

# REGULAÇÃO EM SAÚDE

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume **10**

ATUALIZAÇÃO  
JUNHO/2015

Copyright 2015 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser acessada, na íntegra, na biblioteca eletrônica do CONASS, [www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca).



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2015

**AC** Francisco Armando Melo

**AL** Rozangela Wyszomirska

**AM** Wilson Duarte Alecrim

**AP** Pedro Rodrigues Gonçalves Leite

**BA** Fábio Vilas Boas

**CE** Henrique Jorge Javi de Sousa

**DF** João Batista de Sousa

**ES** Ricardo Oliveira

**GO** Leonardo Vilela

**MA** Marcos Pacheco

**MG** Fausto Pereira dos Santos

**MS** Nelson Barbosa Tavares

**MT** Marco Aurélio Bertúlio

**PA** Vítor Manuel Jesus Mateus

**PB** Roberta Abath

**PE** José Iran Costa Júnior

**PI** Francisco Costa

**PR** Michele Caputo Neto

**RJ** Felipe Peixoto

**RN** José Ricardo Lagreca

**RO** Williames Pimentel

**RR** Kalil Gibran Linhares Coelho

**RS** João Gabbardo dos Reis

**SC** João Paulo Kleinubing

**SE** José Macêdo Sobral

**SP** David Uip

**TO** Samuel Braga Bonilha



DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2015/2016

PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

**Região Centro-Oeste**

Marco Bertúlio (MT)

**Região Nordeste**

Fábio Vilas Boas (BA)

**Região Norte**

Francisco Armando Melo (AC)

**Região Sudeste**

Fausto Pereira (MG)

**Região Sul**

João Gabbardo (RS)

COMISSÃO FISCAL

Leonardo Vilela (SES/GO)

José Macedo Sobral (SES/SE)

Marcos Pacheco (SES/MA)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



ATUALIZAÇÃO DO LIVRO

Eliana Dourado

Rita de Cássia Bertão Cataneli

REVISÃO TÉCNICA

René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Sem Fronteira Idiomas

EDIÇÃO

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO

Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE

Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO

Marcus Carvalho

# SUMÁRIO

- 6 Implantação da Política Nacional de Regulação**
- 9 Portaria GM/MS N. 3.410/2013**

## **Implantação da Política Nacional de Regulação**

A Política Nacional de Regulação foi instituída em 2008 por meio da Portaria GM/MS n. 1559/2008 e, em 2009 foram destinados recursos federais para investimento em obras, equipamentos e reformas das estruturas dos Complexos Reguladores, compostos pelas Centrais de Regulação (CR) e Unidades de Saúde, mediante critérios definidos na Portaria n. 2.907/2009.

Porém, somente em 2012, por força da instituição das Redes Temáticas prioritárias e do estabelecimento de novas regras para o planejamento da saúde em geral, em decorrência do Decreto n. 7.508/2011, que regulamentou a Lei n. 8.080/1990 e da Lei Complementar n. 141/2012<sup>1</sup> é que foram regulamentados recursos de custeio para manutenção das Centrais de Regularão (CR) de internação e/ou ambulatorial (Portaria GM/MS n. 1.792/2012, alterada no mesmo ano, pela Portaria GM/MS n. 2.655/2012).

A habilitação das CR ao recebimento do incentivo financeiro de custeio foi condicionada à responsabilidade pelo gestor de saúde de inserir nas Centrais de Regulação os componentes de referência das redes temáticas e linhas de cuidados prioritárias instituídas no período: Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede Cegonha; Rede de Atenção Psicossocial; Ações e serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de mama e câncer de colo do útero; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e Propedêutica e terapêutica para o portador de afecções renocardiovasculares, e demais agravos considerados prioritários pelas comissões intergestores. (sobre a implantação das Redes de Atenção ver “A Atenção Primária e as Redes de Atenção”/CONASS, 2015).

O recurso de custeio para a CR Ambulatorial e/ou de Internação é variável de acordo com o Porte da Central e a abrangência populacional, conforme Quadro 01 a seguir.

1\_ Ver detalhamento no Livro A Gestão do SUS, CONASS/2015, disponível em <<http://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-do-sus/>>.

**Quadro 01** CENTRAL DE REGULAÇÃO (CR) AMBULATORIAL E/OU DE INTERNAÇÃO SEGUNDO PORTE ABRANGÊNCIA POPULACIONAL E O INCENTIVO DE CUSTEIO

PORTE	ABRANGÊNCIA POPULACIONAL	INTERNAÇÃO	AMBULATORIAL	AMBULATORIAL E INTERNAÇÃO
I	Duzentos mil a quinhentos mil	47.700,00	16.200,00	53.100,00
II	Quinhentos mil a um milhão	53.000,00	18.000,00	68.000,00
III	Um milhão a três milhões	66.600,00	27.900,00	86.400,00
IV	Três milhões a seis milhões	78.300,00	37.800,00	110.700,00
V	Seis milhões	108.450,00	49.500,00	151.650,00

Obs. pela portaria n. 1792 são admitidos acordos entre regiões de saúde para alcançar o limite mínimo de duzentos mil habitantes.

Em 2013, dando continuidade ao eixo implantação/implementação da política, foi instituído um incentivo financeiro de investimento para aquisição equipamentos e materiais permanentes e de custeio para reformas, para as Centrais de Regulação (CR) de Consultas e/ou Centrais de Regulação de Internações Hospitalares, mediante apresentação de proposta pelos estados, municípios e Distrito Federal em conformidade com a Política Nacional de Regulação, através da Portaria GM/MS n. 2.923/2013.

É importante destacar que em 2012 por meio da Portaria GM/MS n. 841/2012 foi publicada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde. Pela RENASES o acesso às ações e serviços serão oferecidos de acordo com os regramentos do SUS no tocante ao acesso, baseados em critérios de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde e ordenado pela atenção primária:

- ação ou serviço com acesso mediante procura direta pelos usuários: ação ou serviço com acesso livre para o usuário, sem exigência de qualquer tipo de encaminhamento ou mecanismo de regulação de acesso; considerados portas de entrada do SUS, conforme definido no artigo 9º do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011;
- ação ou serviço com acesso mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS: ação ou serviço que exige encaminhamento realizado por um serviço próprio do SUS (público municipal, estadual ou federal);

- ação ou serviço com acesso garantido mediante autorização prévia de **dispositivo de regulação**: ação ou serviço provido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação de acesso (central de regulação, complexo regulador ou outro dispositivo incumbido de regulação de acesso, coordenação de cuidado ou controle de fluxo de pacientes entre serviços de saúde);
- ação ou serviço com exigência de habilitação: ação ou serviço com exigência de autorização pelo gestor municipal, estadual ou federal para que um estabelecimento de saúde já credenciado ao SUS passe a realizar procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS, conforme estabelecido pela Portaria n. 414/SAS/MS, de 11 de agosto de 2005;
- ação ou serviço com indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional: ações ou serviços que contam com protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas nacionais específicas, conforme o inciso II do art. 19-N e art. 19-O da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990; e
- ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, com intervenções individuais, em grupo e na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância: ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, mesmo que suas intervenções sejam feitas sobre indivíduos, grupos ou na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância.

Considerando que a elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde, e que deve ser considerado na análise da situação de saúde entre outros temas, o **fluxo de acesso**, contidos no Mapa da Saúde e na Programação Anual de Saúde (PAS), sendo que o marco regulatório deverá se readequado a este novo contexto.

Tendo como pressuposto as condições acima para atender a integralidade da assistência à saúde, segundo informação do DRAC/SAS/MS está em processo de revisão a Política Nacional de Regulação e seu arcabouço jurídico, inclusive a portaria n. 1.792/2012 que custeia as CR.

Em relação à regulamentação do processo de contratação, destaca-se que embora a contratação de serviços de saúde no SUS seja preocupação dos gestores há muito tempo, ainda existem serviços sem contratos formalizados com



os gestores. Essa preocupação com a situação de informalidade na prestação de serviços complementares ao SUS e, a necessidade de aprimorar o processo de formalização dos contratos, introduziram, no Pacto de Gestão/2006, como meta, a regularização das relações entre gestores e prestadores por meio da contratualização de todos os prestadores de serviço e da regulação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados.

Além disso, a implementação da RAS apresenta em sua concepção a necessidade de planejamento das ações e serviços de saúde a partir de um território e uma população, definidos, o denominado território sanitário. Nem sempre o território sanitário tem sua conformação coincidente ao território administrativo-legal. Esta questão tem implicações legais e operacionais, visto que o contratante é ou o gestor estadual ou o gestor municipal.

Outro item de igual importância é a distribuição de estabelecimentos de saúde. Há uma concentração nas regiões Sul e Sudeste de serviços hospitalares de maior porte e complexidade, ao contrário das demais regiões, que possuem em número absoluto maior quantidade de hospitais, porém de menor porte e complexidade. Portanto, os gestores municipais, a depender da localização dos serviços de saúde tais como hospitais e ambulatórios especializados, podem ter adicionalmente a responsabilidade de contratação de serviços para populações residentes em outros municípios e o mesmo ocorre para os Estados. Esta negociação, via de regra, é definida na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e ratificada na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

A leitura das normativas indica que a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e os hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

### **Portaria GM/MS N. 3.410/2013**

A portaria da Contratualização (Portaria GM/MS N. 3.410/2013) estabeleceu as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), pactuada entre os gestores em foro próprio (CIT) e publicada logo a seguir à PNHOSP, é aplicável a todos os entes federativos, que possuam hospitais integrantes do SUS, com as seguintes características:

I – públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais;

II – privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; e

III – privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais, sendo pelo menos 25 (vinte e cinco) destinados ao SUS.

Na atualidade existem instrumentos contratuais em execução, nos Estados e Municípios, que ao findar sua vigência, terão de ser elaborados com as novas normativas. A portaria, em síntese, estabelece as responsabilidades de cada esfera gestora, dentre outras: o financiamento tripartite das ações e serviços contratados; o estabelecimento da área territorial de abrangência e a população de referência dos hospitais, em conformidade com as pactuações na Comissão Intergestora Bipartite e Comissão Intergestora Regional e com os Planos de Ação Regional das Redes Temáticas; o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativa para as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sócio-demográficas; a previsão de metas e compromissos específicos para atenção à saúde indígena; a promoção da adequada regulação em conformidade com a Política Nacional de Regulação, através das Centrais de Regulação e a implantação de protocolos de acesso, definição da atuação dos pontos de atenção; a instituição e acompanhamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização; o controle, avaliação, monitoramento e auditoria dos serviços e ações produzidos; alimentação dos diversos Sistemas Nacionais de Informação e a promoção da oferta de vagas para estágio de graduação e pós-graduação.

Uma Comissão de Acompanhamento da Contratualização deverá monitorar o cumprimento das metas quali-quantitativas, a capacidade instalada, readequar as metas pactuadas, os recursos envolvidos e outras determinações legais.

As responsabilidades dos Hospitais são divididas em 04 eixos:

- **Assistência:** cumprimento dos compromissos contratualizados; dos respectivos requisitos assistenciais; utilização dos protocolos clínicos; realização de gestão de leitos, de serviços de urgência/emergência 24h; cumprimentos de dispositivos da Política Nacional de Humanização; do Programa Nacional de Segurança do Paciente e outros requisitos legais;

- **Gestão:** cumprimento de todas as ações, serviços de saúde, de ensino e pesquisa estabelecidos no instrumento contratual através das metas quantitativas e qualitativas; dar conhecimento aos trabalhadores sobre o instrumento contratual; dispor de Recursos Humanos, parque tecnológico e área física para o cumprimento estabelecido e de acordo com as legislações vigentes; divulgar a composição das equipes assistenciais e de dirigentes aos usuários; assegurar educação permanente dos trabalhadores e do Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma; alimentar os sistemas de notificação compulsória existentes, apresentar regularmente a produção do estabelecido em norma contratual, incluso os dados necessários para alimentação dos Sistemas de Informação Nacional e participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização e outros requisitos legais.

- **Ensino e Pesquisa:** disponibilizar ensino integrado a assistência, ser campo de educação permanente para os profissionais da RAS, incluso seus trabalhadores e cumprir com os requisitos normativos específicos.

- **Avaliação:** acompanhar os resultados internos, o cumprimento das metas por meio dos indicadores qualitativos e quantitativos do instrumento contratual e outras responsabilidades correlacionadas. Minimamente deverão ser monitorados os indicadores: taxa de ocupação de leitos, tempo médio de permanência leitos da Clínica Médica, leitos cirúrgicos e taxa de mortalidade institucional. Aqueles que possuem CTI, deverão adicionalmente monitorar: taxa de ocupação de leitos da UTI e densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC), além daqueles dispostos no instrumento contratual, e/ou que participem das redes Temáticas de Atenção à Saúde.

- **Financiamento:** todos os recursos públicos de custeio deverão ser informados no instrumento contratual, incluso aqueles (estimados) relativos à renúncia fiscal. Importa destacar:

I - incentivo financeiro: todo valor pré-fixado destinado ao custeio de um hospital, repassado de forma regular e automática aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou diretamente às universidades federais, condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas específicos, definidos por regramentos próprios;

II - orçamentação global: modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no

período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio, apresentados em planilha separadamente;

III - orçamentação parcial: a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado;

IV - valor pós-fixado: todo valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal; e

V - valor pré-fixado: a parte dos recursos financeiros provisionada ao hospital contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para desembolso no período contratado.

Os Hospitais Públicos e Privados Sem Fins Lucrativos devem ser preferencialmente financiados por orçamentação global.

A composição relativa ao valor pré-fixado será dada pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade e, por todos os incentivos de fonte federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas quali-quantitativas.

Integram o componente pré-fixado dos instrumentos formais de contratualização os seguintes incentivos financeiros:

I – Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH);

II – Incentivo de custeio das Redes Temáticas de Atenção à Saúde;

III – Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI);

IV – recursos do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF);

V – valores referentes ao Fator de Incentivo ao Ensino e Pesquisa (FIDEPS), extinto pela Portaria GM/MS n. 1.082/GM/MS, de 2005;

VI – Incentivo de Integração ao SUS (Integrasus);

VII – outros recursos pré-fixados de fonte estadual ou municipal; e

VIII – outros recursos financeiros pré-fixados que venham a ser instituídos.

A parte pós-fixada é composta pelo valor de remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do FAEC, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante. O gestor do ente federativo contratante poderá definir valores adicionais, caso tenha disponibilidade financeira com fonte própria. A portaria também explicita que quando acordado entre as partes, poderá ser adotado o modelo de orçamentação global e que deverá ser levado em consideração: infraestrutura tecnológica, perfil assistencial, capacidade e produção de serviços bem como o custo regional de material e serviços.

O valor pré-fixado dos recursos serão repassados mensalmente da seguinte maneira: 40% condicionados ao cumprimento das metas qualitativas e 60% condicionados ao cumprimento das metas quantitativas. Estes percentuais poderão ser alterados, desde que pactuados entre o ente federativo contratante e o hospital e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas. Há cláusulas de punição caso não sejam cumpridas as metas e de reorganização contratual em caso de aumento ou diminuição constantes das metas estabelecidas.

O **Instrumento Formal de Contratualização** deverá conter duas partes indissociáveis, a saber: o Instrumento Formal Contratual propriamente dito, respeitada as legislações pertinentes, e o Documento Descritivo. No instrumento formal de contratualização deverão constar as responsabilidades do hospital, dos entes gestores (repasses financeiros, fonte, mecanismos, sanções, penalidades, comissão de acompanhamento); e no documento descritivo o estabelecimento de todas as ações e serviços de saúde e suas correspondentes metas qualitativas e quantitativas e indicadores de monitoramento, a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos envolvidos, a definição dos recursos financeiros e respectivas fontes.

Sua validade máxima é de 24 meses, sendo facultado modificações e/ou renovações quando acordado entre as partes. A contratualização poderá ser firmada com os seguintes instrumentos legais: convênio, contrato administrativo, contrato de gestão, protocolo de cooperação entre entes públicos, termo de parceria, termo de compromisso ou contrato de gestão. Alguns são regidos ou por leis federais ou por portarias específicas.

O monitoramento e a avaliação dos contratos são de responsabilidade de todas as esferas de gestão do SUS, respeitadas as suas competências e poderá ser realizado por meio de informações oficiais e visita “*in loco*”, cabendo aos órgãos de controle interno, em especial o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, a avaliação da correta aplicação dos recursos financeiros.

A portaria definiu ainda que o Ministério da Saúde publicasse o documento instrutivo sobre a gestão dos incentivos das Redes Temáticas Assistenciais, além de desenvolver e implementar o sistema de monitoramento para contratualização dos hospitais integrantes do SUS. Apesar do tempo decorrido, em 2015 esse instrutivo ainda não foi publicado.

Destaca-se ainda, como principais desafios da contratualização:

- a definição operacional das responsabilidades das esferas gestoras do SUS construídas e pactuadas durante a década de 90, que foram implementadas de modo diverso, dada a autonomia legislativa dos Estados e Municípios sobre seus procedimentos administrativos legais, orçamento e organização de serviços.

- A exclusão de hospitais públicos e privados com fins lucrativos abaixo de 50 leitos e de hospitais sem fins lucrativos com menos de 25 leitos operacionais da portaria de contratualização, visto que este é o maior contingente de estabelecimentos hospitalares no Brasil.

- As diversas estruturas da natureza jurídica Pública ou Privada para os estabelecimentos de saúde, tem implicado em diversos instrumentos jurídicos a serem utilizados. Nem sempre o Estado ou o Município possuem estruturas internas capazes de cotidianamente estabelecer o correto planejamento, controle, monitoramento e avaliação destes instrumentos.

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.792/2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.655/2012. Altera a Portaria n. 1.792/GM/MS, de 22 de agosto de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.923/2013. Institui incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio para reforma, destinados à implantação e/ou implementação de Centrais de Regulação de Consultas e Exames e Centrais de Regulação de Internações Hospitalares de que trata a Portaria n. 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, e implementação de Unidade Solicitante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 841/2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N. 3.410/2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).