentivo, como tem sido prática em alguns estados da Federação.

Quadro 1. Quantidade de Estabelecimentos Atualmente Aderidos ao Incentivo 100% SUS, por ano de Adesão.

ANO	QUANTIDADE DE ESTABELECIMENTOS
2012	43
2013	25
2014	4
2015	8
2016	6
2017	1
2018	3
2019	10
2020	10
2021	2
2022	3
2023	4
TOTAL	119

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Além disso, ao se observar a prática do orçamento público, leva-se em consideração a Lei Nº 4.320/1964 que reverbera a premissa da vedação à realização de despesa sem prévio empenho. Torna-se significativa essa condição, porque interliga aspectos que envolvem o repasse e a execução de recursos públicos e o controle do orçamento público. Portanto, para empenhar uma despesa é preciso ter o planejamento, a elaboração e a aprovação dos recursos orçamentários público na forma da Lei Orçamentária Anual (LOA) e, ainda assim, possuir saldo orçamentário suficiente.

O ato de realizar despesa sem prévio empenho pode ser punido administrativamente (CF88, Art.71, II), civil (Lei nº 8.429, Art.10, IX), política (Decreto-Lei nº201, Art.1º, V; Lei Complementar nº 64, Art.1º, I, "g"; Lei nº 8.429, Art.12, II) e penalmente (Decreto-Lei nº 2.848, Art. 359-D).

Assim, um elemento decisivo de qualquer aporte de recurso financeiro ao teto de média e alta complexidade dos Estados e Municípios é haver disponibilidade orçamentária e financeira do MS, bem como, planejamento para se realizar concretizar o repasse do recurso no exercício em que deva ser aportado.

No quadro 2, está apresentado a Matriz de Causas e Consequências, referente aos aspectos citados:

Quadro 2 - Matriz de Causas e Consequências.

Causa	Desatualização no valor do Incentivo Financeiro 100% SUS conforme a atual normativa - Portaria de Consolidação MS/GM Nº 6 de 03 de outubro de 2017 (PRC-6) – Seção VIII do Capítulo II do Título III (Origem: Portaria MS/GM Nº 929, de 10 de maio de 2012).	Falta de Critérios estratégicos para a adesão do incentivo 100% SUS
Incentivo superestimado para serviços que diminuíram a sua produção.	X	
Incentivo subdimensionado para serviços que aumentaram a sua produção	X	
Baixa adesão de novos serviços ao incentivo.	X	
Incentivo fornecido a serviços que não são de		

interesse de acordo com as políticas de saúde atuais (psiquiátricos e pequeno porte)		X
Aumento das demandas judiciais relacionadas a atualização no valor do Incentivo 100% SUS e Comprometimento dos recursos públicos com os processos judiciais	X	X

Por todos estes problemas levantados, torna-se relevante a mudança da normativa visando a qualificação do recurso disponibilizado pelo incentivo 100% SUS, o estímulo a ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde, e a diminuição dos gastos no âmbito federal com ações judiciais.

3. IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES E GRUPOS AFETADOS

Em muitos casos, os problemas são multifacetados, possuindo muitas causas ou origens e afetando vários grupos ou atores de modos diferentes, com intensidades distintas.

Nesta etapa, foram identificados os principais atores pelo problema regulatório sob análise, a visão destes sobre o problema regulatório, parte fundamental para o entendimento e tratamento do problema.

Traz-se os indivíduos, grupos ou setores impactados pelo problema, descrevendo de que modo eles são afetados:

- a) Gestores hospitalares;
- b) Ministério da Saúde (MS);
- c) Demais entes federados: Estados, Distrito Federal e Municípios;
- d) Advocacia Geral da União (AGU);
- e) Usuários do SUS em geral.

Considerando os atores e grupos mencionados, cabe comentar que os gestores hospitalares são afetados na medida em que os valores do Incentivo 100% SUS são repassados de forma desatualizada, ou seja, o recurso financeiro recebido é, na maioria dos casos, menor quando comparado à produção assistencial atual, e uma atualização poderia contribuir para a melhoria da assistência do serviço. A atualização do incentivo poderia influenciar ainda no sentido de incentivar novos hospitais a adesão ao incentivo, aumentando o número de leitos e oferta de serviços para o SUS.

Da mesma forma os entes federados, com a desatualização do incentivo, deixam de se beneficiar com a melhoria do acesso e qualidade do serviço que seria beneficiado

O ente Federal e o ente Judiciário são afetados em razão do aumento do volume de ações judiciais, da ausência de planejamento orçamentário para suficientemente suprir tais demandas, em um processo contínuo de judicialização não ajustado ao sistema jurídico e ao SUS. Além disso, corre o risco de financiar serviços de saúde com perfil que não do interesse de acordo com as atuais políticas de saúde, como por exemplo hospitais psiquiátricos, devido a falta de critérios atualizados de adesão.

E, permanecem afetados os usuários do SUS, devido à falta de ampliação do acesso e melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde prestados pelos serviços filantrópicos que aderem ao incentivo desatualizado. A população também é afetada pelo comprometimento dos esforços físicos e financeiros com demandas judiciais, que prejudica em grande magnitude a melhor otimização do recurso público para a coletividade, bem como a sua conversão em: acesso, assistência de qualidade, e organização do financiamento no SUS.

4. IDENTIFICAÇÃO DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Constituição Federal de 1988;

Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (origem: Portaria GM/MS nº 929, de 10 de maio de 2012 – que institui o Incentivo Financeiro 100% SUS);

Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que institui a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (origem: PT/GM Nº 3390/2013 - Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP);

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

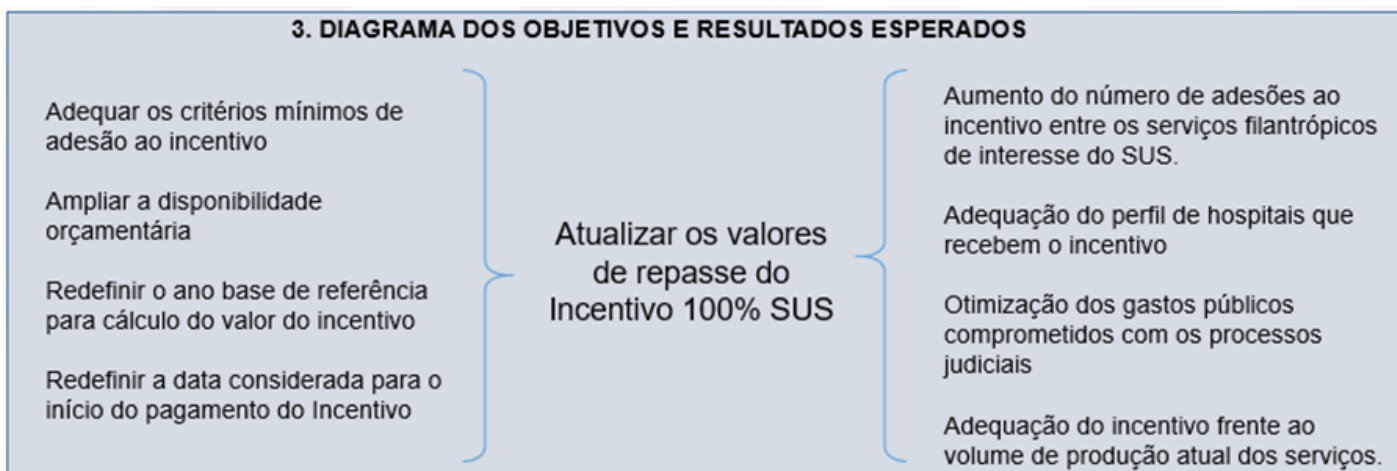
Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que institui a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (origem: PT/GM Nº 3410/2013 - Diretrizes do processo de CONTRATUALIZAÇÃO); e

Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – Diagnóstico, Avaliação e Especialização; Relatório Final de Análise de Desempenho De Instituições Hospitalares de Pequeno Porte Brasileiras, 2015.

5. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS

Tendo em vista o problema regulatório identificado e a intenção de solucioná-lo foram definidos um objetivo geral, três objetivos específicos e três resultados esperados, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 Diagrama dos Objetivos e Resultados Esperados



Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

5.1 Objetivo geral:

Atualizar os valores do repasse do Incentivo 100% SUS.

5.2 Objetivos específicos:

- a) Adequar os critérios mínimos de adesão ao incentivo
- b) Ampliar a disponibilidade orçamentária
- c) Redefinir o ano base de referência para cálculo do valor do incentivo
- d) Redefinir a data considerada para o início do pagamento do Incentivo

5.3 Resultados esperados:

- a) Aumento do número de adesões ao incentivo entre os serviços filantrópicos de interesse do SUS.
- b) Adequação do perfil de hospitais que recebem o incentivo
- c) Otimização dos gastos públicos comprometidos com os processos judiciais
- d) Valores dos incentivos atualizados frente ao volume de produção atual

6. DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS POSSÍVEIS E SEUS IMPACTOS

Com o intuito de solucionar o problema identificado, a partir de técnicas de Brainstorming, debruçou-se sobre o tema e, como resultado, elencam-se três alternativas:

Quadro 3 – Alternativas para o problema regulatório.

Nº	Ação	Alternativas
01	Manutenção da situação atual	Garantia do repasse de recurso de custeio ao teto do gestor sem atualização do valor do Incentivo, ano base de 2011 e valor contratualizado.
02	Estratégia de apoio institucional	Repasse de recurso de custeio considerando da produção assistencial de média complexidade do exercício de 2022 à título de incremento do teto MAC.
03	Ação normativa	Alteração da Portaria vigente de forma que o repasse do incentivo para o Teto do Gestor será realizado com os valores atualizados.

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Para descrição das alternativas, conforme quadros 4, 5 e 6, foi utilizada a ferramenta 5W2H, um *check-list* administrativo de atividades, prazos e responsabilidades, desenvolvidos com clareza e eficiência. Tem como função definir o que será feito (*What*), porque (*Why*), onde (*Where*), quem irá fazer (*Who*), quando será feito (*When*), como (*How*) e quanto custará (*How much*).

Quadro 4 - Descrição da manutenção da situação atual - garantia do repasse de recurso de custeio ao teto do gestor sem atualização dos valores.

Alternativa 1	Manutenção da situação atual – garantia do repasse de recurso de custeio ao teto do gestor sem atualização no valor do Incentivo.
O Que (<i>What</i>)	Valor do Incentivo calculado com o ano base de 2011 e a partir da média complexidade contratualizada.
Porque (<i>Why</i>)	Para manter a lógica sistemática de pagamento conforme normativa.
Quem (<i>Who</i>)	MS
Quando (<i>When</i>)	Desde 2012
Onde (<i>Where</i>)	Hospitais que aderiram ao Incentivo 100% SUS.
Como (<i>How</i>)	Manutenção da lógica existente, sem alterar normas e processos de trabalho.
Quanto (<i>How much</i>)	Valor atual repassado pelo incentivo + previsão dos valores de futuras adesões + valor das demandas judiciais ocorridas + previsão do valor de novas demandas judiciais que possam vir a ocorrer.

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Quadro 5 - Descrição da estratégia de apoio institucional - Repasse de recurso de custeio considerando da produção assistencial de média complexidade do exercício de 2022 à título de incremento do teto MAC.

Alternativa 2	Estratégia de apoio institucional - Repasse de recurso de custeio ao teto do gestor com o valor, a título de incremento do teto MAC, calculado a partir da base da produção assistencial de média complexidade de 2022.
O Que (<i>What</i>)	Valor de recurso de custeio calculado a partir da produção assistencial da média complexidade do ano base de 2022, para ser repassado aos entes federados com o objetivo de suprir a não atualização do valor do incentivo 100% SUS .
Porque (<i>Why</i>)	Manutenção da normativa vigente e auxílio financeiro ao equilíbrio das ações assistenciais dos estabelecimentos hospitalares que recebem o incentivo 100% SUS.
Quem (<i>Who</i>)	MS
Quando (<i>When</i>)	Imediato
Onde (<i>Where</i>)	Hospitais que aderiram ao Incentivo 100% SUS e novos hospitais que aderirem.
Como (<i>How</i>)	Pactuação do processo de trabalho com o DRAC para estabelecer fluxo de repasse do novo recurso de custeio calculado a partir da produção assistencial da média complexidade do ano base de 2022, com o incremento do MAC.
Quanto (<i>How much</i>)	Valor do novo recurso de custeio calculado a partir da base da produção assistencial de média complexidade de 2022 + Valor atual repassado pelo incentivo + previsão dos valores de futuras adesões + valor das demandas judiciais ocorridas + previsão do valor de novas demandas judiciais que possam vir a ocorrer.

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Quadro 6 - Descrição da ação normativa - Alteração da Portaria vigente de forma que o repasse do incentivo para o Teto do Gestor será realizado com os valores atualizados.

Alternativa 3	Ação normativa - Alteração da Portaria MS/GM nº 6, de 28 de setembro de 2017 – Seção VIII do Capítulo II do Título III.
O Que (<i>What</i>)	Repasse de recurso de custeio ao teto do gestor com o valor do Incentivo atualizado com base na produção da Média Complexidade (MAC) de 2022, para os serviços já beneficiados com o incentivo, e na contratualização com limite na capacidade instalada e produção histórica no ano anterior, para novas adesões.
Porque (<i>Why</i>)	Para adequar o valor do incentivo financeiro de acordo com a produção atual dos hospitais, qualificar o perfil de serviços selecionados para receber o incentivo e evitar avanço de processos judiciais.
Quem (<i>Who</i>)	MS

Quando (When)	A partir da publicação da nova portaria.
Onde (Where)	Novos hospitais que aderirem e hospitais que já recebem o Incentivo.
Como (How)	Publicação de portaria com a alteração do dispositivo normativo e atualização do repasse de custeio dos serviços já habilitados.
Quanto (How much)	Valor do incentivo atualizado dos hospitais já aderidos ao 100% SUS com base no valor da produção da média complexidade de 2022 + novas adesões com incentivo atualizado para a base de 2022

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Sobre os possíveis impactos das alternativas apresentadas, recorreu-se a vários encontros em grupo com discussão sobre possíveis benefícios (impactos positivos) e custos (impactos negativos), visando construir elementos para caracterização das alternativas mais conectadas com a resolução do problema regulatório identificado e com o objetivo geral apresentado.

Nas atividades realizadas utilizou-se do método de roda de conversa com colaboradores da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGAH/DAHU/SAES/MS), diretoria e assessores do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e Urgência (DAHU) e consultores contratados pela Secretaria de Atenção Especializada a Saúde (SAES), com compartilhamento de percepções referente as vantagens e desvantagens para cada alternativa.

A atividade foi realizada orientada pela lista de atores e grupos afetados, especificada anteriormente neste relatório, observando-se os riscos e os aspectos relacionados ao recurso orçamentário de forma qualificada e com melhor aplicação para o custeio das ações assistenciais para esse grupo.

Nesta seção são apresentados os possíveis impactos positivos e negativos identificados para as propostas regulatórias, conforme o quadro 7. No Relatório os principais impactos estão alinhados aos custos e ao fortalecimento financeiro das entidades.

Desse modo, alguns dados relevantes foram identificados que ajudam a entender os possíveis impactos da adoção da proposta, contribuindo para o dimensionamento destes impactos como demonstrado nos itens a seguir:

1. Manutenção do valor do incentivo financeiro repassado de forma superestimada para hospitais que diminuíram a sua produção assistencial, perpetuando uma má aplicação do recurso público: Podemos notar na tabela 2 que 54 dos 119 hospitais que recebem o incentivo 100% SUS tiveram uma redução na produção de Média Complexidade registrada nos Sistemas de Informação do SUS SAI/SIH, ao projetar o percentual do incentivo de 20%, mas com base na produção do ano de 2022, vemos que o incentivo atualmente oferecido ultrapassa em mais de 16 milhões de reais o que deveria ser repassado para estes serviços segundo a produção atual destes. Considerando que estes hospitais de fato tenham diminuído a sua produção histórica de serviços de saúde, é incongruente um repasse da categoria de incentivo superestimado e baseado em um valor desatualizado superior ao que de fato estão produzindo. Configurando um prejuízo e R\$ 16.845.594,28.

Tabela 2. Número de Hospitais e Valor total do impacto da atualização do incentivo 100% SUS para a base de produção da MC de 2022 entre os serviços que aumentaram e diminuíram a produção

Varição da Produção da Média Complexidade	Número de Hospitais	Valor total do impacto da atualização	
Aumento da Produção	65	R\$	59.082.568,40
Diminuição da Produção	54	-R\$	16.845.594,28
Total	119	R\$	42.236.974,12

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

2. Manutenção do valor do incentivo repassado de forma subestimada para serviços que aumentaram a sua produção assistencial: Da mesma forma, como mostra a Tabela 2, 65 dos hospitais que recebem o incentivo 100% SUS aumentaram a sua produção de MC desde a sua adesão ao incentivo, e ao atualizar o valor do incentivo nota-se que este grupo de serviços poderia estar recebendo aproximadamente R\$ 59.000.000,00 (Cinquenta e nove milhões), configurando em uma perda de oportunidade de incentivar estes serviços que estão aumentando a sua produção e oferta de serviços para o SUS de forma mais contundente.

3. Manutenção de uma situação de baixa adesão ao incentivo: Conforme a tabela 3, pode-se ver que, fora os 2 primeiros anos após o lançamento do incentivo 100% SUS, houve um baixo número de adesões ao incentivo, com uma média de 5 adesões por ano desde 2014. Uma vez que, para aderir ao incentivo 100% SUS, os serviços oferecem a totalidade de sua estrutura e serviços para o SUS, destinando, por exemplo, leitos que antes eram reservados para a saúde suplementar ou privada agora para o SUS, vê-se uma baixa adesão como uma perda de oportunidades de conseguir estas ampliações de ações e serviços de saúde por meio dos estabelecimentos filantrópicos.

Tabela 3. Número de adesões ao 100% SUS por ano (inclui hospitais que já foram excluídos do incentivo por deixarem de cumprir os critérios de adesão)

ANO	NÚMERO DE ADESÕES
2012	55
2013	27
2014	5
2015	8
2016	7
2017	1
2018	3
2019	10
2020	10
2021	2
2022	3

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

4. Manutenção da possibilidade de adesão de serviços que não se enquadram em um perfil de interesse, de acordo com as atuais políticas públicas do SUS, como hospitais de pequeno porte e hospitais psiquiátricos: Dentre a lista dos hospitais que recebem atualmente o incentivo do 100% SUS, existem 2 grupos de hospitais que não mais, por diferentes motivos, objeto ou foco de investimento para o SUS.

Os hospitais caracterizados como psiquiátricos vão em desacordo com a lógica de desinstitucionalização e luta antimanicomial praticada pelos profissionais de saúde há anos, e o incentivo destes estabelecimentos contraria esta lógica. Atualmente há nove hospitais especializados em psiquiatria que recebem o incentivo do 100% SUS.

Os hospitais de pequeno porte, principalmente os com menos de 30 leitos, são serviços que apresentam uma baixa eficiência na rede de atenção à saúde, apresentado na grande maioria das vezes altos custos para uma baixa produção de ação e serviços de saúde. Assim é de interesse não financiar estes serviços incentivando assim uma lógica não eficiente para o SUS, estimulando ao contrário, que estes serviços venham ocupar outro perfil assistencial dentro de seu território, mudando a sua tipologia a depender das necessidades locais. Atualmente há 6 serviços com menos de 30 leitos aderidos ao incentivo 100% SUS, e 25 serviços com 31 a 50 leitos.

5. Potencial aumento das demandas judiciais e dos gastos associados a estas: Como foi citado anteriormente, tem se tornado mais comum nos últimos anos as solicitações judiciais principalmente com o pedido de pagamento retroativo do incentivo 100% SUS, a partir do protocolo de solicitação do incentivo por parte do serviço. Foi realizado uma projeção com os hospitais que aderiram ao incentivo entre o período de 2017 a 2021, que corresponde a apenas 22% dos hospitais, se todos estes solicitassem ação judicial para receber este valor retroativo, conforme mostrado na tabela 4.

Tabela 4. Projeção do Impacto Financeiro por Judicialização do pagamento retroativo do Incentivo 100% SUS a partir do protocolo de solicitação, por ano de adesão, caso todos os serviços solicitem.

Ano	Valor Retroativo por Ano
2017	R\$ 9.443.319,65
2018	R\$ 5.068.961,96
2019	R\$ 13.064.121,65
2020	R\$ 9.131.217,28
2021	R\$ 5.313.062,78
Total	R\$ 42.020.683,32

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

6. Esgotamento do recurso financeiro: No caso de se optar por uma das alternativas em que há o aumento do repasse dos recursos financeiros (alternativas 2 e 3), apesar deste aumento de recurso contribuir para a resolução do problema regulatório, corre-se o risco de haver o esgotamento deste recurso financeiro e por isto é necessário prever o impacto deste aumento de recurso. As tabelas 5 e 6, a seguir, mostram o impacto financeiro das alternativas 2 e 3, caso o valor do repasse de custeio (alternativa 2) ou da atualização do incentivo (alternativa 3) sejam calculados a partir de diferentes percentuais de 20%, 30%, 40% e 50% da produção de média complexidade do ano de 2022. Estas projeções de diferentes cenários foram realizadas de forma planejar uma atualização financeira do incentivo de forma responsável, com previsão de impacto financeiro e evitando o comprometimento de recursos não disponíveis.

Tabela 5. Impacto financeiro da Alternativa 2, segundo diferentes percentuais para o cálculo do recurso de custeio adicional, a ser acrescentado ao Teto MAC do gestor.

Percentuais para o cálculo do recurso de custeio	Valores do recurso de custeio (Impacto)		Valor total repassado Alternativa 2*	
20% da MC de 2022	R\$	225.387.130,80	R\$	408.537.287,48
30% da MC de 2022	R\$	338.080.696,20	R\$	521.230.852,88
40% da MC de 2022	R\$	450.774.261,60	R\$	633.924.418,28
50% da MC de 2022	R\$	563.467.827,00	R\$	746.617.983,68

MC = Média Complexidade

*Sem considerar o impacto dos custos por judicializações e novas adesões (tabela 4).

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Tabela 6. Impacto financeiro da Alternativa 3, segundo diferentes percentuais para o cálculo da atualização do valor do incentivo dos serviços já aderidos ao 100% SUS.

Percentuais para o cálculo da atualização do incentivo	Impacto da atualização do Incentivo		Valor total repassado na Alternativa 3*	
20% da MC de 2022	R\$	42.236.974,12	R\$	225.387.130,80
30% da MC de 2022	R\$	154.930.539,52	R\$	338.080.696,20
40% da MC de 2022	R\$	267.624.104,92	R\$	450.774.261,60
50% da MC de 2022	R\$	380.317.670,32	R\$	563.467.827,00

MC = Média Complexidade

*Na alternativa 3, como há a reformulação da normativa, espera-se que não haja mais impacto financeiro por judicializações, logo, este impacto seria o total.

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Quadro 7 - Impactos das alternativas propostas

Alternativa	Impactos positivos (benefícios)	Impactos negativos (custos)
1. Manutenção da situação atual - garantia do repasse de recurso de custeio ao teto do gestor a partir da publicação da portaria de adesão.	<ul style="list-style-type: none"> Menor impacto orçamentário imediato no valor disponível do MS para o custeio do incentivo 100% SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> Potencial aumento das demandas judiciais e dos gastos associados a estas*; Manutenção do valor do incentivo financeiro repassado de forma

		<p>superestimada para hospitais que diminuíram a sua produção assistencial, perpetuando uma má aplicação do recurso público;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do valor do incentivo repassado de forma subestimada para serviços que aumentaram a sua produção assistencial; • Manutenção da possibilidade de adesão de serviços que não se enquadram em um perfil de interesse, de acordo com as atuais políticas públicas do SUS, como hospitais de pequeno porte e hospitais psiquiátricos. • Manutenção de uma situação de baixa adesão ao incentivo.
<p>2. Alternativa Não Normativa - Repasse do recurso de custeio ao teto do gestor com o valor do incentivo calculado a partir do ano base de 2022. Sem regularização da aplicação da norma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação do recurso para os serviços hospitalares que recebem o incentivo 100% SUS, para investimento no atendimento aos usuários; e • Aumento da adesão de serviços aos hospitais devido ao aumento do repasse de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação do impacto orçamentário no valor disponível no MS para custeio, considerando o novo repasse de custeio ao teto do gestor com o valor calculado a partir da base da produção assistencial de média complexidade de 2022, a título de incremento do teto MAC; • Manutenção do valor do incentivo financeiro repassado de forma superestimada para hospitais que diminuíram a sua produção assistencial, perpetuando uma má aplicação do recurso público; • Manutenção da possibilidade de adesão de serviços que não se enquadram em um perfil de interesse, de acordo com as atuais políticas públicas do SUS, como hospitais de pequeno porte e hospitais psiquiátricos. • Potencial aumento das demandas judiciais e dos gastos associados a estas*;

<p>3. Alternativa normativa - Alteração da Portaria MS/GM nº 6, de 28 de setembro de 2017 – Seção VIII do Capítulo II do Título III</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualificação do repasse com o cumprimento dos requisitos obrigatórios para recebimento dos repasses de custeio, demonstrando aptidão no ato da aprovação por parte do MS; • Aumento do número de adesões ao incentivo entre os serviços filantrópicos de interesse do SUS. • Adequação do perfil de hospitais que recebem o incentivo • Otimização dos gastos públicos comprometidos com os processos judiciais • Adequação do incentivo frente ao volume de produção atual dos serviços 	<ul style="list-style-type: none"> • Esgotamento do recurso financeiro.
<p>*Considera-se gastos associados àqueles provenientes dos Recursos Humanos, Conjur, processos administrativos e todos os trâmites contidos no atendimento e resposta às demandas jurídicas.</p>		

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

7. COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS CONSIDERADAS

Para fins de comparação das 3 alternativas, tendo em vista a resolução das consequências do problema regulatório identificado, procedeu-se à escolha da metodologia, conforme disposto no art. 7º do Decreto nº 10.411/2020. Foi identificado nas atividades de discussão 2 principais ações que influenciam nos impactos:

1. Previsão de aumento orçamentário para os serviços com 100% SUS e futuras adesões: Este aspecto soluciona os impactos relacionados ao sub incentivo e a baixa adesão de novos serviços ao incentivo;

2. Possibilidade de reformulação da normativa: esta ação permitiria e teria foco em correções acerca do perfil dos hospitais aptos ao incentivo, dos mecanismos que trazem precedentes para judicialização e da correção do valor do incentivo para hospitais que tiveram redução na produção assistencial.

Analisando cada uma das alternativas em relação a estas duas ações principais, temos as seguintes considerações:

Alternativa 1: esta alternativa baseada na Manutenção da normativa vigente e do valor do incentivo financeiro aos estabelecimentos hospitalares que recebem o incentivo 100% SUS, não engloba nenhuma das 2 ações principais, tendo como consequência a manutenção de todos os problemas regulatórios citados.

Alternativa 2: Esta alternativa prevê o aumento de recursos para os hospitais que já recebem o incentivo 100% SUS, contribuindo para a adesão de novos serviços ao incentivo e consequentemente ampliando e melhorando o acesso dos pacientes ao SUS por meio destes serviços. Porém, ao não reformular a política mantém os impactos negativos relacionados as demandas judiciais e ao fato de não selecionar e caracterizar o perfil de hospitais mais adequados para receberem os recursos e o incentivo 100% SUS.

Alternativa 3: Esta alternativa prevê a alteração da normativa, prevendo inclusive o aumento do recurso repassado por meio do incentivo, atualizando o mesmo para valores com base na produção de média complexidade de 2022 dos serviços. Por meio desta alteração normativa é possível então retificar todos os pontos relacionados às fragilidades relacionadas ao problema regulatório e que foram descritas já anteriormente.

Buscando-se identificar a melhor solução, avaliou-se que a alternativa 3 atinge os objetivos de efetividade e eficiência, em razão de sua amplitude, uma vez que perpassa por: atualização dos valores defasados, dos recursos repassados aos fundos municipais e estaduais, mitigação de problemas judiciais, melhoria na aplicação do recurso público, qualificação do critério de adesão considerando a relação entre benefícios e custos, priorização da equidade uma vez que propiciará a coerência entre o valor do incentivo e a produção assistencial atual do hospital, além de conciliar os gastos com os objetivos estratégicos do Ministério da Saúde.

Com todas estas considerações define-se que, a Alternativa de escolha para a solução do problema regulatório apresentado é a **“Alternativa 3”**.

8. IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS EFEITOS E RISCOS DECORRENTES DA ALTERNATIVA SUGERIDA

Em relação à identificação dos efeitos e riscos, em reuniões entre a equipe gerencial da Coordenação e a Diretoria do DAHU/SAES/MS, os riscos foram definidos e sistematizados, utilizando-se a técnica de Brainstorming, conforme Quadro 8 e Quadro 9.

Quanto aos impactos, a alternativa escolhida permitirá impactos desejáveis: impactos na saúde, impactos na segurança jurídica do Ministério da Saúde, impactos nos custos administrativos, impactos orçamentários.

Os riscos foram sistematizados, conforme descrito nos quadros abaixo:

Quadro 8. Identificação dos riscos

Objetivo relacionado	Causa	Risco	Efeitos/ consequências	Categoria/ Tipo de risco
Adequar os critérios mínimos de adesão ao incentivo	Repasse de recurso de custeio ao teto do gestor com o valor do incentivo desatualizado, e em discordância ao preconizado na Portaria vigente (PT de Consolidação MS/GM Nº 6 de 03 de outubro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM Nº 929/ 2012).	Insatisfação por parte dos gestores	Dificuldade na pactuação da alteração do ato normativo com a CIT (entraves na relação MS/gestores)	Operacional
Redefinir o ano base de referência para cálculo do valor do incentivo		Redução de recurso dos hospitais que apresentaram redução no volume de produção	Aumento dos gastos associados	Reputação/ Imagem
Ampliar a disponibilidade orçamentária		Comprometimento orçamentário para outras políticas prioritárias	Desassistência da população e manutenção da situação inadequada da data do repasse do recuso.	Operacional
Redefinir a data considerada para o início do pagamento do incentivo		Comprometimento orçamentário para outras políticas prioritárias	Aumento dos gastos de custeio.	Operacional

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Quadro 9. Resposta dos riscos

Critérios	Objetivos relacionados			
	Adequar os critérios mínimos de adesão ao incentivo	Redefinir o ano base de referência para cálculo do valor do incentivo	Ampliar a disponibilidade orçamentária	Redefinir a data considerada para o início do pagamento do incentivo
RISCO	Insatisfação por parte dos gestores hospitalares.	Redução de recurso dos hospitais que apresentaram redução no volume de produção	Comprometimento orçamentário para outras políticas prioritárias.	Ocorrência de demanda judicial.
Classificação do risco	Médio	Médio	Alto	Baixo
Resposta ao risco*	Compartilha	Aceita	Compartilha	Aceita
O Que (Controle proposto)	Articulação junto ao CONASS e CONASEMS para sensibilização.	Repasse de recurso de custeio atualizado	Planejamento orçamentário que contemple essa priorização de recurso.	Repasse de recurso de custeio a partir da publicação da portaria de

				adesão da unidade hospitalar.
Onde (área responsável)	CGAH/DAHU	MS	MS	MS
Quem (responsável)	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador-Geral; e • Diretor 	Ministro	Ministro	Ministro
Como (como será implantado)	Reunião do GT da CIT.	Publicação da portaria de repasse atualizado dos hospitais aderidos.	Priorização orçamentária.	Publicação da Portaria de Adesão.
Como (intervenientes)	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador-Geral; • Diretor 	Ministro	Ministro	Ministro
Quando (data de início)	Reunião	Imediato	Aprovação, priorização do orçamento.	Imediato
Quando (data de conclusão)	Após reunião	Antes de alterar a norma	Após alterar a norma	Após alterar a norma

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Observação: o método foi adaptado para a AIR, substituindo a relação dos riscos com as “grandes atividades do processo” pelos “objetivos relacionados”, que são os objetivos específicos.

9. DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ALTERNATIVA SUGERIDA

Em um processo que tem como objetivo transformar o planejamento em ação, a estratégia de implementação vale-se dos dados e das informações contidas neste relatório de AIR, e após a análise, foram traçadas as seguintes considerações acerca da implementação da alternativa sugerida.

Devido ao fato do processo de qualificação do incentivo não envolver apenas um reajuste quantitativo do valor, mas também aspectos qualitativos como critérios de adesão e data de início do pagamento do incentivo, a melhor forma de se efetivar a alternativa 3 é a partir da publicação de nova portaria com redefinição dos aspectos relacionados ao incentivo 100% SUS e revogando a normativa vigente.

Como um dos riscos apontados para esta alternativa é o de esgotamento de recursos, foram projetados, 04 (quatro) cenários de atualização do valor do incentivo financeiro 100% SUS (aplicar: de 20%, 30%, 40%, ou, 50%) calculado com base no valor de produção de média complexidade. Como visto anteriormente, a tabela 6 trata do impacto financeiro para as entidades que já recebem o incentivo, para uma melhor análise do impacto foi realizado uma avaliação acerca dos serviços com “potencial para adesão ao incentivo”.

Avaliou-se hospitais com “potencial para adesão ao incentivo”, os serviços que já dedicam 100% ou quase 100% dos serviços ao SUS, e não possuem o incentivo por falta de adesão; foram usados os seguintes critérios de corte para definir este universo de hospitais: a) Serviços com tipologia “Hospital Geral” ou “Hospital Especializado”; b) natureza jurídica “Filantrópico”, c) Serviços com mais de 50 leitos, d) Serviços com pelo menos 90% dos leitos SUS, e) Serviços com pelo menos 90% da produção hospitalar SUS, f) Serviços com pelo menos 80% da produção ambulatorial SUS, e foram excluídos os hospitais que g) possuem produção zerada nos sistemas de informação, h) que já são aderidos ao 100% SUS, i) serviços com mais de 30% dos leitos psiquiátricos. Após este levantamento, foram selecionados 120 hospitais cujo impacto das adesões é o que está registrado na tabela 10. A adesão destes hospitais ao incentivo disponibilizaria 733 leitos a mais para o SUS e uma previsão de 26 mil AIHs adicionais ao ano.

Nesse sentido, o quadro 10, imprime o resumo dos valores relacionados ao impacto financeiro para cada um dos diferentes cenários de atualização do valor do incentivo, a partir do percentual (%) a ser aplicado sobre o valor da produção assistencial de média complexidade (MC) apresentada no ano base de 2022, tanto dos hospitais que já possuem o incentivo quanto da previsão do impacto das novas adesões.

Antecipa-se aqui o fato de que a disponibilidade orçamentária para a solução deste problema regulatório, pré-definido nas discussões e de acordo com as chefias do DAHU e da Secretaria de Atenção Especializada a Saúde, e previsto no planejamento orçamentário, está no valor de R\$ 265.783.001,00 (duzentos e sessenta e cinco milhões, setecentos e oitenta e três mil, e um reais).

Quadro 10 – Projeção de valor para os possíveis cenários de atualização do incentivo

Possíveis cenários de atualização	Impacto da atualização do valor dos hospitais que já recebem 100%	Impacto previsto de potenciais novas adesões ao Incentivo 100% SUS	Impacto Total
Atualização da Série Histórica mantendo 20% da MC de 2022	R\$ 64.037.171,80	R\$ 201.745.829,20	R\$ 265.783.001,00
Atualização da Série Histórica para 30% da MC de 2022	R\$ 157.875.920,23	R\$ 302.618.743,80	R\$ 460.494.664,03
Atualização da Série Histórica para 40% da MC de 2022	R\$ 258.133.162,80	R\$ 403.491.658,40	R\$ 661.624.821,2
Atualização da Série Histórica para 50% da MC de 2022	R\$ 358.616.564,40	R\$ 504.364.573,00	R\$ 862.981.137,4

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

* Para fins do cálculo produção da média complexidade aprovada, será aquela registrada no Banco de Dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA/SIH), não sendo contabilizados os procedimentos registrados cujo financiamento se dá pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação - FAEC.

Os valores aqui demonstrados tratam somente da atualização do valor do incentivo, com a projeção do impacto financeiro no caso de se atualizar o **percentual** aplicado sobre o valor utilizando-se o ano Base **2022**, em incluir avaliação de custo de diminuição/economia previstas com as demandas judiciais.

Considerando o recurso disponível para a resolução do problema regulatório e a ampliação do incentivo 100% SUS, foi estipulado que o incentivo dos hospitais será atualizado para 20% do valor da produção de média complexidade de 2022.

Outros pontos de mudança estão relacionados a: 1) definição de novos critérios de adesão e exclusão ao incentivo; 2) redefinição da data de início do repasse do incentivo, que passará a ser a partir da portaria de adesão publicada pelo Ministério da Saúde, e não do protocolo de solicitação enviado pelo gestor local.

Um aspecto importante é o de que a alteração normativa incluirá um período prioritário para que os hospitais que já possuem o incentivo possam solicitar a atualização do mesmo, não ocorrendo o risco de esgotamento dos recursos por novas adesões, antes que estes possam se atualizar.

Para os hospitais que já possuem o incentivo e que terão um reajuste negativo após a atualização, também será previsto um tempo para que possam justificar alguma justificativa plausível para a manutenção do valor do incentivo. Caso não o façam no período determinado, o valor do incentivo será recalculado automaticamente.

10. CONCLUSÃO

Diante de todos os elementos apresentados nesta Análise de Impacto Regulatório (AIR), recomenda-se indubitavelmente a alternativa de ação normativa para adequação do problema regulatório, tendo em vista a potencial resolução de todos os problemas dos problemas e consequências.

A descrição de todos os pontos de impactos relacionados às diferentes alternativas, transparece o compromisso com a responsabilidade financeira e jurídica necessárias para a resolução, de forma planejada, dos problemas do SUS.

Cumprir destacar que, além da regularização normativa e proteção judicial que a resolução do problema regulatório irá trazer, tendo em vista a escolha da “alternativa normativa” como solução, a ampliação e melhoria do acesso às ações e serviços de saúde pelos usuários do SUS é o grande norteador de todo este processo e será um dos resultados finais da atualização do Incentivo 100% SUS.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto n. 10.411 de 30 de junho de 2020**. Regulamenta a análise de impacto regulatório, de que tratam o art. 5º da Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019, e o art. 6º da Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Decreto/D10411.htm>. Acesso 05 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para a execução da análise de impacto regulatório no Ministério da Saúde: descritivo do processo decisório. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL, CASA CIVIL. **Diretrizes gerais e guia orientativo para elaboração de Análise de Impacto Regulatório-AIR**. Brasília: Presidência da República, 2018.

BRASIL, Secretaria de Acompanhamento Econômico. **Calculadora de Onerosidade Regulatória v2.1**. Ministério de Economia, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/reg/guias-e-manuais>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (origem: Portaria GM/MS nº 929, de 10 de maio de 2012 – que institui o Incentivo Financeiro 100% SUS);

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que institui a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (origem: PT/GM Nº 3390/2013 - Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP);

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que institui a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (origem: PT/GM Nº 3410/2013 - Diretrizes do processo de CONTRATUALIZAÇÃO);

BRASIL Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

BRASIL. Constituição Federal de 1988;

Costa KB, Silva LM e, Ogata MN. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* [Internet]. 30º de junho de 2020 [citado 17º de outubro de 2022];9(2):149-63. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/635>

CARVALHO, André Luís Bonifácio de et al. Determinantes da judicialização da saúde: uma análise bibliográfica. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.*, Brasília, v. 9, n. 4, p. 117-134, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Sumário Executivo Justiça Pesquisa. Instituto de Ensino e Pesquisa – INSPER, 2019. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>>. Acesso: 27 10 2022.

Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – Diagnóstico, Avaliação e Especialização; Relatório Final de Análise de Desempenho De Instituições Hospitalares de Pequeno Porte Brasileiras, 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Iris Renata Vinha, Coordenador(a)-Geral de Atenção Hospitalar**, em 16/06/2023, às 17:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nilton Pereira Júnior, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 19/06/2023, às 09:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0034095099** e o código CRC **FCC474F0**.