

# AUDITORIA

---

Vanderlei Soares Moya

Outubro 2008

---

“EU NUNCA APRENDI NADA COM  
QUEM SEMPRE CONCORDOU  
COMIGO”

NILS BÖHR

**A  
P  
L  
I  
C  
A  
Ç  
Ã  
O  
D  
E  
R  
E  
C  
U  
R  
S  
O  
S**

**AUDITORIA SOBRE SISTEMAS DE SAÚDE**

**AUDITORIA SOBRE AÇÕES DE SAÚDE**

**AUDITORIA NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS**

**Serviços**

**Ambulatoriais e Hospitalares**

**Ações Específicas**

**Programas de saúde e ações pontuais**

**INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO**

**AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**IMPACTO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

**APLICAÇÃO DE RECURSOS**

**APLICAÇÃO DE RECURSOS**

- 
- ❑ A História da auditoria se inicia em Veneza com a fundação do Colégio de Contadores em 1581.
  - ❑ Assim, a auditoria, no sentido amplo, sempre carrega em si o conceito de ser uma avaliação contábil.
-

# AUDITORIA na SAÚDE

---

- Historicamente, as práticas, as estruturas e os instrumentos de controle, avaliação e auditoria das ações de saúde estiveram, predominantemente, associados ao faturamento.
-

# INAMPS

---

- ❑ Contratação de serviços pelo sistema previdenciário.
  - ❑ O INAMPS atuava junto aos prestadores buscando controlar a produção e os gastos na assistência médica.
  - ❑ As principais ações de controle executadas eram baseadas na revisão de prontuários, das GIH (AIH) e GAP ( BPA)
-

# 1983

---

- ❑ Criado o Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social – SAMHPS
  - ❑ Substitui o Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares. ( 1976)
  - ❑ Implanta a AIH para “ simplificar” a auditoria
  - ❑ Válido para todos os hospitais cadastrados que prestam serviços aos segurados da Previdência Social
-

- 
- ❑ Nessa perspectiva, o INAMPS mantém a visão da auditoria como controle financeiro, referente a produção dos serviços contratados.
  - ❑ Atuação em um modelo baseado na produção de procedimentos.
  - ❑ Oferta baseada na demanda e no lucro, visando atender ao sofrimento individual
-

# AIH

---

- ❑ Pagamento por valores fixos dos procedimentos médico hospitalares (“pacote”)
  - ❑ Procedimento : é a ação executada pelo profissional de saúde. Pode ser clínico, cirúrgico, diagnóstico, terapêutico e é dividido em atos profissionais.
  - ❑ Substitui o pagamento por tarefa aos profissionais de saúde e por fatura aos Hospitais
  - ❑ Elimina a revisão manual de contas e implanta um sistema de auditoria médico hospitalar
-

# SUS - Sistema Único de Saúde

Criado em 1988, com os objetivos:

---

- ❑ Identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde
  - ❑ Formular a política de saúde destinada a promover a redução de riscos de doenças e outros agravos
  - ❑ Estabelecer o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços.
  - ❑ Visar a promoção, proteção e recuperação da saúde
  - ❑ Realizar ações assistenciais e preventivas
-

---

❑ O SUS é herdeiro de práticas institucionais marcadas pela compra de serviços orientada pela oferta dos mesmos.

( oferta cria demanda)

❑ Propõe mudar esse preceito, redirecionando o sistema para as reais necessidades da população.

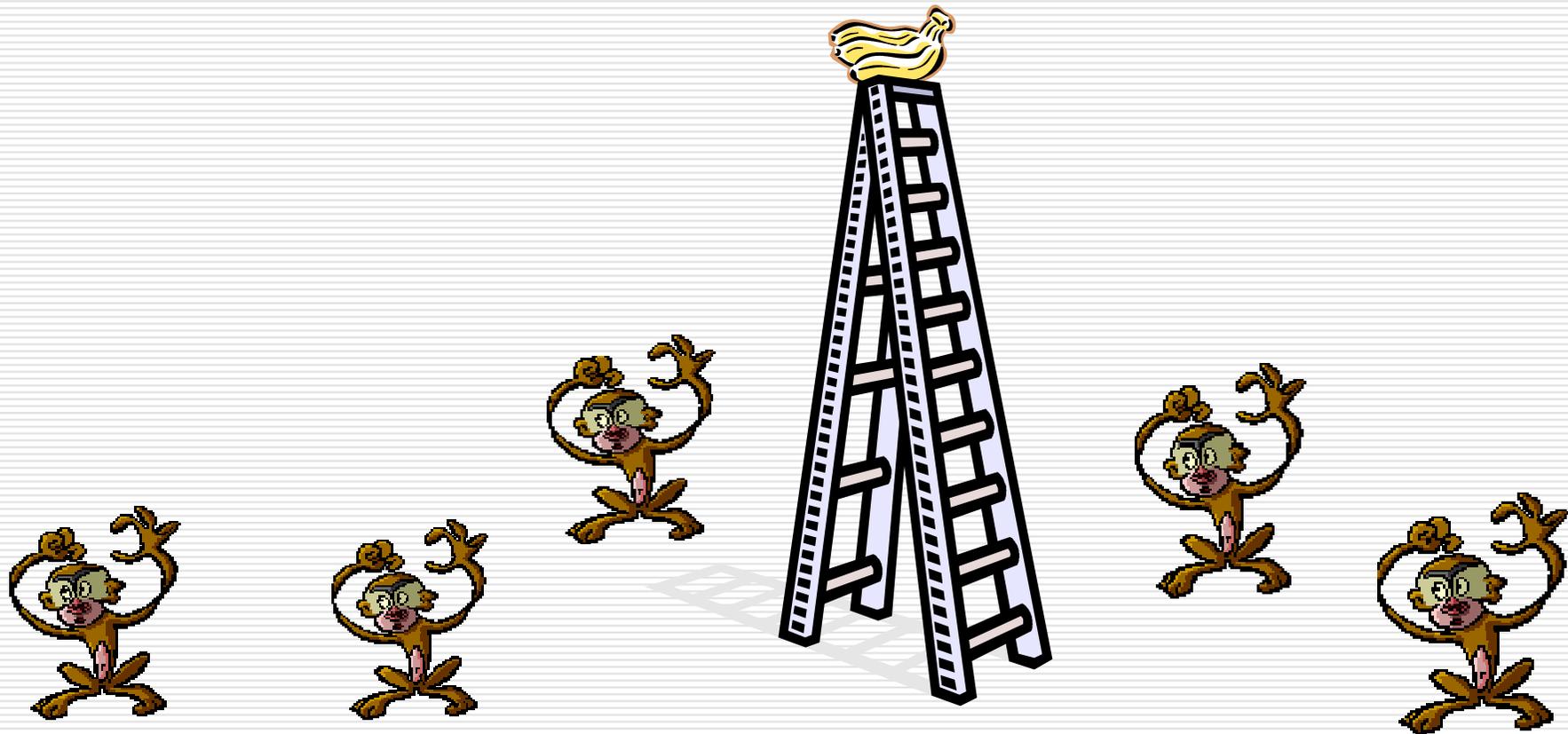
( a saúde como direito )

---

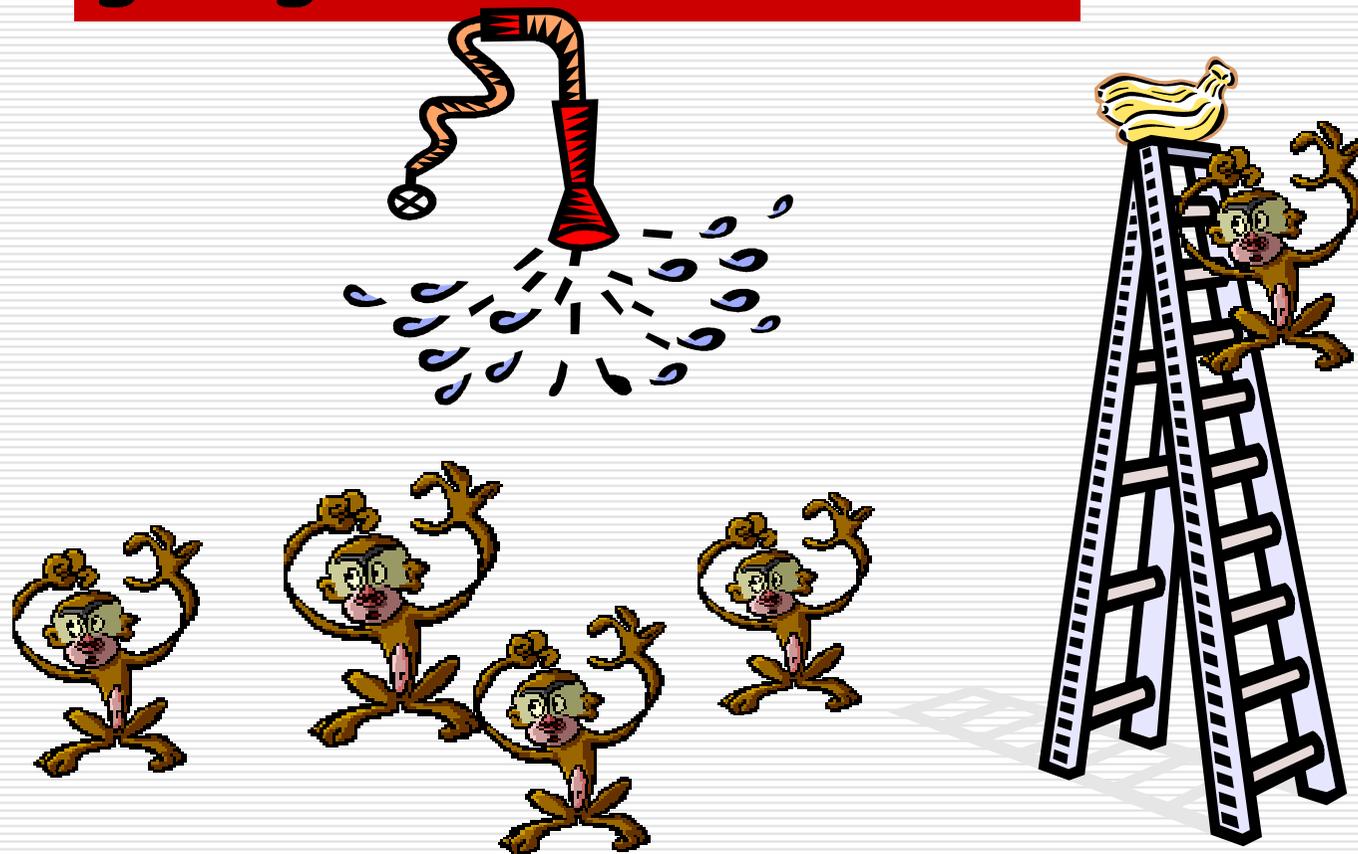
❑ A auditoria também tem que mudar.

Um grupo de cientistas colocou cinco macacos em uma gaiola e, no meio desta, uma escada com bananas em cima.

---

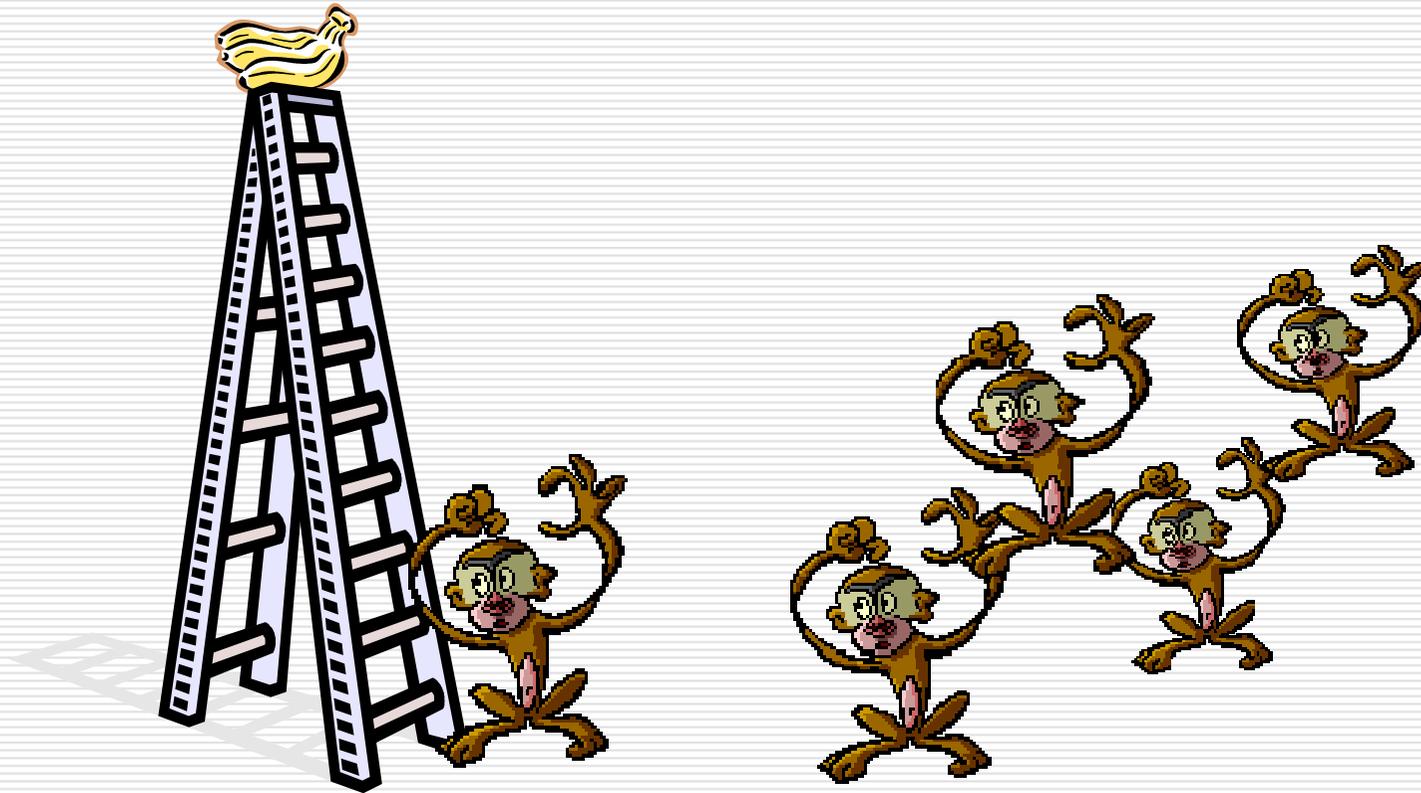


Toda vez que um dos macacos começava a subir a escada, um dispositivo automático fazia jorrar água gelada sobre os demais macacos.



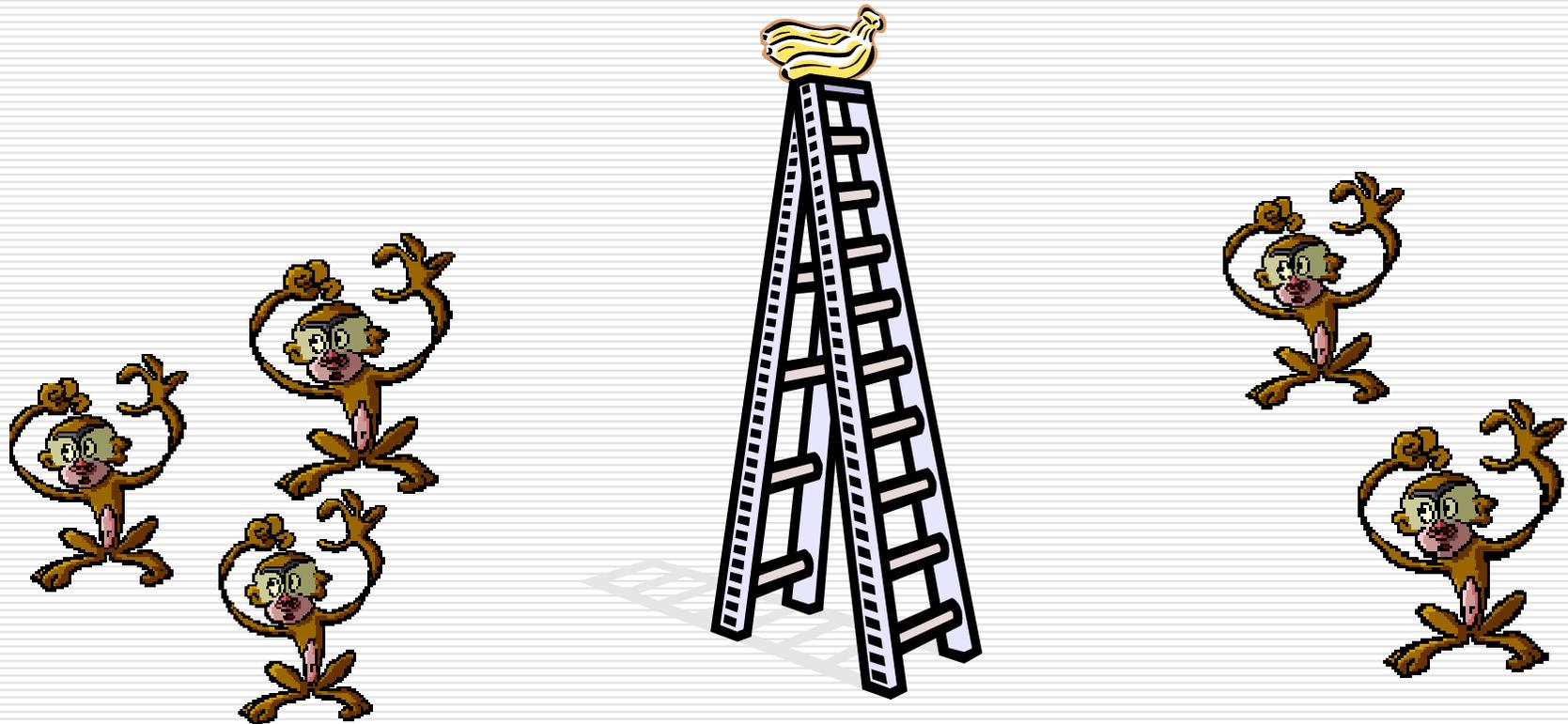
Passado certo tempo, toda vez que qualquer dos macacos esboçava um início de subida na escada, os demais o espancavam (evitando assim a água gelada).

---



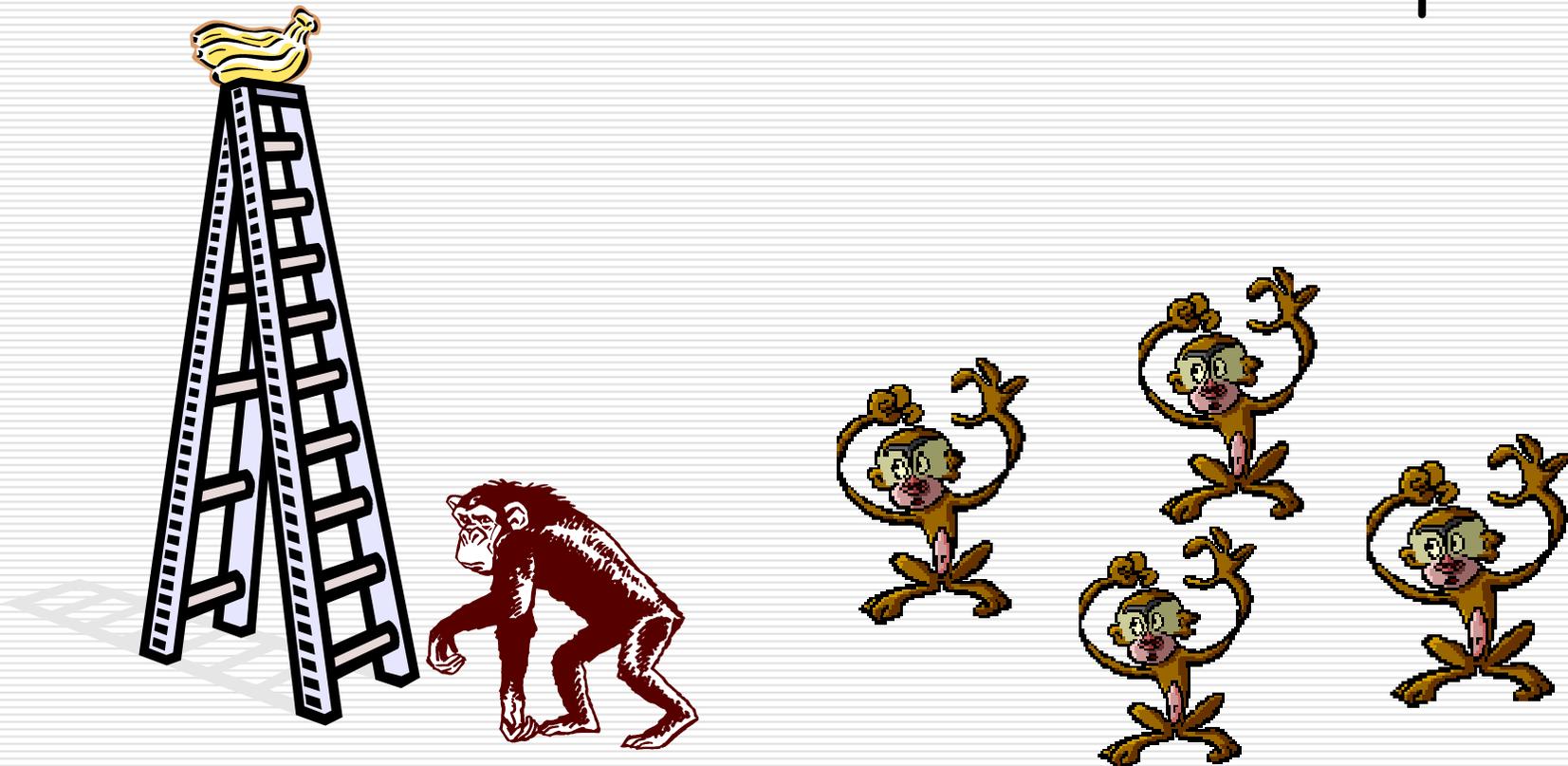
Obviamente, após certo tempo, nenhum dos macacos se arriscava a subir a escada, apesar da tentação.

---



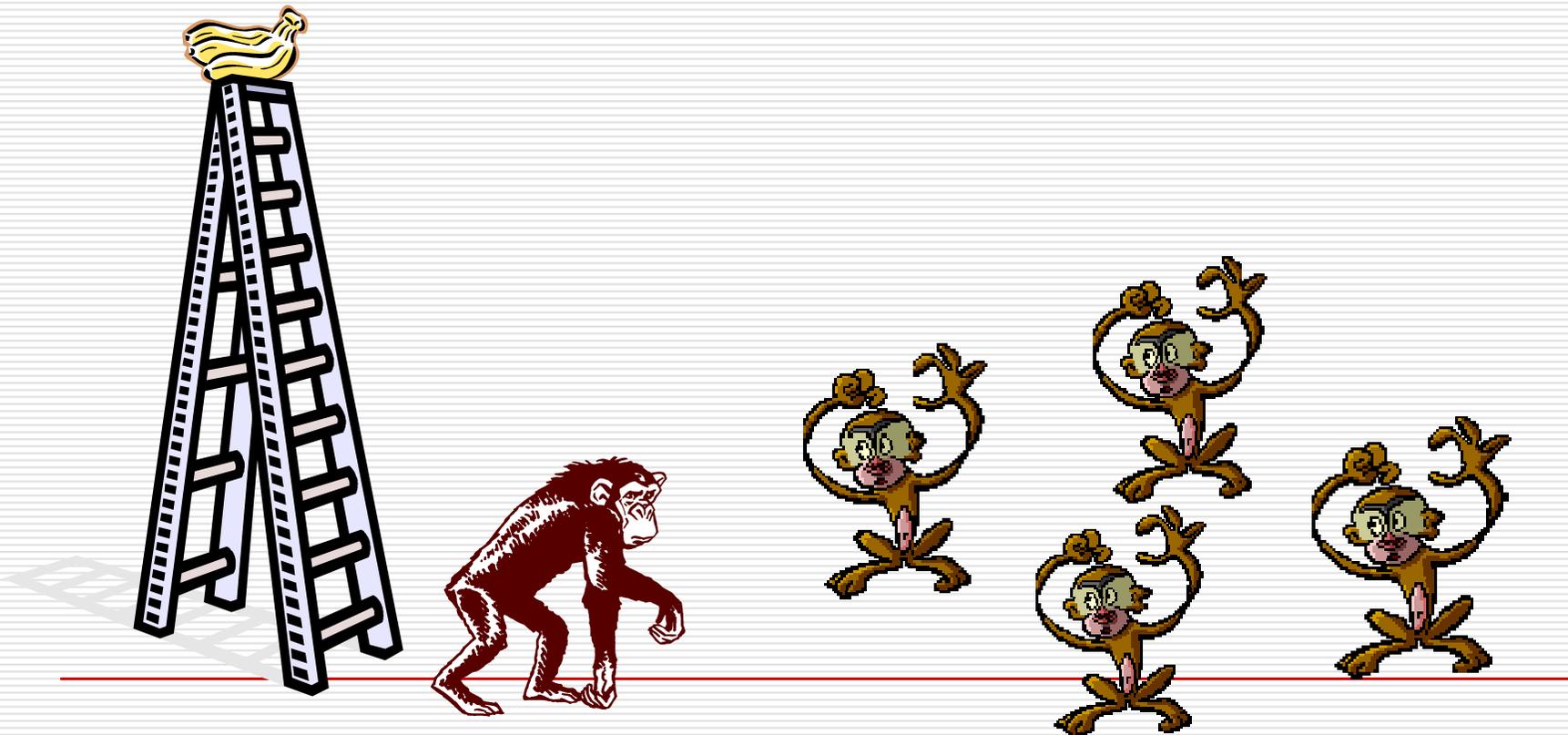
Os cientistas decidiram então substituir um dos macacos. A primeira coisa que o macaco novo fez foi tentar subir na escada.

Imediatamente os demais começaram a espancá-lo.

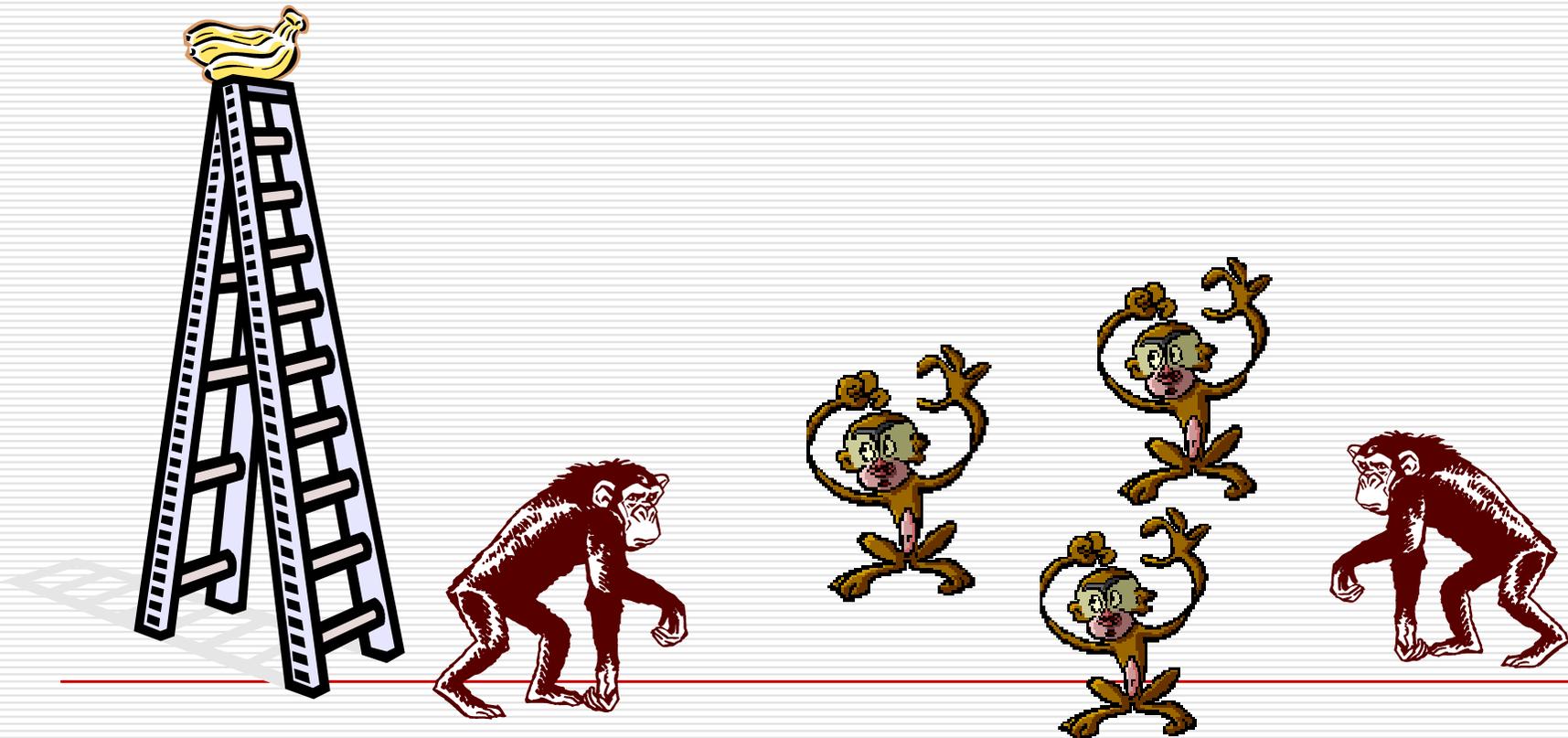


Após várias surras o novo membro dessa comunidade aprendeu a não subir na escada, embora jamais soubesse por que.

---

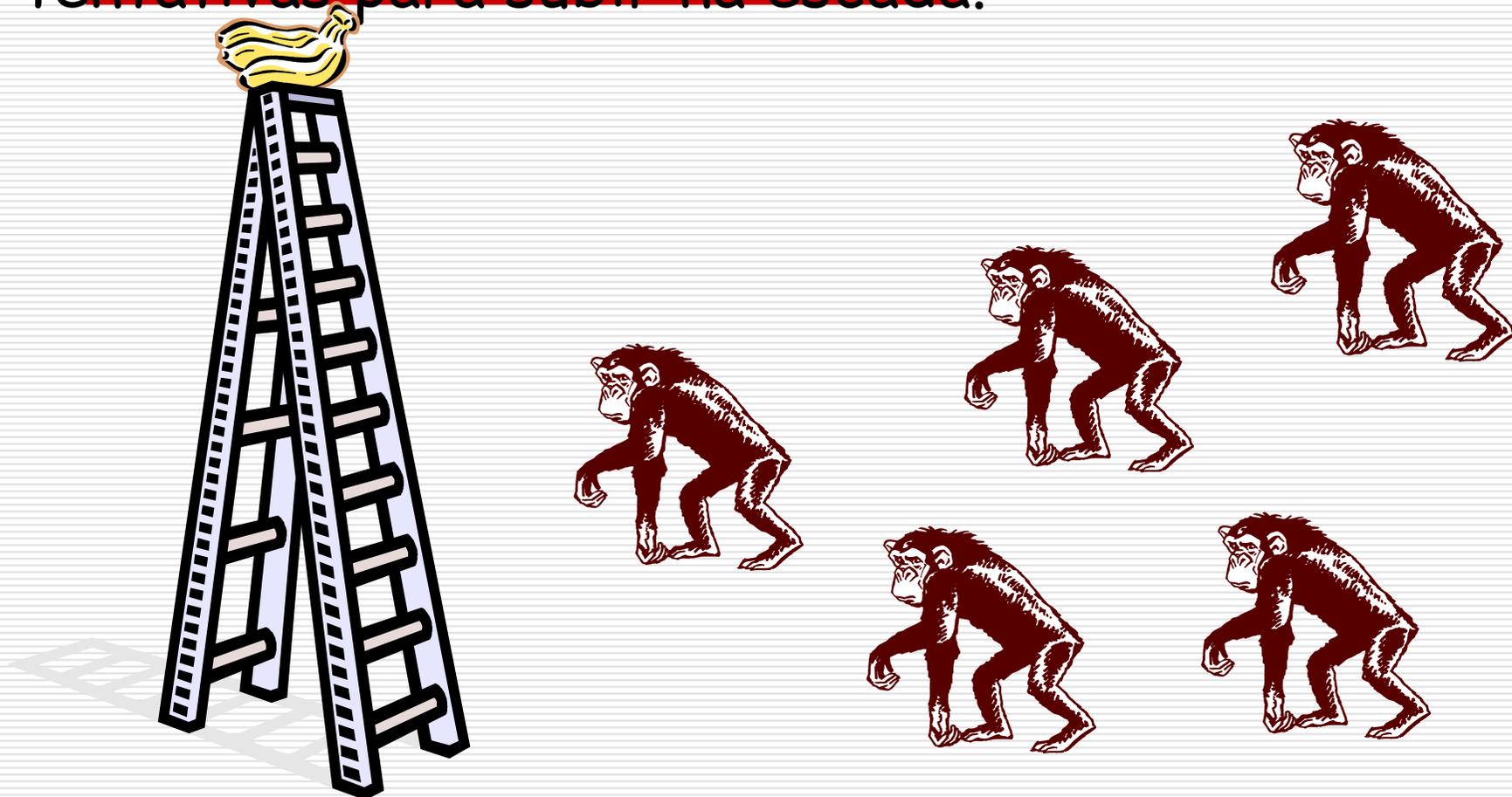


Um segundo macaco foi substituído e ocorreu com ele o mesmo que com o primeiro. O primeiro macaco que havia sido substituído participou, juntamente com os demais, do espancamento.



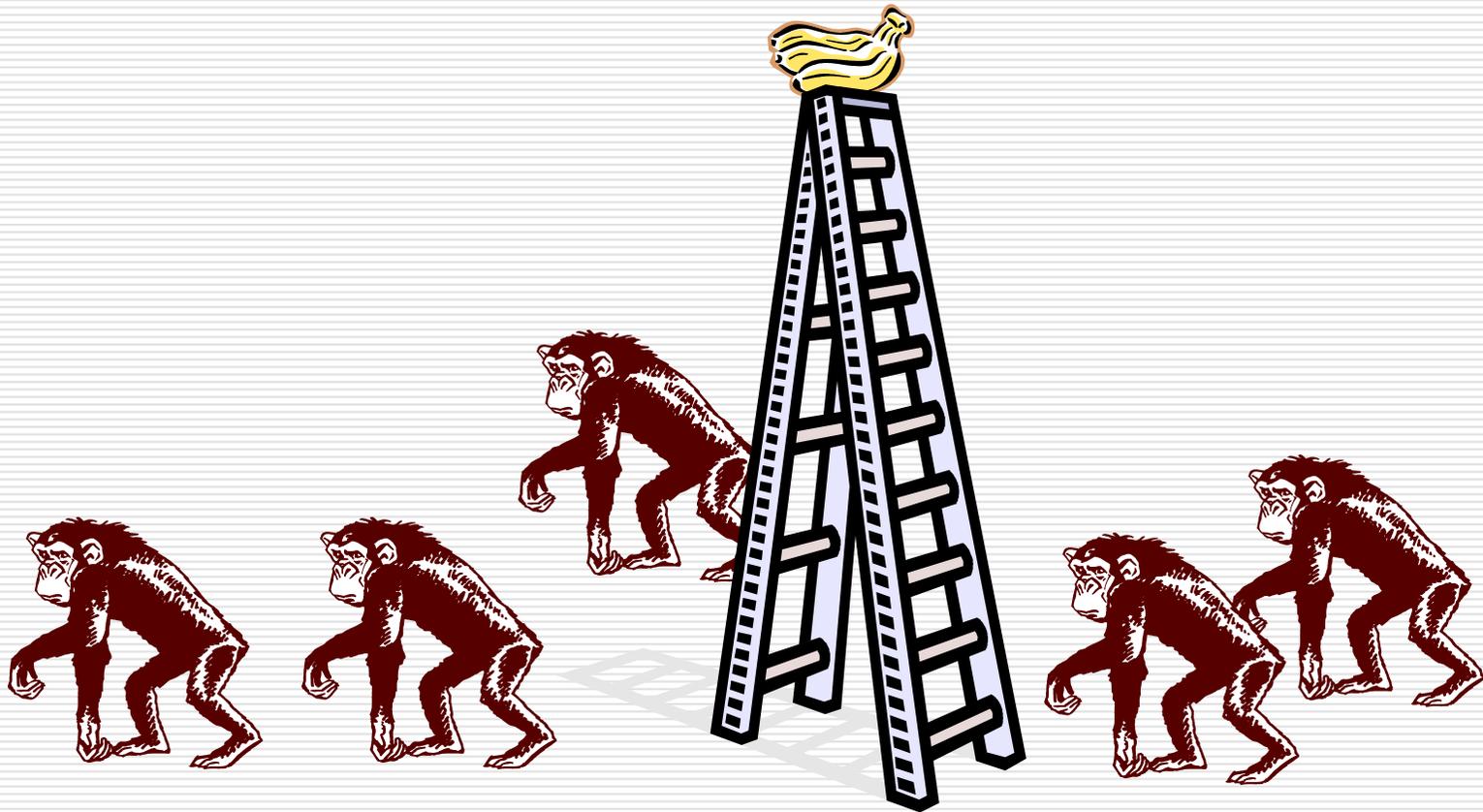
Um terceiro macaco foi trocado e o mesmo (espancamento, etc.) foi repetido. Um quarto e o quinto macaco foram trocados, um de cada vez, com intervalos adequados, repetindo-se os espancamentos dos novatos quando de suas tentativas para subir na escada.

---



O que sobrou foi um grupo de cinco macacos que, embora nunca tenham recebido um chuveiro frio, continuavam a espancar todo macaco que tentasse subir na escada.

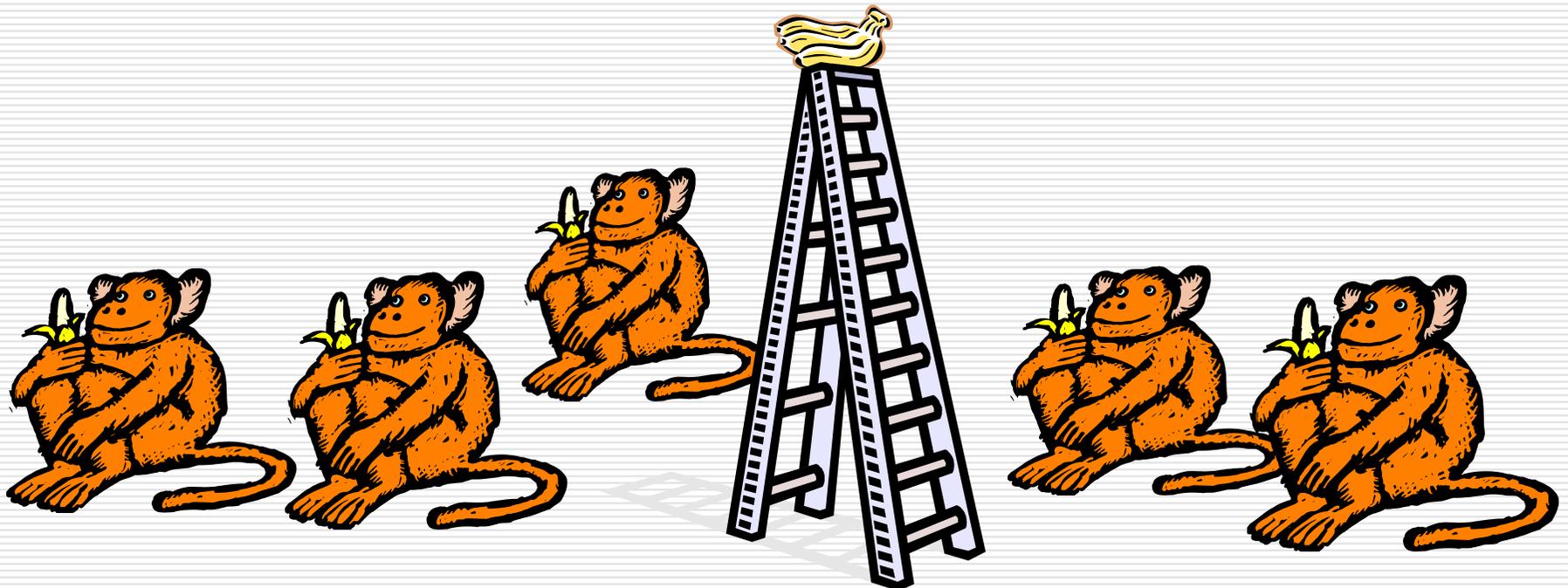
---



Se fosse possível conversar com os macacos e perguntar-lhes por que espancavam os que tentavam subir na escada ... Aposto que a resposta seria:

---

**"Eu não sei - mas sempre foi assim!!"**



# AUDITORIA

---

- Levantamento, estudo e avaliação sistemática de transações, procedimentos, rotinas e demonstrações contábeis de uma entidade com o objetivo de fornecer a seus usuários uma opinião imparcial e fundamentada em normas e princípios sobre sua adequação
-

- 
- Conjunto de técnicas que visam verificar estruturas processos e resultados e a aplicação de recursos financeiros, mediante a confrontação entre uma situação encontrada e determinados critérios técnicos, operacionais e legais, procedendo a exame especializado de controle na busca da melhor aplicação de recursos, visando evitar ou corrigir desperdícios, irregularidades, negligências e omissões.

# AUDITORIA DO SUS

---

- ❑ Conceito mais abrangente
  - ❑ Inclusão de aspectos de avaliação de cumprimento de metas previstas em planos de saúde, de apuração de resultados, de comprovação de qualidade, que precisam ser levados em consideração para o cumprimento das atividades de controle financeiro, contábil e patrimonial nas instituições conveniadas e gestoras do SUS
-

# AUDITORIA em SAÚDE

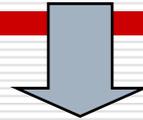
---

*“ Uma avaliação planejada, independente e documentada, que se utiliza do método de coleta de informação, baseada em evidências objetivas e imparciais para determinar se as exigências acordadas estão sendo feitas e fornece subsídios para a verificação da eficácia do Sistema”.*

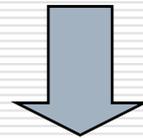
---

# **OBJETIVOS DA AUDITORIA**

---



**VALORIZAR A PREVENÇÃO DE ERROS**



**RESTRINGIR O CARÁTER PUNITIVO**

**ATUA SOBRE OS PROCESSOS**

**DIMINUI ERROS**

**AUMENTA PRODUTIVIDADE**

**DIMINUE CUSTOS**

---

# A AUDITORIA NO SUS

---

## Constituição Federal de 1988

---

“Art. 198 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”

---

# SNA

---

☐ Lei nº 8.080/90

(Da Competência da Direção Nacional do SUS  
art. 16, inciso XIX)

“Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal”

---

## **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde.**

---

- “Art. 33 . . . § 4º. O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.”
  
  - Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde – SUS em finalidades diversas das previstas nesta Lei.”
-

# SNA

---

LEI 8.689 DE 27 / 07 / 1993 – artigo 6º.

- ❑ Institui no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria a quem “compete a avaliação técnico científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde”.
-

Decreto nº.1651 de 28 / 09 / 1995

---

□ SNA - compreende "os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo" (art. 4º), com o objetivo de exercer o controle das ações e dos serviços de saúde em cada esfera de governo gestora do SUS, de acordo com as suas atribuições.

---

# SNA - FEDERAL

---

- Ações previstas na política nacional de saúde.
  - Serviços de saúde sob gestão federal
  - Sistemas de saúde estadual e municipal
  - Aplicação de recursos federais
  - Mecanismos de controle e auditoria dos estados e municípios.
  - DENASUS
-

# Estadual

---

- Ações previstas no plano estadual
  - Serviços públicos ou privados sob gestão estadual
  - Sistemas de saúde municipais
  - Aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios
  - Mecanismos de controle e auditoria municipais
  - GNACS**
-

# Municipal

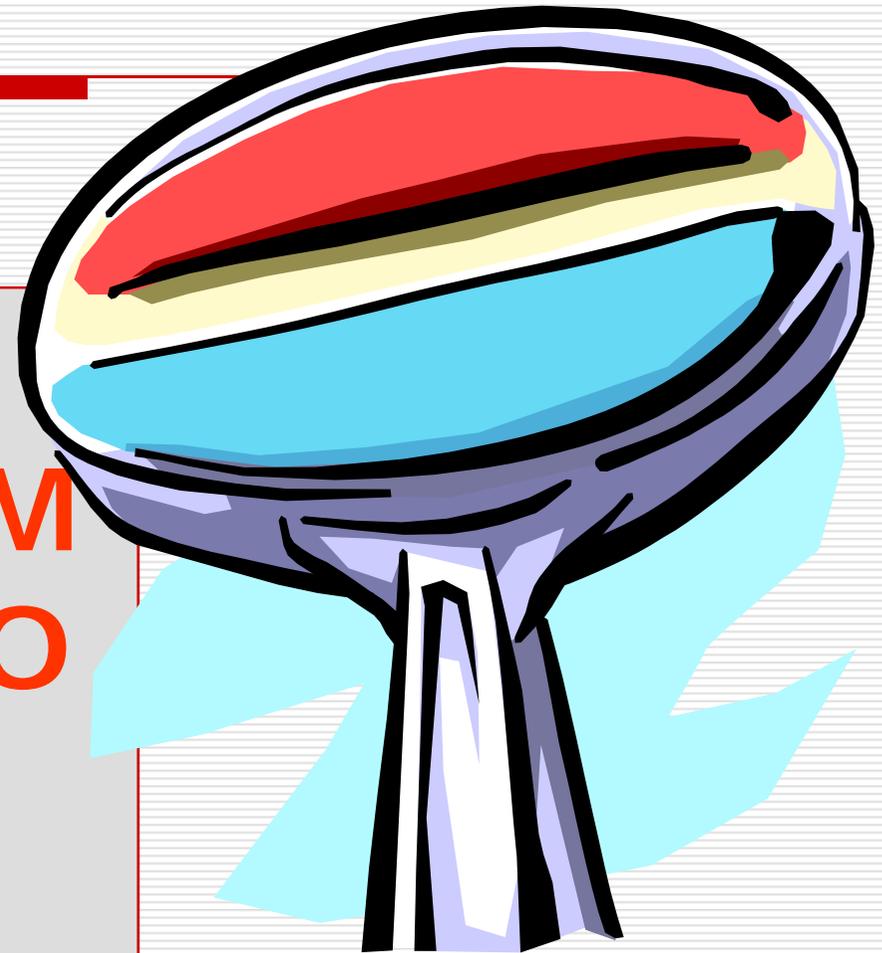
---

- Ações previstas no plano municipal de saúde
  - Serviços públicos ou privados sob gestão municipal
-

- 
- ❑ A legislação do SUS estabelece a criação e funcionamento dos componentes federal, estaduais, municipais e do DF do SNA, os quais devem ter lugar formal na estrutura organizacional e devem ser instituídos por lei ou por decreto.
  - ❑ Os técnicos designados para exercerem a função de auditores deverão ser nomeados por ato legal do respectivo poder executivo, por meio de decreto ou portaria e cada componente de auditoria deverá ter um responsável legal.
-

---

**AUDITORIA  
ENQUANTO UM  
INSTRUMENTO  
DE GESTÃO**



- 
- As práticas de saúde desenvolvem-se em diferentes níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individualizado, pontual, prestado por um determinado profissional, que sózinho ou em conjunto atende em um determinado serviço ou estabelecimento, parte de uma sistema de atenção, sob gestão pública, que envolve saúde coletiva.
  - Ações, serviços, sistemas e gestão = OBJETOS
  - FOCO = depende do OBJETO
-

# OBJETOS da AUDITORIA SUS

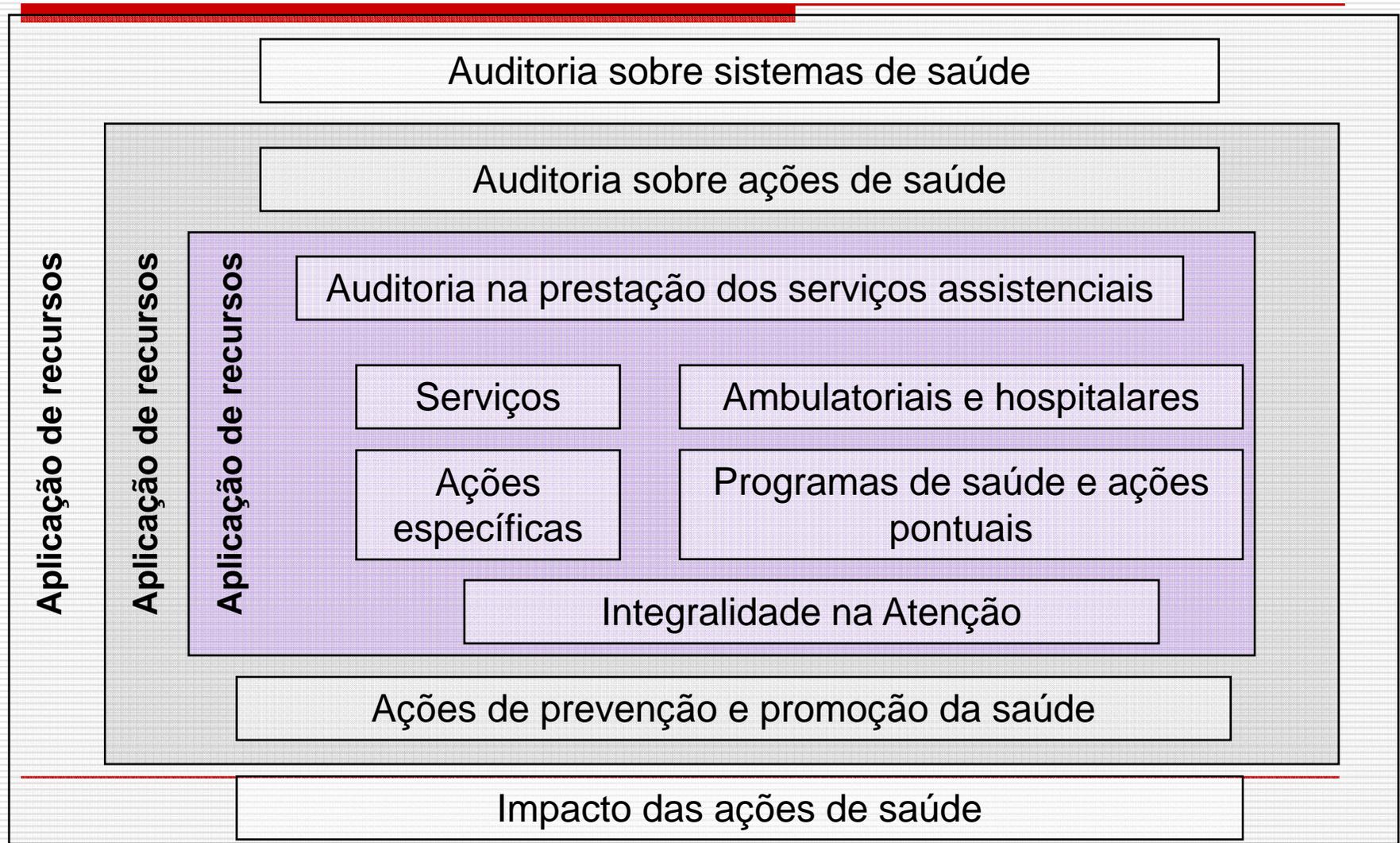
---

- Gestão
  - Sistema de Saúde
  - Serviço : contratos, prestação de serviços
  - Produção hospitalar e ambulatorial : ações
  - Aplicação de recursos : transversal as demais
- 
- Denúncia / atendimento / cobrança
  - Ressarcimento : específica
-

# FOCO

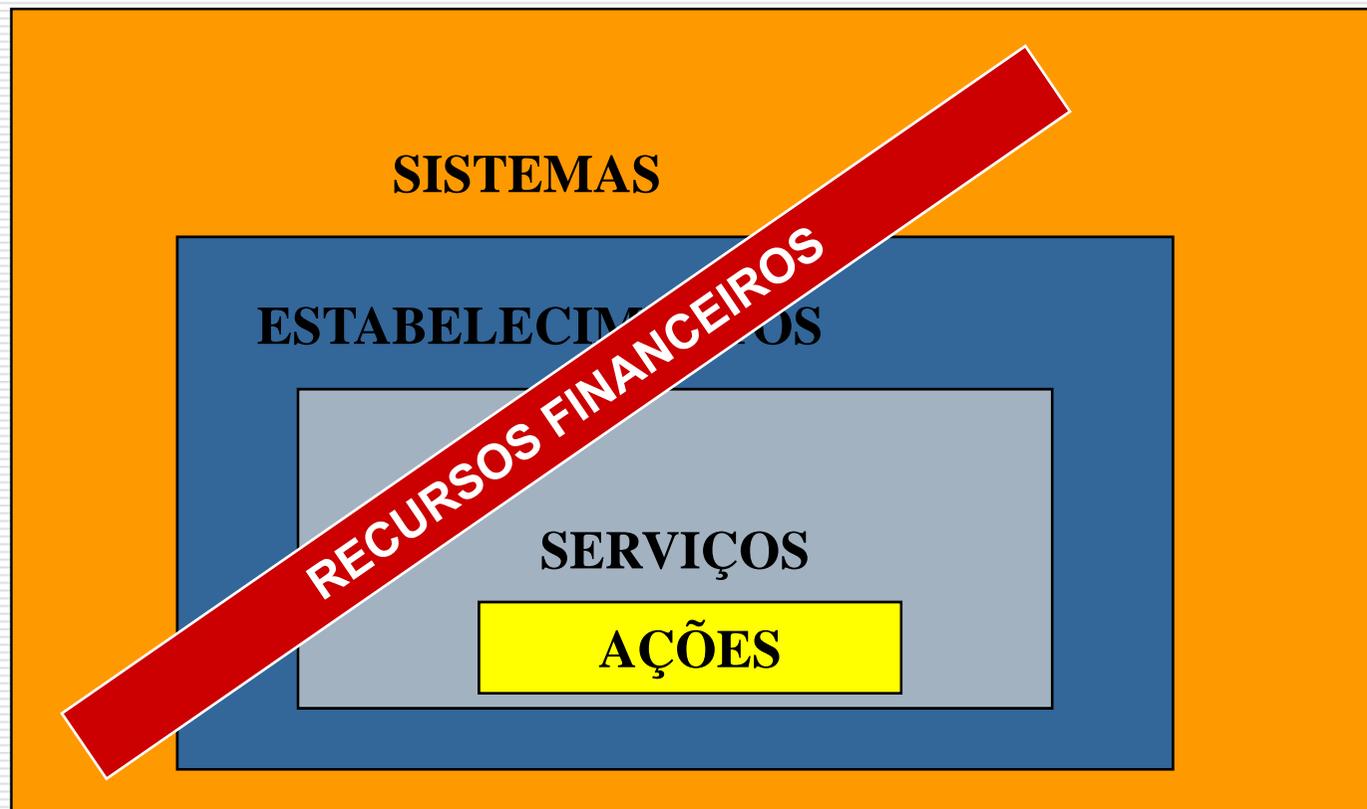
---

- Financiamento : aplicação de recursos
  - Ação : prestação de serviços
  - Contratos
  - Resultados : impacto da ação
  - Gestão : execução do plano de saúde
-



# SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

---



# CONSTITUIÇÃO FEDERAL

---

□ Artigo 198 , parágrafo único :

“ O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do artigo 19, com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

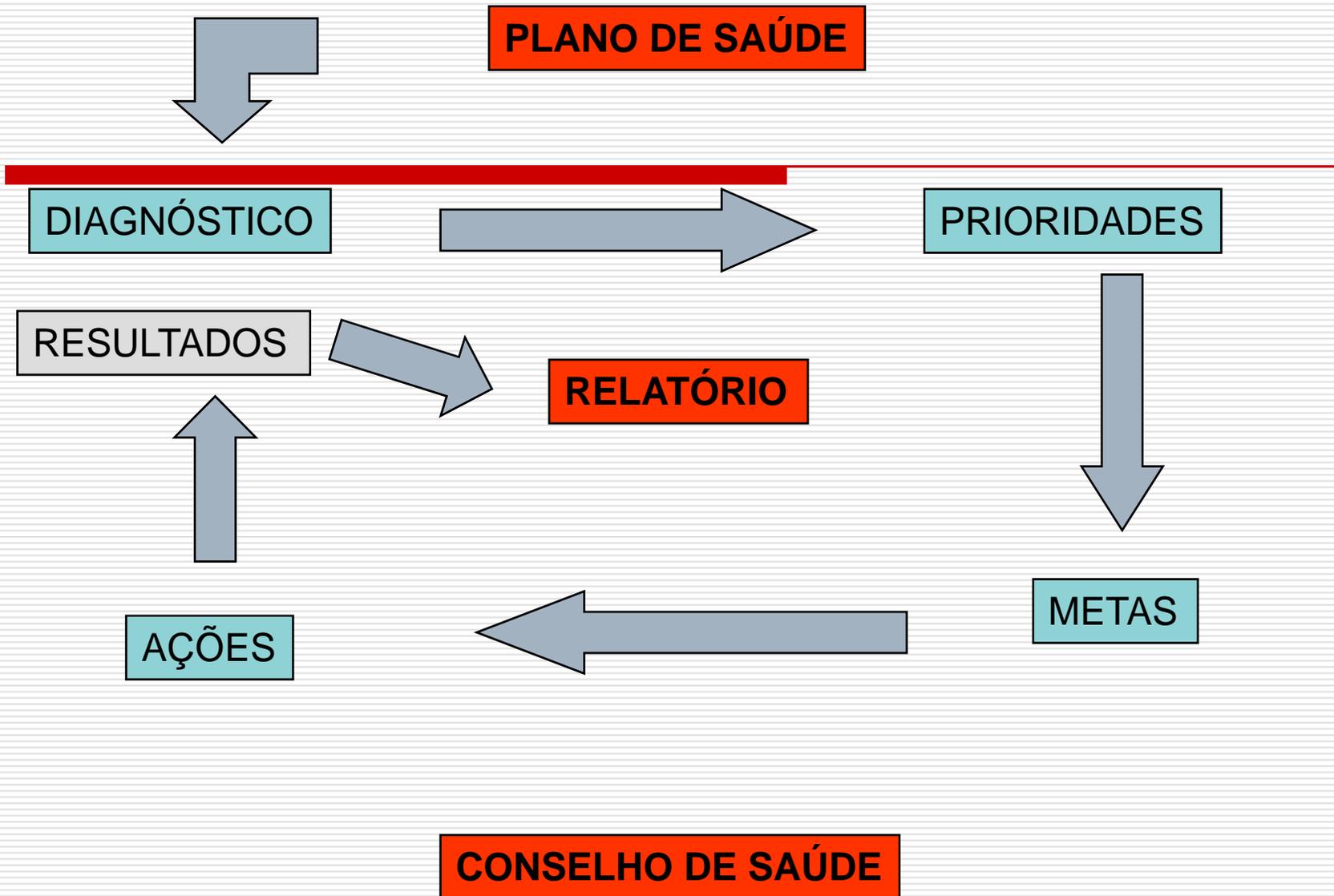
---

# AMPARO LEGAL

---

## □ LEI 8142/90

- Os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão para estados e municípios e repassados de forma regular e automática desde que estes tenham :  
Fundo de Saúde, Conselho de Saúde,  
Plano de Saúde e Relatório de Gestão
-



- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática

## **GESTÃO : Artigo 5º do Decreto nº 1.232, de 30/08/94**

---

- "O Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde."
-

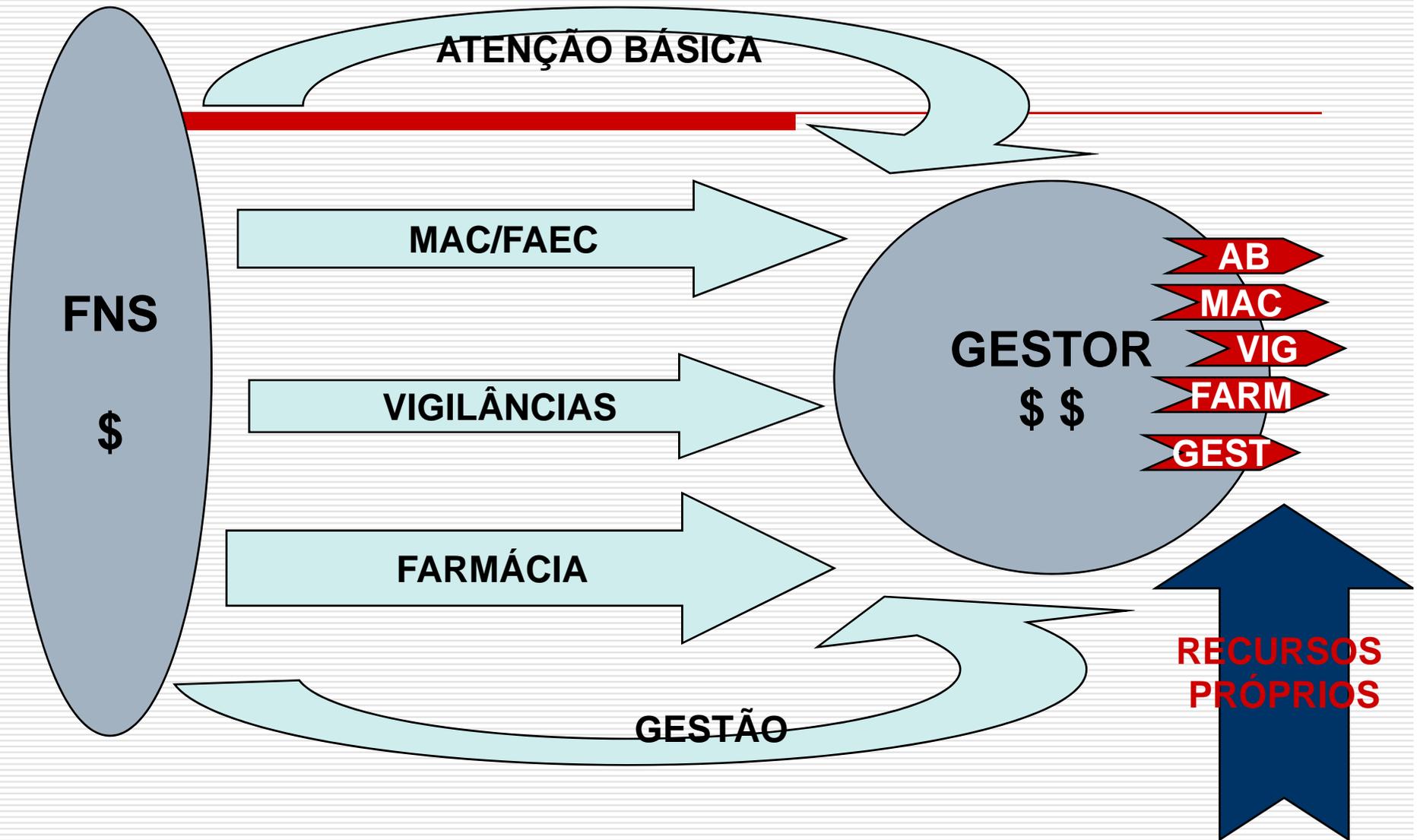
# PORTARIA Nº 204/GM

DE 29 DE JANEIRO DE 2007.

---

- Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
  - Responsabilidade conjunta da União, dos Estados, do DF e dos Municípios pelo financiamento do SUS.
-

# Blocos de financiamento



# DESPESAS NÃO SUS

---

- Não podem ser consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde, as despesas que não sejam diretamente destinadas às ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde ou que não se destinem ao atendimento do usuário do SUS, ainda que possam, indiretamente, contribuir para a melhoria das condições de saúde.
-

# EXEMPLOS

---

- ❑ assistência à saúde de clientela fechada, tais como: institutos de previdência e assistência ou planos de saúde de servidores públicos, hospitais do corpo de bombeiros ou da polícia militar, etc.
  - ❑ merenda escolar
  - ❑ ações de saneamento básico realizadas com recursos provenientes de taxas e tarifas, ou do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que venham a ser excepcionalmente executadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;
  - ❑ pagamento de aposentadorias e pensões (pessoal inativo);
-

- 
- ❑ ações de limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
  - ❑ ações de preservação e correção do meio ambiente, realizados por órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não-governamentais;
  - ❑ ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços de saúde e não promovidas pelos órgãos de saúde do SUS;
  - ❑ ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo para definição dos vinculados à saúde.
-

# Uso dos Recursos PAB

---

- Pagamento de profissionais que executam ações básicas de saúde
  - Material de consumo necessário ao desenvolvimento de ações e serviços básicos de saúde
  - Serviços de terceiros
  - Equipamentos e material permanente para as UBS
  - Obras em UBS
-

# VEDADO

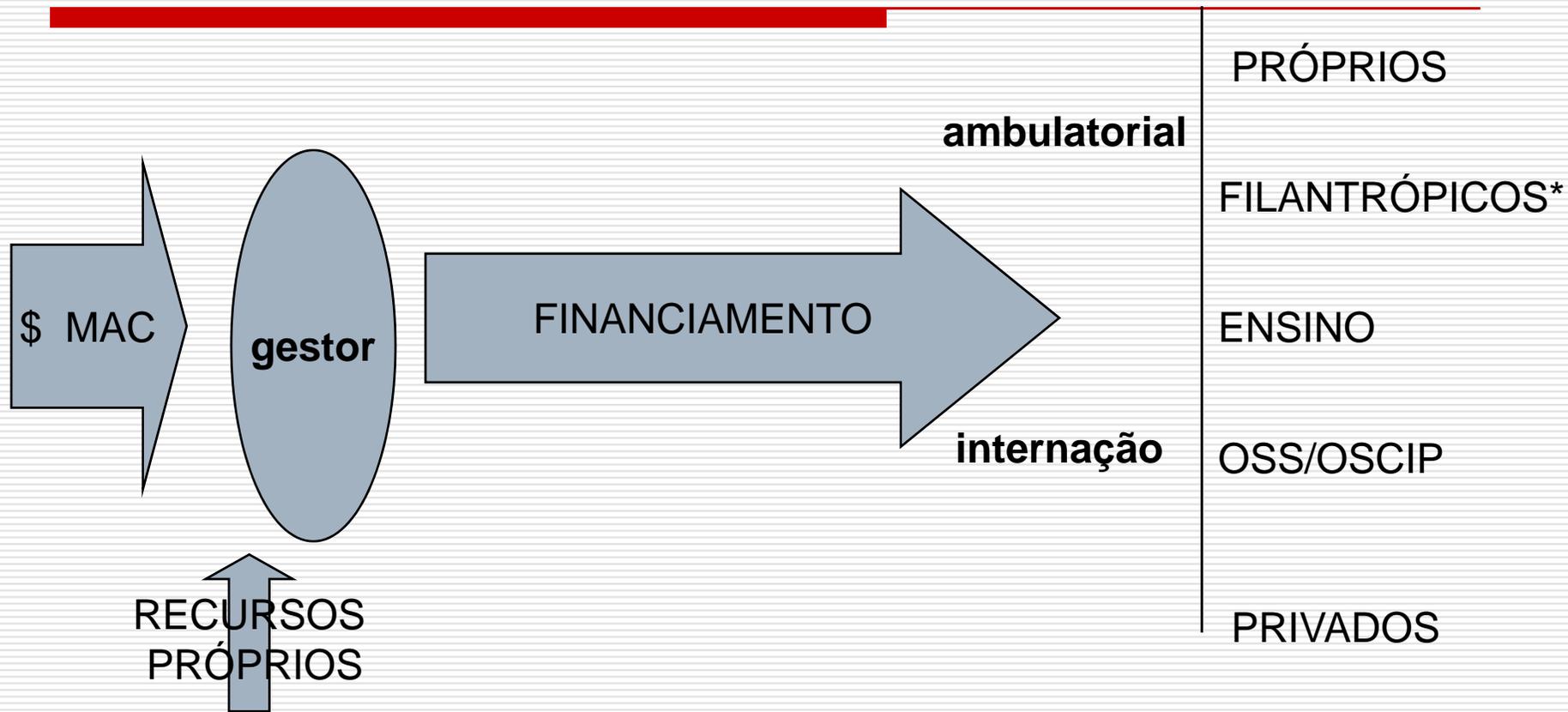
---

- ❑ Despesa fixa com pessoal de unidades administrativas
  - ❑ Pagamento de gratificações de cargos comissionados não ligados a unidades de atenção básica
  - ❑ Pagamentos de assessorias prestadas por servidor
  - ❑ Transferências de recursos a serviços privados ou filantrópicos.
  - ❑ Aquisição de imóveis, equipamentos, material permanente não destinados à prestação direta de serviços de saúde à população
  - ❑ Pagamento de média, alta complexidade e de assistência hospitalar
-

As transferências fundo a fundo do Ministério serão  
SUSPENSAS nas seguintes situações

---

- Quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do Estado, do DF ou do Município envolvido, para o bloco de Financiamento correspondente à ação da Auditoria
-



\*HOSP. PQNO PORTE

# FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA

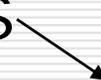
---

☐ HOSPITAIS PRÓPRIOS



ORÇAMENTO

☐ HOSPITAIS FILANTRÓPICOS



☐ HOSPITAIS DE ENSINO



☐ CONTRATO OSS/OSCIP



☐ HOSP. DE PEQUENO PORTE



METAS

☐ PAGAMENTO POR PRODUÇÃO



FATURA

# contratação

---

- ❑ Aos gestores locais do SUS compete assegurar a universalidade e a integralidade no atendimento à saúde.
  - ❑ Para alcançar esse objetivo é facultado agregar serviços de saúde privado de forma a complementar a oferta pública disponível ( art 199 da CF )
-

- 
- ❑ Cabe aos gestores definirem quais serviços e em que quantidades são necessários para complementação da oferta da rede pública.
  - ❑ Preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos
-

# SES SP

---

- ❑ PRIVADOS = 75 ( produção )
  - ❑ PRÓPRIOS/OSS = 154
  - ❑ FILANTRÓPICOS = 212 contratualizados
  
  - ❑ TOTAL = 441 SERVIÇOS
-

# LEI 8666

---

- ❑ 21 de junho de 1993
  - ❑ Institui normas para licitação e contratos da Administração Pública.
  - ❑ Não é específica do SUS, mas referência obrigatória e legal.
  - ❑ Artigo 3 : licitação
  - ❑ Inexigibilidade = chamada pública
-

# CONTRATOS

---

- ❑ Estabelecimento da regularização jurídica do processo de compra e de prestação de serviços mediante a sua formalização.
  - ❑ Devem conter os direitos e deveres de cada uma das partes.
  - ❑ Estabelecer as responsabilidades de gestores e de prestadores
  - ❑ Legitimar a transferência de recursos à iniciativa privada
-

# Remuneração por Serviços Prestados

---

□ Pagamento direto aos prestadores de serviços conveniados ou contratados, contra a apresentação de fatura, referente a serviços realizados conforme programação

- internação : SIH

- ambulatorial : SIA – APAC

---

# Valor acima da tabela

---

- ❑ É permitido ao gestor ( estadual ou municipal) o pagamento de serviços de saúde com valores diferenciados, contanto que a diferença seja complementada com recursos próprios, conforme PT GM/MS 1606/01
-

# Pagamento por produção

---

- ❑ O pagamento por produção de serviços é apenas uma das formas de remunerar os serviços
  - ❑ A mais antiga e a mais criticada, tanto por gestores como prestadores.
  
  - ❑ Novas formas de financiamento
-

# Contrato de METAS - OSS

---

Neste contrato é explicitado os direitos e deveres do contratado e do contratante, mas principalmente determina quais os resultados esperados na atenção prestada pelo estabelecimento, no tocante a média de permanência, taxa de ocupação de leitos, índice de infecção hospitalar, taxa de mortalidade materna, satisfação do usuário, pontos no PNASS entre outros indicadores de qualidade, além de metas de produtividade.

---

# CONTRATUALIZAÇÃO

---

Portaria Ministério da Saúde  
Contratualização SES/SP

## Ações estratégicas, fundamentadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS

---

- ❑ definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS;
  - ❑ definição das responsabilidades dos hospitais e gestores na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; e
  - ❑ qualificação do processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do SUS.
-

MS : Ações estratégicas, fundamentadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS

---

- definidas e especificadas mediante processo de contratualização com estabelecimento de metas e indicadores, que deverão ser aprovados pelas Comissões Intergestores Bipartites - CIB e homologado pelo Ministério da Saúde.
-

MS: O repasse dos recursos financeiros referentes ao inciso VI do artigo 4º da Portaria 1721 dar-se-á em duas etapas, a saber:

---

- Etapa de Adesão para a qual serão destinados 40% do valor definido para cada estabelecimento hospitalar, a partir da competência em que for formalizada a intenção de aderir a esse programa, e
  - Etapa de Contratualização na qual haverá a incorporação dos recursos financeiros referentes ao percentual residual de 60% do valor definido para cada estabelecimento hospitalar.
-

## SES: critérios para alocação dos recursos financeiros de Incentivo Estadual a Contratualização - IEC

---

- ❑ destinados aos hospitais que não se enquadraram no Programa do MS, exceto aos Universitários e Privados com fins lucrativos, em parcelas mensais correspondentes a **10%** da média do valor pago **em MAC**, no período de setembro a dezembro de 2005;
-

## O Plano Operativo (MS e SES) compreende:

- ❑ metas físicas e de qualificação para as ações e atividades propostas, bem como indicadores que permitam o seu acompanhamento e avaliação.
- ❑ as metas e indicadores propostos pelas políticas prioritárias do Ministério da Saúde, especialmente aquelas relacionadas às políticas de saúde para as áreas de sangue, transplantes, urgência e emergência, AIDS, humanização, saúde da mulher e da criança, terapia intensiva, pesquisa e gestão do trabalho e da educação para o SUS.
- ❑ o sistema de avaliação de metas, incluindo-se os parâmetros e a valorização adotada com relação ao cumprimento das metas e seu respectivo impacto financeiro.

**O Plano Operativo, diferentemente do convênio, terá validade máxima de 12 (doze) meses não podendo ser prorrogado.**

## DIRETRIZES PARA A PACTUAÇÃO DAS METAS DO CONVÊNIO I – ATENÇÃO À SAÚDE E PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS

---

- a) garantia de acesso aos serviços pactuados e contratados de forma integral e contínua, por meio do estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas;
  - b) inserção dos hospitais filantrópicos na rede do SUS, com definição clara do perfil assistencial e da missão institucional, observando, entre outros, a hierarquização e o sistema de referência e contra-referência, como garantia de acesso à atenção integral à saúde;
  - c) compromisso em relação aos ajustes necessários no que se refere à oferta e à demanda de serviços do hospital filantrópico, dando preferência às ações de média complexidade ou de acordo com o porte, missão e perfil do hospital.
-

- 
- d) organização da atenção orientada pela Política Nacional de Humanização;  
([www.saude.gov.br/humanizausus](http://www.saude.gov.br/humanizausus))
  - e) implementação da Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria 3.916, de 30 de outubro de 1998, mormente no que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos; (RENAME e Genéricos).
  - f) elaboração de protocolos clínicos, técnico-assistenciais, para integrar e apoiar as diversas ações de saúde desenvolvidas na rede de serviços do SUS;
-

## I – ATENÇÃO À SAÚDE E PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS

- g) elaboração e adoção pelo hospital de protocolos operacionais, em conjunto com o gestor;
- h) inserção, no sistema de urgência e emergência loco-regional, a partir da definição do papel do hospital no Plano Estadual de Assistência à Urgência;
- i) manutenção, sob regulação do gestor local do SUS, da totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes;
- j) a abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital filantrópico envolverá pactuação prévia com os gestores do SUS, principalmente no que diz respeito a provisão de recursos financeiros de custeio das ações/atividades, que deverão ser incorporados ao convênio mediante termo aditivo;
- k) constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, estabelecendo-se relações de cooperação técnica no campo da atenção, entre os diferentes serviços do SUS, independentemente do nível de complexidade;

## I – ATENÇÃO À SAÚDE E PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS

- l) diversificação das tecnologias de cuidado utilizadas pelo hospital no processo assistencial, incluindo aquelas centradas no usuário e sua família, que levem à redução do tempo de permanência da internação hospitalar (hospital dia, atenção domiciliar e cirurgia ambulatorial);
  - m) desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância em saúde, ou participação como hospital colaborador do Projeto Hospitais Sentinela de acordo com as normas da ANVISA;
  - n) constituição das comissões de documentação médica e estatística, de óbitos, além de outras comissões necessárias e obrigatórias ao funcionamento de uma instituição hospitalar;
  - o) mecanismos de relação entre as partes com a definição e pactuação das competências dos gestores e do hospital filantrópico com relação ao planejamento, organização, controle, avaliação dos serviços pactuados considerando as especificidades locorregionais do SUS;
  - p) Utilização do Banco de Preços em Saúde (disponível no Portal do Ministério da Saúde) a fim de racionalizar e otimizar a alocação dos recursos financeiros;
- 
- q) outros pactos que as partes julgarem importantes.

# CONTRATUALIZAÇÃO

---

- ❑ O valor a ser transferido mensalmente é pactuado e revisto periodicamente ou sempre que as partes julgarem necessário.
  - ❑ Esta forma de transferência termina com as problemáticas de quota insuficiente de AIH, seleção de internações a ser realizadas e informadas, atraso no pagamento, AIH represadas, manipulação na informação dos CID e outros inconvenientes.
-

# CONTRATUALIZAÇÃO

---

- Portaria SAS 635 10/11/2005  
HOSPITAIS FILANTRÓPICOS
  - Recursos financeiros através de produção de serviços, alcance de metas físicas e de qualidade. (misto)
  - Parte fixa e variável
  - Adesão voluntária
  - Compromissos compulsórios
-

# RECURSOS FINANCEIROS

---

- ❑ Componente com valor FIXO mensal
  - ❑ Componente com valor variável conforme cumprimento de METAS estabelecidas  
***METAS FÍSICAS E DE QUALIDADE***
  - ❑ Componente correspondente à produção de serviços – FAEC
-

# ORÇAMENTAÇÃO MISTA

---

FAEC :

.Por produção

MÉDIA COMPLEXIDADE:

.FIXO

.VARIÁVEL

ATENÇÃO BÁSICA : incluído no fixo

---

# modelo de alocação de recursos financeiros para ações ambulatoriais e hospitalares

## MS

- Alta Complexidade permanece no modelo atual conforme a produção de serviços;**
- Prestação de serviços relacionados a procedimentos remunerados por meio do FAEC permanece no modelo atual conforme a produção de serviços;
- Prestação de serviços relacionados a procedimentos de média complexidade deverá ser orçamentada e disposta em dois componentes, um fixo, relacionado às metas físicas e outro variável conforme o cumprimento de metas de qualidade da atenção e gestão;
- Ações relacionadas à AB ainda no âmbito hospitalar serão remuneradas por meio do componente fixo da orçamentação.**

## SES

- Alta Complexidade também será contratualizada , inclusive naqueles contemplados pelo IAC/MS
- Prestação de serviços relacionados a procedimentos remunerados pelo FAEC permanece no modelo atual conforme a produção de serviços;
- Prestação de serviços relacionados a procedimentos de média complexidade e alta complexidade deverá ser orçamentada e disposta em dois componentes, um fixo, relacionado às metas físicas e outro variável conforme o cumprimento de metas de qualidade da atenção e gestão;
- Ações de atenção básica não serão remuneradas pelo Gestor Estadual

# HOSPITAL DE ENSINO

---

- Estabelecer que as ações estratégicas sejam definidas e especificadas mediante processo de contratualização apoiada no estabelecimento de metas e indicadores de acompanhamento
  - As fontes utilizadas para a coleta e análise dos dados são: O CNES, os Sistemas de Informação Hospitalar e Ambulatorial do MS - SIA e SIH/SUS e os dados comprovados por meio do processo de certificação dos hospitais de ensino.
-

- 
- Entende-se processo de contratualização como o meio pelo qual as partes, o representante legal do hospital de ensino e o gestor do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos
-

# Contratualização

---

## Plano Operativo

*Instrumento no qual são apresentadas as ações, os serviços, as atividades, as metas quantitativas e qualitativas e os indicadores a serem pactuados entre gestores e prestadores de serviços de saúde.*

---

# Plano Operativo

## Objetivos

---

- ❑ Redefinição do perfil assistencial da instituição e sua inserção articulada e integrada no SUS
  - ❑ Definição do papel da instituição na pesquisa, avaliação de tecnologias em saúde e de gestão
  - ❑ Definição do papel dos hospitais de ensino na educação e formação de profissionais de saúde
  - ❑ Qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e inserção do hospital no SUS
  - ❑ Implantação de nova lógica de financiamento
  - ❑ Processo de contratualização com metas quantitativas e qualitativas e indicadores
  - ❑ Avaliação pela comissão de acompanhamento
-

# Estratégia da Contratualização

---

1. Definição do perfil assistencial
  2. Inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde existente
  3. Definição das responsabilidades entre o gestor e prestador
-

# Vantagens da Contratualização

---

Pactuação de metas físicas e qualitativas

Revisão do modelo de financiamento

Pagamento valor fixo

Fortalecimento da gestão hospitalar

Planejamento e gestão da rede e do hospital

Melhora do relacionamento com o gestor do SUS

Permite ajuste de leitos e adequação ao perfil assistencial da região e/ou instituição

---

# PEQUENO PORTE

---

PORTARIA N° 1.044, DE 1° DE JUNHO DE 2004

- ❑ I - ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica;
  - ❑ II - estar localizado em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes;
  - ❑ III - possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no CNES;
  - ❑ IV - estar localizado em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%.
-

# INTERNAÇÃO

---

- Independentemente do sistema de remuneração a única forma de apresentar a produção hospitalar no SUS é através da AIH – Autorização de Internação Hospitalar



# AIH

---

- ❑ Conta hospitalar apresentada em meio magnético
  - ❑ Transcrição dos dados da internação para processamento utilizando regras específicas definidas no Manual SIH/SUS e suas tabelas.
  - ❑ As regras são iguais para todos : públicos e privados
-

- 
- ❑ Transformar a Tabela de Procedimentos em um instrumento de gestão para as ações de planejamento, programação, controle, regulação e avaliação.
  - ❑ GESTOR toma decisões e não o SISTEMA ou o PRESTADOR se a tabela permitir.
-

# INFORMAÇÃO SUS

---

- A informação é um recurso gerencial fundamental, utilizada no conhecimento, planejamento, programação, controle e avaliação do sistema de saúde.
  
  - No SUS : políticas, planos e programas de saúde.
-

# USO DA INFORMAÇÃO

---

- Avaliação da atenção básica
  - Alcance de metas dos serviços públicos
  - Indicadores de avaliação de gestão
  - Perfis nosológico e epidemiológico da população
  - Base para o processo de programação e organização da assistência
  - Desencadeamento de ações de controle
  - Controle social.
  - Repasse financeiro ( faturamento).
-

# Atributos do procedimento AIH

---

- PM : tempo médio de permanência
  - MN : idade mínima para o procedimento
  - MX : idade máxima para o procedimento
  - A : número de auxiliares
  - PTO : pontos correspondentes aos SP
  - SEXO
  - Compatibilidades : CID, CBO....
  - VALOR : SH, SP
  
  - "PACOTE"
-

# Valor do procedimento

---

-valor FIXO por procedimento dividido em SH, SP (tabela SIH= "PACOTE")

-valor VARIÁVEL ( agregado )

Hemoterapia

Parto : analgesia, neonato, pediatra, componente de humanização, registro de nascimento, teste rápido HIV

Diárias e Procedimentos especiais

---

# PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

---

- surfactante, estreptoquinase,
- albumina, hemoterapia, anti-rh,
- ciclosporina, imunoglobulina
- dietas enteral e parenteral,
- OPM, marcapasso,
- diálises, cateterismo,
- CT, USG, RNM, arteriografia, hemodinâmica,
- Endoscopia, biopsia, anestesia
- Traqueostomia, drenagem, aminocentese..
- Fisioterapia, curativos
- Diárias de UTI, acompanhante, a maior.

**PRESTADOR**

**REGULAÇÃO DO GESTOR**

**PRESTADOR  
AUTORIZADO A REALIZAR  
O PROCEDIMENTO**

**AUTORIZAÇÃO  
Auditoria Médica**

**FATURAMENTO**

**Auditoria de Atendimento originadas  
por demandas**

**ANTES DA  
REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO**  
*Médicos Reguladores ou  
AUTORIZADORES*

**DURANTE A REALIZAÇÃO  
ANTES DA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO  
AUTORIZAÇÕES DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**  
*Médicos Autorizadores ou DIRETORES CLÍNICOS  
Auditores Internos*

**APÓS A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO  
ANTES DA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO  
SIHD (BLOQUEIOS)**  
*Médico Auditor*

**APÓS A REALIZAÇÃO  
APÓS PAGAMENTO**  
*Médico Auditor*

# RESOLUÇÃO-RDC Nº 62

20 DE MARÇO DE 2001

---

*Estabelece as normas para o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.*

# LEI 9656/98

---

- **Art. 32.** Serão ressarcidos pelas operadoras a que alude o art. 1º os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
  
  - § 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao Sistema Único de Saúde - SUS nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo CONSU, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros
-

- 
- § 2º Para a efetivação do ressarcimento, a entidade prestadora ou o SUS, por intermédio do Ministério da Saúde, conforme o caso, enviará à operadora a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
  
  - § 5º A entidade prestadora de serviços que receber o ressarcimento diretamente das operadoras informará mensalmente ao Ministério da Saúde a discriminação dos serviços prestados, dos valores recebidos e os dados cadastrais dos consumidores, na forma da regulamentação.
-

Serão ressarcidos pelas operadoras os atendimentos previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, abrangendo:

os atendimentos realizados por unidades públicas de saúde;

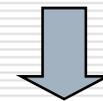
os atendimentos de urgência e emergência realizados por instituições privadas, conveniadas ou contratadas pelo SUS.

- O ressarcimento será cobrado de acordo com os procedimentos estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - **TUNEP**.
- As operadoras poderão apresentar junto à ANS, ***impugnações*** acompanhadas de documentação comprobatória.

administrativo



CARÁTER



técnico

# PESQUISA DE SATISFAÇÃO

---

- ❑ CINCO QUESTÕES :
  - ❑ PAGAMENTO : ao serviço, ao profissional
  - ❑ REALIZAÇÃO do PROCEDIMENTO : confirma ou não
  - ❑ Outras 3 questões se referem a avaliação dos serviços, acesso e dos profissionais
-

# SIHD : PERMITE AO GESTOR

---

- configurar e informar o teto financeiro definido para cada estabelecimento no total ou por especialidade, assim como o acompanhamento de seu desempenho;
  - adicionar valores complementares, para aportar recursos adicionais oriundos de receitas próprias
-

# BLOQUEIOS

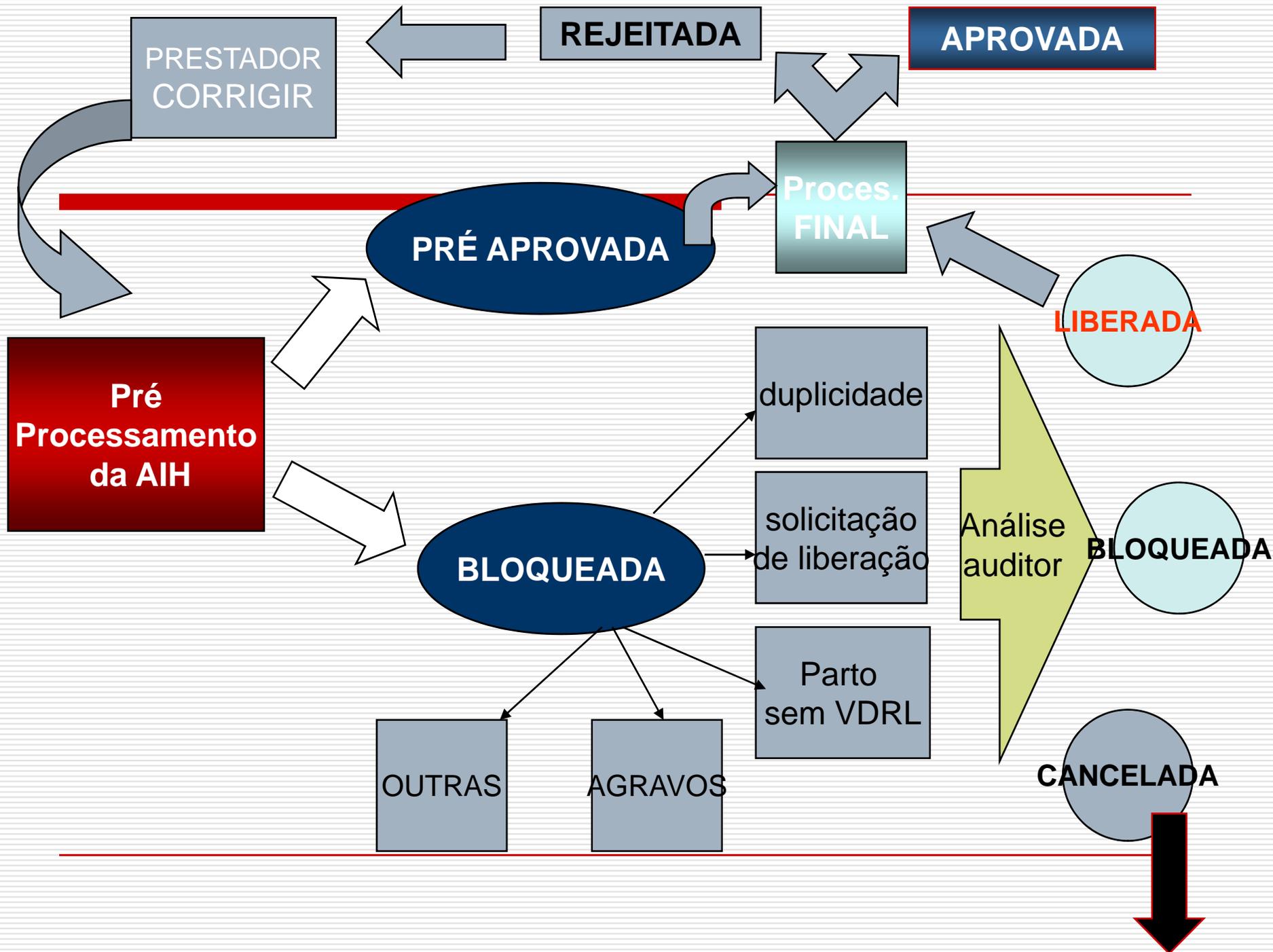
---

- Duplicidade
  - Agravo ( DNC )
  - AIH de parto sem VDRL
  - Solicitação de liberação de crítica
    - idade, tempo, quantidade
  - AIH aprovada anteriormente
  - AIH bloqueada anteriormente
  - Pelo operador do sistema
-

# críticas

---

- ❑ As críticas relativas ao cadastro serão realizadas no nível do gestor municipal ou estadual, tais como:
    - leitos não cadastrados na especialidade, nível de hierarquia incompatível com o procedimento, procedimento exige habilitação, profissional ou terceiro não cadastrado, esta AIH extrapola a capacidade instalada no estabelecimento ou na especialidade, leito de UTI não cadastrado, a gestão do atendimento prestado pertence a outro gestor, autorizador não cadastrado pelo gestor.
-



---

□ VOLTAMOS AO INÍCIO :

## A CONTA HOSPITALAR

“Pode ser processada e paga?”

□ A PERGUNTA É QUE TEM DE MUDAR

“Qual a assistência que quero?”

---

---

O GESTOR não pode deixar para o SIHD/SIA decidir.

Sistema de **informações**.

Exemplo SIHD : tem VÁRIOS relatórios

- Não são da AUDITORIA:

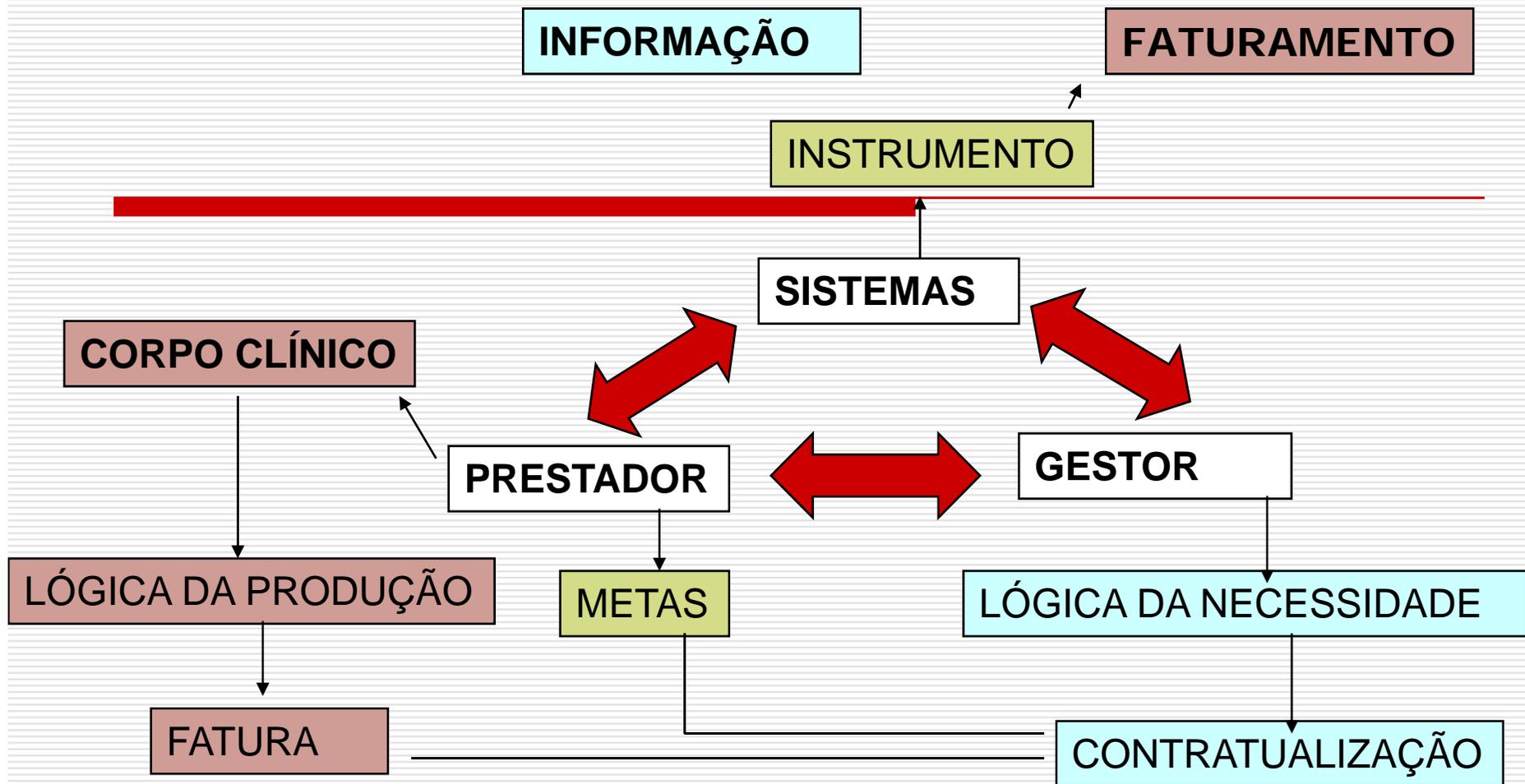
VDRL, quantidade, DNC, CBO, CID, %cesárea...

NEM pode deixar para O PRESTADOR decidir!

Planejamento : o que é necessário?

---





O QUE ESTÁ FALTANDO AQUI ?

O CIDADÃO

# CONSTITUIÇÃO FEDERAL

---

- **Art 196: *“A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”***
-

- 
- ❑ INTERNAÇÃO POR AVC = 'PAGA'
  - ❑ PARTO SEM VDRL = 'NÃO PAGA'
  - ❑ SIMPATECTOMIA = 'PAGA'
  - ❑ DUAS OPM = 'NÃO PAGA'
  - ❑ AMPUTAÇÃO DE HALUX = 'PAGA'
  - ❑ CESAREANA = 'NÃO PAGA'
  
  - ❑ E.....ISSO BASTA?
-

# Auditoria Clínica

---

- ANÁLISE CRÍTICA SISTEMÁTICA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE, INCLUINDO OS PROCEDIMENTOS USADOS PARA O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO, O USO DOS RECURSOS E OS RESULTADOS PARA OS PACIENTES**
-



Tracey Jones MSc  
Clinical Audit and  
Effectiveness  
Manager, North  
Bristol NHS Trust

Simon Cawthorn  
BSc MBBS MS FRCS  
Consultant Surgical  
Oncologist, North  
Bristol NHS Trust

# What is clinical audit?

Sponsored by an educational grant from Aventis Pharma

- Clinical audit is a quality improvement process that aims to improve patient care and outcomes by carrying out a systematic review and implementing change. Aspects of patient care – including structure, processes and outcomes – are selected and evaluated against explicit criteria and, where necessary, changes are implemented at an individual, team or service level. Further monitoring can then be used to confirm the improvements in healthcare delivery. This definition is endorsed by the National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- Clinical audit provides the framework to improve the quality of patient care in a collaborative and systematic way, as outlined in current NHS policy statements.
- The report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984–1995 (2001) highlights the importance of clinical audit.
- Clinical governance presents a new challenge – to take audit 'at its best' and incorporate it within organisation-wide approaches to quality (see *What is clinical governance?*).
- Topics for audit projects should reflect national and/or local targets; for example, in cancer services, coronary care or mental health. Projects may also need to focus on the implementation of National Service Frameworks (NSFs), Health Improvement and Modernisation Plans (HIMPs) or NICE guidelines and appraisals.
- Clinical audit has a mixed history in the NHS. For it to become an important component in the management of health services, a change needs to take place in the standing of audit programmes. Audit can no longer be seen as a fringe activity for enthusiasts within clinical governance. Instead, the NHS needs to make a commitment to support audit as a mainstream activity.
- Clinical audit, when it is conducted well, provides a way in which the quality of care can be reviewed objectively, within an approach which is supportive and developmental.

## Auditoria Assistencial ou Clínica

---

Processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados.

Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

---

# QUALIDADE EM SAÚDE

---

- *“ O propósito dos sistemas de atenção à saúde, em seu núcleo e através de inúmeras partes, é proporcionar o mais alto nível de qualidade ao menor custo, de maneira mais eqüitativa, ao maior número de pessoas”*

Donabedian, 1986

**ESSE É O DESAFIO DA GESTÃO**

---

---

**“Quem nunca errou,  
nunca tentou fazer algo novo”**

Albert Einstein

---

---

**OBRIGADO**

[vsmoya@saude.sp.gov.br](mailto:vsmoya@saude.sp.gov.br)

---