
REGULAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES NO SUS

41

CONASS documenta

Brasília, 2022 | 1ª edição



© 2022 – 1.^a edição - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citadas a fonte e a autoria.

CONASS DOCUMENTA n. 41

Brasília, junho de 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105

Edifício Parque Cidade Corporate

CEP: 70.308-200

Brasília/DF – Brasil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

R344 Regulação e contratualização de serviços hospitalares no SUS [livro eletrônico] / Organizadores Marise Gnatta Dalcuche, René José Moreira dos Santos. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2022.
174 p. : il. – (CONASS Documenta; v. 41)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Digital Editions

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88631-22-5

1. Assistência médica. 2. Saúde pública – Brasil. 3. Sistema Único de Saúde – Brasil. I. Dalcuche, Marise Gnatta. II. Santos, René José Moreira dos. III. Série.

CDD 368.382

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC	Paula Augusta Maia de Faria Mariano	PB	Renata Valéria Nóbrega
AL	André Luiz Ávila Cabral (Interino)	PE	André Longo Araújo de Melo
AM	Anoar Abdul Samad	PI	Antônio Neris Machado Júnior
AP	Juan Mendes da Silva	PR	César Augusto Neves Luiz
BA	Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro	RJ	Alexandre Otavio Chiepp
CE	Marcos Antônio Gadelha Maia	RN	Cipriano Maia de Vasconcelos
DF	Manoel Luiz Narvaz Pafiadache	RO	Semayra Gomes Moret
ES	Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR	Cecilia Smith Lorenzon Basso
GO	Sandro Rogério Rodrigues Batista	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Tiago José Mendes Fernandes	SC	Alexandre Lencina Fagundes
MG	Fábio Baccheretti Vitor	SE	Mércia Simone Feitosa de Souza
MS	Flávio da Costa Britto Neto	SP	Jeancarlo Gorinchteyn
MT	Kelluby de Oliveira	TO	Afonso Piva de Santana
PA	Rômulo Rodovalho Gomes		

DIRETORIA DO CONASS

PRESIDENTE

Nésio Fernandes de Medeiros Junior (ES)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Sandro Rogério Rodrigues Batista (GO)

Região Nordeste

Cipriano Maia de Vasconcelos (RN)

Região Norte

Juan Mendes da Silva (AP)

Região Sudeste

Fábio Baccheretti Vitor (MG)

Região Sul

César Augusto Neves Luiz (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Elizena Rossy

Luiza Tiné

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

René José Moreira dos Santos

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Luciana Toledo Lopes

Maria Cecília Martins Brito

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Tereza Cristina Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

ORGANIZAÇÃO

Marise Gnatta Dalcuche

René José Moreira dos Santos

COLABORADORES

Consórcio de Saúde e Social da Catalunha – Consultoria e Gestão – CHC.

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Luciana Toledo Lopes

Maria Emi Shimazaki

Marise Gnatta Dalcuche

René José Moreira dos Santos

REVISÃO TÉCNICA

Marise Gnatta Dalcuche

René José Moreira dos Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda

Thales Amorim

EDIÇÃO E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura

Marcus Carvalho

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	13
A REGULAÇÃO NO SUS	17
A CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES NO SUS	53
A EXPERIÊNCIA DA ESPANHA (CATALUNHA) E DE PORTUGAL	81
PROPOSTAS PARA A CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES NO SUS	131

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CATSALUT	Serviço de Saúde da Catalunha
CCAA	Comunidades Autônomas
CF 1988	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMA	Cirurgia Maior Ambulatorial
CMD	Conjunto Mínimo de Dados
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DGR	Grupos Relacionados ao Diagnóstico
EPE	Entidades Públicas Empresariais
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETI	Acreditação de Seguro Público
GoM	Grade of Membership
HCP	Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP)
IAC	Incentivo de Adesão à Contratualização
ICM	Case Mix Index
ICS	Instituto Catalán de la Salud
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IRR	Intensidade Relativa de Recursos
IRU	Índice Relativo de Emergências
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual

LOSC	Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPP	Parceria Público-Privada
PRI	Planejamento Regional Integrado
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RNCCI	Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SISCAT	Sistema Integral de Saúde para Uso Público na Catalunha
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCP	Unidade de Internação em Cuidados Prolongados
UE	União Europeia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
XHUP	Rede Sanitária Hospitalar Pública

APRESENTAÇÃO

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), dentro do Programa de Apoio à Secretarias Estaduais de Saúde (PASES), promoveu em 2018/2019 o Projeto de Apoio a Contratualização dos Hospitais Privados sem fins lucrativos em 20 Secretarias Estaduais de Saúde (SES), sendo que, desde aquela época, há uma grande demanda por parte dos gestores estaduais em promover o aprimoramento da contractualização dos hospitais próprios das SES.

Em 2020, o CONASS fez uma parceria com o Consórcio de Saúde e Social da Catalunha – Consultoria e Gestão – CHC, para a elaboração de propostas para a contractualização dos serviços hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) – públicos e privados – com base nas experiências dos sistemas de saúde de Portugal e da Catalunha, na Espanha. Os conteúdos elaborados, fruto de diversas reuniões realizadas entre as equipes do CONASS e do CHC, são apresentados neste CONASS Documenta.

O Capítulo I traz os aspectos normativos da regulação no SUS, detalha os seus componentes e suas funções descritas na Política Nacional de Regulação além de fazer uma reflexão sobre o tema e sua interface com a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O Capítulo II apresenta os conceitos sobre contractualização, os instrumentos contratuais, a relação do contrato com o planejamento do SUS, com os mecanismos de pagamento, com os instrumentos de gestão e governança e os desafios para a contractualização dos hospitais próprios das SES no contexto do Planejamento Regional Integrado e na perspectiva das RAS.

No Capítulo III, a partir dos conteúdos feitos pelos técnicos do CHC, são apresentadas as experiências de Portugal e da região da Catalunha, na Espanha, e como esses sistemas de saúde se organizam e contratualizam os cuidados de saúde.

A partir da análise comparativa da experiência de Portugal e da Espanha (no caso, a Comunidade Autônoma da Catalunha) com o SUS, os técnicos do CHC elaboraram propostas para o aprimoramento da contractualização dos

serviços hospitalares no SUS com ênfase nos hospitais próprios. Essas propostas e reflexões sobre sua aplicabilidade no SUS encontram-se no Capítulo IV.

Esperamos que a leitura deste CONASS Documenta sirva de subsídio técnico e motive a reflexão e a discussão desses temas pelas equipes das SES, ampliando o contexto das atividades relacionadas com a regulação e contratualização de cuidados de saúde, a partir de uma visão inovadora que seja institucionalizada no SUS e que traga como resultados o aprimoramento da gestão estadual e a construção efetiva da RAS.

Boa leitura.

Nésio Fernandes de Medeiros Junior

Presidente do CONASS

INTRODUÇÃO

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988 (CF 1988), o Brasil passou a integrar o rol de países que têm sistema universal de saúde. Isso representa um desafio de proporções continentais e que requer uma verdadeira engenharia institucional devido às peculiaridades das unidades federativas que o compõem. Constituir um sistema universal de saúde, com diretrizes como a descentralização e o atendimento integral, e promover ações e serviços de saúde voltados à promoção, proteção e recuperação exige o fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS, para que se garanta a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e dos fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde.

Para isso, é necessário estruturar ações de regulação no âmbito do SUS, visando à melhoria dos processos de trabalho, bem como à perfeita harmonia e à integração entre os entes federados responsáveis pela gestão dos serviços de saúde ofertados à população.

Nesse contexto, promover um processo de regulação que permita expressar as ações e os resultados a serem alcançados em benefício da população é tão importante quanto formular o planejamento do sistema de saúde. Para isso, o tema contratualização dos cuidados de saúde ganha especial relevância. Esse tema, dentro do SUS, tem sido objeto de normativas federais que, nos últimos anos, buscam aprimorar a sua aplicação, seja para o cumprimento do regramento que se aplica à administração pública, seja para reforçar a busca por mais eficiência e efetividade ao sistema.

Para subsidiar uma análise comparativa, buscou-se a experiência em contratualização dos cuidados de saúde de países como Portugal e Espanha (no caso, a Comunidade Autônoma da Catalunha) e que têm sistemas universais de saúde. Com base nessas experiências, apresentam-se algumas alternativas que podem ser usadas no SUS tendo em vista o aprimoramento da área de regulação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e dos instrumentos contratuais.

Visando à construção de propostas para a contratualização de serviços hospitalares no SUS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) estabeleceu uma parceria com o CHC Brasil Consultoria e Gestão LTDA, filial brasileira do Consórcio de Saúde e Social da Catalunha, entidade pública e associativa da Espanha, com larga experiência na gestão de hospitais. Como resultado dessa parceria, foram elaboradas propostas voltadas a contratualização e novas formas de pagamento de serviços hospitalares no SUS com base em experiências internacionais.

Regulação e Contratualização de Cuidados de Saúde são temas fundamentais para o aprimoramento da Gestão no SUS e devem ser objeto de um processo de aprimoramento constante nas SES.

A REGULAÇÃO NO SUS

Em 2019, o Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS, executado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS – PROADI-SUS, em uma parceria com o Ministério da Saúde e o CONASS, buscou instrumentalizar as SES na realização de seu planejamento estratégico para o quadriênio 2020-2023, apoiando as equipes técnicas das SES na elaboração do Mapa Estratégico e do Plano Estadual de Saúde em conformidade com os demais instrumentos de gestão do governo e do SUS (BRASIL, 2020).

Todas as SES aderiram ao projeto e, durante o ano de 2019, elaboraram seus Mapas Estratégicos, nos quais estão expressos: missão, visão, valores, resultados para a sociedade e objetivos estratégicos de processo, gestão e financiamento.

Com o advento da pandemia da Covid-19, em 2020, algumas estratégias tiveram que ser reorientadas, e outras não puderam ser colocadas em prática, pois a emergência de saúde pública ocupou todo o espaço institucional por um bom período.

Pesquisando os Mapas Estratégicos elaborados pelas 27 SES, destacam-se aqui aqueles que, de alguma forma, citaram a Regulação em seus objetivos estratégicos, seja de processo ou de gestão (BRASIL, 2020). Isso totaliza 78% (21) das unidades federativas, conforme demonstra o quadro abaixo.

QUADRO I. **Relação de Unidades Federativas que estabeleceram objetivos estratégicos para a Regulação quando da elaboração de seus Mapas Estratégicos, em 2019**

*Regulação e
contratualização de
serviços hospitalares
no SUS*

UNIDADES FEDERATIVAS	MAPA ESTRATÉGICO – OBJETIVO ESTRATÉGICO DE PROCESSO OU DE GESTÃO
Acre	Implantar e implementar as centrais de regulação nas regiões de saúde.
Alagoas	Ampliar e qualificar a Regulação do Acesso.
Amapá	Estabelecer a regulação efetiva dos serviços assistenciais de saúde.
Amazonas	Aperfeiçoar os processos de trabalho nas áreas de planejamento, financiamento, monitoramento, controle e avaliação, regulação, auditoria, contratualização e tecnologia da informação e comunicação em saúde (gestão estratégica).
Ceará	Promover a efetividade de políticas públicas, regulação e execução das linhas de cuidado prioritárias.
Distrito Federal	Fortalecer o processo de regulação para o acesso do usuário aos serviços de saúde nos diferentes níveis assistenciais.
Espírito Santo	Organizar a Regulação da Atenção à Saúde.
Goiás	Estruturar a Regulação do Acesso com foco na regionalização.
Maranhão	Estruturar o modelo de regulação estadual.
Mato Grosso do Sul	Implementar ações de regulação, contratualização, monitoramento, avaliação e auditoria.
Paraíba	Implantar e/ou implementar de forma integrada as centrais de regulação macrorregionais.
Paraná	Implementar a política de Regulação do Acesso aos serviços de saúde.
Pernambuco	Aprimorar o complexo regulador, a gestão de redes e o controle e avaliação estadual.
Rio Grande do Norte	Estruturar a contratualização, regulação e auditoria dos serviços de saúde obedecendo os princípios de equidade e acesso regional.
Rio Grande do Sul	Modernizar a assistência à saúde com ênfase na regulação.
Rondônia	Institucionalizar o complexo regulador.
Roraima	Definir o rol de serviços mínimos de referência e contrarreferência, aperfeiçoando o acesso à saúde da população.
Santa Catarina	Ampliar a capacidade de controle, avaliação e auditoria.
São Paulo	Aprimorar a regulação da rede regional de atenção à saúde e qualificar o acesso.
Sergipe	Fortalecer a estratégia Telessaúde Sergipe, como instância de regulação.

FONTE: BRASIL (2020).

Das unidades federativas que citaram a regulação em seu mapa estratégico, dois terços delas referem-se à Regulação do Acesso, e um terço refere-se à regulação de forma geral. A Regulação do Acesso destaca-se como demanda das SES e teve proeminência em relação à Regulação da Atenção à Saúde. As Secretarias destacaram-se na organização da Regulação do Acesso, também em função de incentivos federais que existiram para a criação dos complexos reguladores; e é muito provável que a implantação da rede de atenção às urgências contribuiu muito para a priorização dessa área.

Para falar de Regulação em Saúde e de seu papel na gestão de sistemas de saúde, faz-se necessária uma breve introdução sobre o que se entende por regulação em geral e regulação estatal no setor saúde, buscando discriminar melhor suas atividades, seus objetos, assim como as competências dessa função para cada esfera de gestão, no âmbito do SUS.

Nesse sentido, a Regulação vem sendo estruturada de maneira a inscrevê-la em uma Política de Saúde condizente com os princípios do SUS, viabilizando o acesso equânime e oportuno, com atenção integral, de qualidade, universalizado e realizador de direitos sociais.

Alguns consideram que a regulação estatal na saúde é apenas o ato de regulamentar e elaborar as regras. Outros, ainda, acreditam se tratar de um conjunto de ações mediatas que se interpõem entre as necessidades dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde.

A proposta de Política de Regulação apresentada pelo Ministério da Saúde parte de uma aproximação histórica aos conceitos, práticas e finalidades do “controle, avaliação, auditoria e regulação”, desde a constituição do SUS e dos significados dos termos “controle”, “avaliação”, “auditoria” e “regulação”.

Esse conceito ampliado de regulação e da análise da experiência histórica do SUS critica a regulação existente no setor saúde no Brasil e propõe a reformulação dos conceitos, discriminando e relacionando a regulação no setor saúde segundo sua ação sobre sistemas de saúde (**Regulação de Sistemas**), sobre a produção direta das ações de saúde (**Regulação da Atenção à Saúde**) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (**Regulação do Acesso**).

A regulação estatal no setor saúde é tomada como aquela em que o Estado atua sobre os rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio das regulamentações e das ações que asseguram o cumprimento destas, como fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria. Portanto, a

regulação estatal sempre será exercida por uma esfera de governo (federal, estadual e municipal), constituindo-se em uma das funções da gestão de sistemas de saúde.

A Regulação de Sistemas de Saúde contém as ações da Regulação da Atenção à Saúde, que tem como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde; portanto, está dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados.

A Regulação do Acesso à Assistência por meio de complexos reguladores é uma estratégia para regular a oferta e demanda da atenção à saúde, consistindo na organização de um conjunto de ações de regulação de acesso à assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades reais em saúde, permitindo aos gestores articular e integrar dispositivos da Regulação de Acesso, como centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais, com outras ações de Regulação da Atenção à Saúde, como **contratação**, controle e avaliação assistencial, programação e regionalização.

I.1. A FUNÇÃO DA REGULAÇÃO¹

As funções dos sistemas de atenção à saúde podem ser agrupadas em três macrofunções:

- a regulação;
- o financiamento;
- a prestação dos serviços de saúde.

A) A MACROFUNÇÃO DE REGULAÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde estão sujeitos a quatro formas de regulação: a regulação estatal, a autorregulação, a regulação social e a regulação mercadológica (LOMAS; CONTANDRIOPOULOS, 1994). Por seu turno, essas formas de regulação dão origem, respectivamente, a quatro modelos regulatórios: o modelo tecnocrático, o modelo de autorregulação profissional,

¹ MENDES, E. V. A Atenção Primária no SUS: avanços e ameaças. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. (CONASS Documenta v. 38.)

o modelo democrático e o modelo baseado no livre mercado (CONTANDRIO-POULOS *et al.*, 1998).

A regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de atenção à saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo destes sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, as necessidades e as representações da população. Esse modelo tecnocrático de regulação está baseado na análise normativa produzida por *experts* e deve ser capaz de estruturar, monitorar e avaliar as atividades do sistema de atenção à saúde de modo a verificar em que extensão os seus objetivos foram alcançados.

A autorregulação ocorre quando os profissionais de saúde, organizados em instituições corporativas, estabelecem limites para o exercício ético e eficaz das práticas de saúde e tentam manter os profissionais da categoria específica dentro desses limites. Esse modelo de autorregulação profissional assume que o controle de parte do sistema de atenção à saúde deve ser delegado às corporações sanitárias.

A regulação social manifesta-se quando os cidadãos, organizados em instituições formais de controle público, e apoiados em uma ambiência democrática eficaz (Ministério Público, Sistema Judiciário, Mídia, Ouvidorias etc.), participam das decisões políticas da saúde e de sua implementação e avaliação, mas como entes externos ao aparelho de Estado. Esse modelo de regulação democrática supõe que cada cidadão tem o direito e a responsabilidade de influenciar as decisões sociopolíticas e as ações do sistema de atenção à saúde no interior da sociedade.

A regulação mercadológica acontece, normalmente nos sistemas privados, mediante a competição entre entes administradores e prestadores de serviços de saúde. Esse modelo de regulação baseada no livre mercado está relacionado com o que é denominado de uma alocação Pareto-ótima de recursos, no sentido de que é impossível mudar uma alocação sem penalizar, pelo menos, um agente econômico.

Ainda que reconhecendo essas quatro formas de regulação, o que vai se considerar, aqui, é a regulação estatal, isto é, o modelo tecnocrático de regulação, inerente à função do Estado em um sistema público de saúde.

A macrofunção da regulação estatal dos sistemas de atenção à saúde pode envolver um conjunto de papéis regulatórios: os de reitoria, decorrentes da capacidade de condução política desses sistemas; os de normalização, que se referem à delimitação das regras do jogo desses sistemas e das condições para que os jogadores entrem e se desempenhem na arena sanitária; e os de superintendência, referentes ao monitoramento, ao controle e à avaliação desses sistemas.

A regulação estatal dos sistemas de atenção à saúde pode ser realizada por meio de várias funções: a condução política, o planejamento estratégico, a comunicação social, a análise de situação e de tendências da saúde, a avaliação econômica dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde, a normalização dos processos de trabalho, o desenvolvimento dos recursos humanos, a auditoria dos sistemas e serviços de saúde, a vigilância em saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico (MENDES, 2002).

Essa visão ampla da regulação dos sistemas de atenção à saúde contrasta, no cotidiano do SUS, com um conceito restrito que limita esse escopo à regulação dos fluxos de pessoas, de produtos e de informações entre os diferentes pontos de atenção realizados por complexos reguladores e com base em sistemas logísticos. Essa função de regulação assistencial é um componente da macrofunção de regulação, mas não é a única na perspectiva ampla da regulação dos sistemas de atenção à saúde.

B) A MACROFUNÇÃO DE FINANCIAMENTO

O financiamento dos sistemas de atenção à saúde consiste na mobilização de recursos financeiros de fontes primárias (indivíduos, famílias e empresas) ou de fontes secundárias (governos federal, estaduais e municipais e fontes externas), sua acumulação em fundos reais ou virtuais (poupança familiar, orçamento público, fundos e outros) e sua distribuição por meio de uma variedade de arranjos institucionais, para produzir serviços de saúde.

Um bom sistema de financiamento dos sistemas de atenção à saúde é aquele que se faz de forma mais equitativa, que incentiva os prestadores a prover serviços de forma eficiente e com qualidade e que induz a que os serviços produzidos melhorem os níveis de saúde da população.

C) A MACROFUNÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A prestação de serviços de saúde refere-se a uma combinação de recursos em um processo de produção desenvolvido em uma estrutura organizacional particular que leva a alguns produtos que, por sua vez, podem determinar resultados, isto é, alterações no estado de saúde das pessoas usuárias.

A prestação de serviços se dá em diferentes pontos de atenção que apresentam densidades tecnológicas e sistemas de produção distintos e que deveriam se organizar de modo a operar em redes (MENDES, 2011).

As três macrofunções dos sistemas de serviços de saúde exercitam-se, na prática social, por meio de um *mix* estatal/privado. Não há nenhum país em que exista um modelo puro, seja de exercício exclusivamente estatal, seja de exercício exclusivamente privado.

I.2. MARCO LEGAL DA REGULAÇÃO NO SUS

A CF 1988 estabelece, em seu art. 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do estado (BRASIL, 1988). Com as leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990, o SUS começa a tomar forma a partir da unificação dos serviços do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com as unidades de saúde das SES. Assim, com o surgimento de um novo sistema de saúde, uma nova forma de gestão precisava ser instituída para dar conta do preceito constitucional acima citado (BRASIL, 1990a, 1990b). As atividades de regulação exercidas pelo antigo INAMPS se traduziam em ações de controle, avaliação e auditoria dos serviços contratados e controle assistencial por meio de prontuários médicos dos hospitais.

A partir de então, os caminhos pelos quais a gestão do SUS vem percorrendo, nas três esferas de governo, encontram várias normativas para a estruturação e organização do Sistema. As primeiras normativas que foram instituídas eram chamadas de Norma Operacional Básica (NOB).

Com a edição das primeiras NOB (1991 a 1993), mantiveram-se, inicialmente, as mesmas ações realizadas pelo INAMPS, até a sua extinção em 1993 e a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) no mesmo ano,

regulamentado apenas em 1995. Apesar desses importantes movimentos, as competências do novo sistema ainda se definiam no âmbito do controle, da avaliação e da auditoria (FELICIELLO; VILLALBA, 2016).

A NOB 1/96 foi instituída por meio da Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Essa norma é fundamental para entender as formas de gestão, pois, por meio dela, foi criada a possibilidade de municípios se habilitarem nas formas da “condição de Gestão Plena”: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Ao nível estadual, coube a habilitação da Gestão Plena do Sistema Estadual (BRASIL, 1996).

No final da década de 1990 e início de 2000, no bojo do processo da reforma do estado, são criadas as agências reguladoras no setor saúde: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária em 1999 e a Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2000 para atuarem na regulação de áreas específicas, mas que passam a formular também as políticas para esses respectivos setores. (FELICIELLO; VILLALBA, 2016).

A Portaria GM/MS nº 571, de 1º de junho de 2000, instituiu o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do SUS, com o objetivo de implantar centrais estaduais e municipais de regulação obstétrica e neonatal e sistemas móveis de atendimento às gestantes nas modalidades pré e inter-hospitalares e de estabelecer recursos necessários ao desenvolvimento dessas atividades (BRASIL, 2000).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), instituída por intermédio da Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001 (BRASIL, 2001), e republicada por meio da Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, a NOAS-SUS 01/02, ampliava as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelecia o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; criava mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedia à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002b).

A regionalização, como estratégia de conformar uma rede intermunicipal hierarquizada de referência especializada, fez exigências à organização dos fluxos de referência e contrarreferência, assim como à implantação de instrumentos e estratégias que intermediassem o acesso dos usuários aos

serviços, trazendo para a pauta o conceito de “regulação assistencial”, em substituição às proposições de implantação das centrais de controle de leitos, consultas e exames, vindas desde a NOB/SUS 01/93 (CHC, 2020a).

A NOAS 01/02 definiu a regulação assistencial como a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, que “deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários”. Tais assertivas delimitam claramente a Regulação do Acesso dos usuários aos serviços assistenciais, trazendo, também, a noção de complexos reguladores (BRASIL, 2002b).

No que diz respeito ao processo de controle, regulação e avaliação da assistência, a NOAS-SUS 01/02 estabeleceu:

41. As funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

41.1 As atribuições do Controle, Regulação e Avaliação são definidas conforme as pactuações efetuadas pelos três níveis de governo.

42. O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente nas seguintes dimensões:

- A) avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;
- B) relação com os prestadores de serviços;
- C) qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- D) resultados e impacto sobre a saúde da população.

A NOAS-SUS 01/02 estabelecia ainda um Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, entre estado e município-polo de região para garantia do atendimento à população referenciada de outros municípios que era atendida no município-polo.

Essas normativas reforçam a fragmentação da atenção à saúde, centrando-se na Regulação do Acesso aos serviços de saúde. Apesar de expressar a necessidade de coerência com o processo de planejamento, programação e

alocação de recursos, limitava-se a garantir o acesso da população por meio de complexos reguladores e do termo de garantia de acesso limitado a metas e recursos financeiros pactuados. Essa iniciativa incentivava os gestores a criarem serviços municipais para controlar o acesso da população de forma isolada e fragmentada, dificultando as ações de regionalização e integração dos serviços de saúde.

Em 2003, a Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro, instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências em todas as unidades federativas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2003). Essa portaria reorganiza o sistema estadual de urgência e emergência que teve seu regulamento técnico aprovado pela Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002a). Um dos componentes fundamentais da Política de Atenção às Urgências é a instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS. A Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004, estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais-SAMU 192 (BRASIL, 2004). A Política Nacional de Atenção às Urgências é reestruturada em 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS (BRASIL, 2011b).

Em 2006, a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro, divulga o Pacto pela Saúde, constituído pelo Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Nesse processo, os municípios e os estados assinaram a Adesão ao Pacto pela Saúde, por meio do Termo de Compromisso de Gestão previsto nesse novo ordenamento. Essa portaria estabeleceu alguns conceitos e alguns princípios norteadores para a Regulação no SUS (BRASIL, 2006):

Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Contratação - o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.

Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

Complexos Reguladores - uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

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.

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que cada prestador responde apenas a um gestor;

A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:

- da descentralização, municipalização e comando único;
- da busca da escala adequada e da qualidade;
- considerar a complexidade da rede de serviços locais;
- considerar a efetiva capacidade de regulação;
- considerar o desenho da rede estadual da assistência;
- a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

A operação dos complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:

- Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.
- Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.
- Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;
- Modelos que diferem do item 'd' acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

São metas para este Pacto, no prazo de um ano:

- Contratualização de todos os prestadores de serviço;
- Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;
- Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

No Pacto pela Saúde, surge pela primeira vez o conceito de Regulação da Atenção à Saúde, diferenciando-se da Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial. Na Regulação da Atenção à Saúde, a contratualização ou contratação de serviços de saúde ganha destaque com o controle, a avaliação e a auditoria. Estabelece que a regulação dos prestadores deve ser preferencialmente dos municípios, sendo que a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual. Essa ênfase na regulação municipal acentua a fragmentação dos sistemas de saúde.

Na Regulação do Acesso à Assistência, a Portaria GM/MS nº 399/2006, retoma o que foi proposto pela NOAS-SUS 01/02 de implantação de complexos reguladores, constituídos de centrais de marcação de consultas e exames, de internação e de atenção pré-hospitalar. Essa mesma portaria estabelece que a Regulação do Acesso é parte integrante da Regulação da Atenção à Saúde e deve estar integrada às ações de controle, avaliação e auditoria, assim como de outras áreas da gestão.

Todas as pactuações realizadas pelos gestores da saúde deveriam estar expressas nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal ou Estadual,

os quais também necessitariam conter as metas e os objetivos do Pacto que definiriam as prioridades e os indicadores de monitoramento.

Em 2007, a Portaria GM/MS nº 1.571, de 29 de junho, estabelece incentivo financeiro para implantação ou implementação de complexos reguladores. Define que a distribuição desse incentivo deveria ser definida no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), priorizando: i) a estratégia de regionalização definida para a unidade federativa; ii) regiões e municípios que abrangem maior concentração de oferta de serviços de saúde; e iii) regiões e municípios que abrangem maior contingente populacional próprio e referenciado. Determina ainda que, para isso, deveriam ser observadas as diretrizes de Regulação da Atenção à Saúde contidas no Pacto de Gestão, do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

O Pacto pela Saúde enfrentou várias dificuldades para implantação das diretrizes de Regulação em Saúde, apesar de estabelecer novos processos e instrumentos, uma vez que ainda se confrontava com as fragilidades das equipes gestoras dos três níveis governamentais (FELICIELLO; VILLALBA, 2016).

Após o Pacto pela Saúde, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS por meio da Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. A Política Nacional de Regulação do SUS, a partir de então, deveria ser implantada em todas as unidades federativas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

A Política Nacional de Regulação do SUS, em seu art. 2º, definiu que as ações de regulação devem estar organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si (BRASIL, 2008):

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garan-

tir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A Política Nacional de Regulação aprimora os conceitos de regulação e institui a Regulação de Sistemas de Saúde, conceito esse que não constava da portaria que instituiu o Pacto pela Saúde. Outrossim, a Regulação de Sistemas define macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde, por meio dos gestores do SUS, para as esferas de governo. A Regulação da Atenção à Saúde tem como foco a produção de serviços de saúde, sendo que, dessa forma, está dirigida aos prestadores de serviços públicos e privados. A Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial está contida na Regulação da Atenção à Saúde, e está voltada para a organização e gerenciamento de complexos reguladores constituídos pelas centrais de marcação de consultas e exames, centrais de leitos e gerenciamento do atendimento pré-hospitalar.

A Política Nacional de Regulação, assim definida, poderia ou deveria orientar os arranjos organizativos das Secretarias de Saúde estaduais e as municipais, de municípios de maior porte que estariam organizando suas áreas internas de Regulação. No entanto, por influência de NOAS-SUS 01/02 e das normativas que a seguiram, os serviços de saúde, principalmente os municipais, foram estruturando a parte operacional da regulação, ou seja, seus complexos reguladores, e controlando a demanda e a oferta de serviços de saúde, muitas vezes servindo de triagem para as consultas especializadas ou internação eletiva devido à demanda reprimida.

A Política Nacional de Regulação estabelece as seguintes definições e ações em relação ao sistema de Regulação no SUS:

Art. 3º - A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações:

I - Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;

II - Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;

III - Controle Social e Ouvidoria em Saúde;

IV - Vigilância Sanitária e Epidemiológica;

V - Regulação da Saúde Suplementar;

VI - Auditoria Assistencial ou Clínica; e

VII - Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Art. 4º - A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:

I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;

II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS;

III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério;

IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;

V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;

VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;

VII - Programação Pactuada e Integrada - PPI;

VIII - avaliação analítica da produção;

IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS;

X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;

XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e

XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Art. 5º - A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Art. 6º - Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todas as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo.

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas.

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios.

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar - AIH e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contra-referência baseado nos processos de programação assistencial.

§ 4º As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio - TFD serão definidas pela área técnica da regulação do acesso. (BRASIL, 2008)

Nesse contexto, a Regulação do Acesso à Assistência que já fazia parte da rotina de algumas SES, por meio da implantação de complexos reguladores em que houve injeção de incentivo financeiro federal para sua implantação, em 2007 (Portaria GM/MS nº 1.571/2007), destaca-se com proeminência nesse cenário.

A Política Nacional de Regulação define a Regulação do Acesso e os complexos reguladores da seguinte forma:

Art. 7º - A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração.

Art. 8º - As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação.

§ 1º São atribuições da regulação do acesso:

I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;

II - garantir os princípios da equidade e da integralidade;

III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;

IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;

V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;

VI - construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência (sic);

VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;

VIII - h) subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;

XIX - subsidiar o processamento das informações de produção; e

X - subsidiar a programação pactuada e integrada.

§ 2º São atribuições do Complexo Regulador:

I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;

II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;

III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;

IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e

V - executar a regulação médica do processo assistencial.

Art. 9º - O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos:

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.

II - Complexo Regulador Regional:

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência saúde regional, no âmbito do Estado;

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e

III – Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às uni-

dades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade – CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares (BRASIL, 2008).

A Regulação do Acesso é uma função de gestão que visa promover a equidade do acesso e a busca da integralidade da assistência por meio do ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do usuário, devendo esse ajuste ser realizado de forma ordenada, oportuna e racional. Ela pode ser entendida como sendo a intervenção do gestor na relação do usuário que busca um atendimento com o estabelecimento de saúde. O gestor, preferencialmente com os representantes dos usuários, cria normas, fluxos, processos e/ou regras que definem como, onde e quando se dará essa relação (BRASIL, 2016).

A Regulação do Acesso é operacionalizada por meio do controle do fluxo da demanda assistencial existente em todas as unidades prestadoras de serviços e/ou por intermédio do redimensionamento da oferta, reduzindo ou ampliando essa oferta de acordo com as necessidades da população (BRASIL, 2016).

Por fim, a Política Nacional de Regulação estabelece as competências das três esferas de gestão do SUS:

Art. 10. Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades:

I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde;

- II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros;
- III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde;
- IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;
- V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e
- VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação.

§ 1º Cabe à União:

- I - cooperar técnica e financeiramente com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação;
- II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;
- III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;
- IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos;
- V - apoiar tecnicamente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores;
- VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC;
- VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade – CERAC;
- VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e
- IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional.

§ 2º Cabe aos Estados:

- I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação.
- II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde;

III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais;

V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional;

VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade – CERAC;

VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados;

VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;

IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS;

X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;

XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e

XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal.

§ 3º Cabe aos Municípios:

I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;

II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;

III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais;

IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos;

V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;

VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade – CERAC;

VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade – CERAC;

VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários;

IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde;

X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;

XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS;

XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;

XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e

XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal (BRASIL, 2008).

Ainda em 2016, o Ministério da Saúde publica o manual do Curso Básico de Regulação do SUS. Organizado pela Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, o manual fornece subsídios técnicos e pedagógicos para a capacitação técnica sobre regulação destinada os profissionais de saúde que atuam no sistema. Ele orienta também a organização e o desenvolvimento das três dimensões da regulação no SUS: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção em Saúde; e Regulação do Acesso (BRASIL, 2016).

Em 2017, o Ministério da Saúde publica o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) para Hospitais Gerais e Especializados (BRASIL, 2017d). A Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, apresenta a seguinte definição para NIR: constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais,

serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário (BRASIL, 2013b). Portanto, o NIR passa a ser o ponto de contato com as Centrais de Regulação de acesso aos serviços de saúde.

Em 2010, a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro, estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b).

Os elementos constitutivos da RAS são: i) população e região de saúde; ii) estrutura operacional; iii) modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010b).

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010b).

Um dos problemas contemporâneos centrais da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – normalmente momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência, e desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem (BRASIL, 2010b).

Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas. O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersectorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas (BRASIL, 2010b).

A RAS fundamenta-se na compreensão de que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a coordenadora do cuidado e deve funcionar como centro de comunicação da Rede; somado a isso, é a principal porta de entrada para as condições crônicas não agudizadas. Portanto, quando a APS realiza o encaminhamento de um usuário com condições crônicas para outro nível de atenção, este deve estar devidamente estratificado em seu risco de gravidade ou não de saúde. Atualmente, o que se conhece é que o usuário estratificado ou não é inserido em uma central de agendamento de consultas do SUS e deve aguardar pela disponibilidade desta, algumas vezes em uma lista de espera, quando a oferta de número de consultas é muito baixa na região de saúde. Esse é o *modus operandi* construído até hoje, baseado em um modelo de atenção preponderantemente voltado às condições agudas.

A RAS se caracteriza pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção à saúde, os quais são entendidos como espaços no qual se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) etc. (BRASIL, 2010b).

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes; e para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população,

integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores/financiadores e os prestadores de serviço. Quando esses contratos abrangem todos os pontos de atenção da rede, o Sistema passa a operar em modo de aprendizagem, ou seja, a busca contínua por uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS (BRASIL, 2010b).

Em relação à estrutura operacional da RAS, um dos principais sistemas logísticos da rede são os complexos reguladores, as centrais de regulação que operacionalizam as ações de Regulação do Acesso à saúde ou regulação assistencial.

Tal como a Portaria do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento GM/MS nº 571/2000 citada anteriormente, a Portaria GM/MS da Política de Atenção às Urgências nº 1.863/2003 institui a instalação de centrais de regulação como um dos componentes da rede de urgências (BRASIL, 2003). Em 2011, a Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, estabelecendo como uma de suas diretrizes a regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia de equidade e integralidade do cuidado (BRASIL, 2011b). Essas duas portarias instituem a regulação para essas linhas de cuidado. No entanto, foi com a Rede de Atenção às Urgências que a regulação assistencial ou Regulação do Acesso ganha destaque.

Em 2012, a Portaria GM/MS nº 1.792, de 22 de agosto, institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do SUS (BRASIL, 2012b). Essa portaria amplia o escopo das Centrais de Regulação, sendo que elas devem assumir os componentes de referência das redes temáticas e linhas de cuidado prioritárias, a saber:

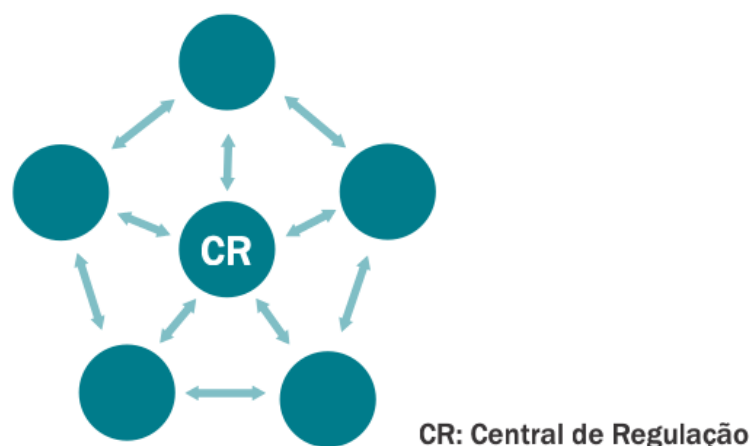
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
- Rede Cegonha.
- Rede de Atenção Psicossocial.
- Ações e serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de mama e câncer de colo do útero.
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

- Propedêutica e terapêutica para o portador de afecções renocardiovasculares, e demais agravos considerados prioritários pelas comissões intergestores (BRASIL, 2012b).

Nesse sentido, há que se pensar ou repensar a modalidade de Regulação do Acesso à saúde que tem se desenvolvido no SUS. Essa regulação de acesso é adequada para as condições agudas e para as condições crônicas? Como deveria ser a Regulação do Acesso do usuário que tem seu risco estratificado na atenção primária e precisa de uma consulta e/ou exame especializados? Qual deveria ser o papel da Regulação do Acesso na APS? Como deveria ser feita essa regulação tendo em vista que tanto a APS como a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) são majoritariamente voltadas ao atendimento das condições crônicas não agudizadas? Como deveria ser a Regulação do Acesso tendo em vista a RAS?

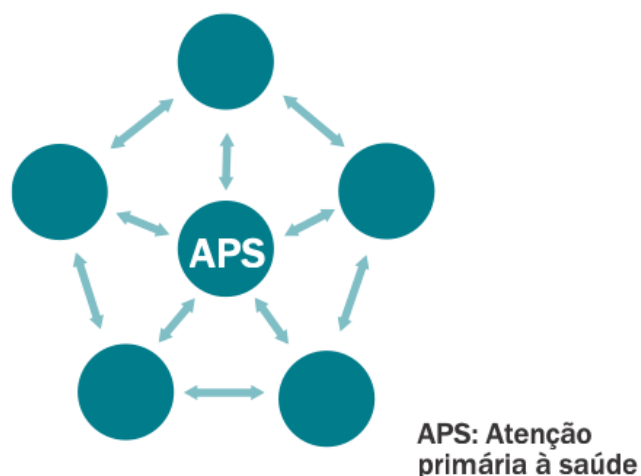
Para Mendes (2019), a regulação assistencial dos eventos agudos tem no seu centro os complexos reguladores; e a regulação assistencial das condições crônicas não agudizadas tem no seu centro a APS.

FIGURA 1. **A regulação assistencial nas redes de atenção aos eventos agudos (rede de atenção às urgências e emergências)**



FONTE: MENDES (2019).

FIGURA 2. **A regulação assistencial nas redes de atenção às condições crônicas não agudizadas**



FONTE: MENDES (2019).

O ato decisório de enviar uma pessoa usuária a um serviço de atenção secundária ou terciária, nas situações de condições crônicas não agudizadas, na perspectiva das RAS, é competência da APS. Isso decorre do fato de que é na APS que as pessoas usuárias estão vinculadas, estão estratificadas por risco e são programadas para o atendimento em outros pontos de atenção ou de apoio diagnóstico e terapêutico (MENDES, 2019).

A APS, no exercício desse papel regulatório das condições crônicas não agudizadas, pode utilizar a infovia das centrais de regulação, mas o ato regulatório cabe à equipe de cuidados primários (MENDES, 2019).

Introduzir ações reguladoras em um sistema de saúde requer um diagnóstico apurado da situação de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente ligados à assistência e às ações de controle e avaliação. Deve-se conhecer a estrutura do processo assistencial na atenção básica, buscando apurar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da população, fator decisivo na definição de prioridades para as ações reguladoras. Levantar e mapear a população que esse sistema de saúde pretende atingir, seus fluxos, a abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a situação cadastral dessa população. É necessário ainda identificar as dificuldades da Atenção Básica e suas principais necessidades

e demandas. Além disso, a regulação precisa fazer gestão da demanda para além da gestão da oferta no sentido de conseguir fazer gestão da utilização para promover acesso e cuidado (BRASIL, 2016).

A Regulação do Acesso nas unidades de saúde da Atenção Básica passa pela forma como os processos de trabalho de acolhimento e matriciamento, por exemplo, estão organizados e como os processos de trabalho têm sido analisados e discutidos. Para além da dimensão governamental, todos regulam, os cidadãos, os trabalhadores, os legisladores etc., cada um sob lógicas e intencionalidades distintas. Nesse sentido, é preciso reconhecer e analisar os mapas de cuidado traçados pelos usuários. A Regulação do Acesso deve se constituir como uma equipe de integração, de facilitação do acesso e, acima de tudo, promotora de encontros (BRASIL, 2016).

Para que novas funções de Regulação do Acesso sejam incorporadas no processo de trabalho das equipes de atenção primária e de atenção especializada, será necessário um processo constante de educação permanente.

Com isso, e como parte integrante da Regulação da Atenção à Saúde, começa a surgir a **Contratualização dos serviços de saúde**. A Contratualização, segundo normativa do Pacto pela Saúde e da Política Nacional de Regulação, é uma das funções da Regulação da Atenção à Saúde.

Inicialmente, surgiu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, por meio da Portaria GM/MS nº 1.721, de 21 de setembro de 2005, em que os hospitais filantrópicos foram os primeiros a serem contratualizados. Em 2013, o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar, por intermédio da Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013; e aqui se ampliou a contratualização para todos os hospitais privados, com ou sem fins lucrativos, que prestam serviços ao SUS (BRASIL, 2014). Com a contratualização, estão as ações de controle e avaliação dos serviços de saúde e dos contratos com os serviços de saúde. Isso requer um espaço institucional adequado e integrado com as demais áreas das secretarias estaduais.

Em 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por meio da Resolução CIT nº 23/2017, estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado (PRI), elaborado de forma ascendente, e a Governança das RAS no âmbito do SUS. O PRI, elaborado de forma ascendente, deve sistematizar a definição das responsabilidades de cada ente federado no âmbito das RAS e do financiamento compartilhado, sem prejuízo das demais definições presentes na legislação vigente (BRASIL, 2017a).

Em 2018, a CIT, por meio da Resolução nº 37/2018, dispõe sobre o processo de PRI e a organização de macrorregiões de saúde. O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da RAS, observando os Planos de Saúde dos três entes federados (BRASIL, 2018).

A Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso devem estar inseridos e integrados a esse processo do PRI, pois os produtos desse processo – como o levantamento de necessidades da saúde da população, da capacidade instalada dos serviços de saúde, a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde, a identificação de vazios assistenciais e a eventual sobreposição de serviços orientando a alocação de recursos financeiros e a programação geral das ações e serviços de saúde – são também objetos da regulação da atenção em saúde.

I.3. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O Ministério da Saúde desenvolveu um Sistema de Regulação em Saúde, denominado “Sistema de Regulação (SISREG)”, a partir do ano 2000, pela Secretaria de Atenção à Saúde em parceria com o DATASUS/MS. O sistema foi desenvolvido considerando a necessidade de estabelecer uma Política Nacional de Regulação assistencial, para apoiar os gestores na função de Regulação do Acesso. O SISREG é um sistema *on-line*, para

gerenciamento e operação das centrais de regulação. O programa (*software*) funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à Internet, tendo módulos como: a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH).

O sistema de regulação é uma ferramenta de informática que busca tornar eficiente e eficaz o acesso dos cidadãos a procedimentos de média e alta complexidade. Além de fornecer informações sobre o fluxo dos usuários na rede de serviços de saúde, entre outros aspectos do atendimento, o SISREG subsidia as áreas de controle, avaliação planejamento e programação, facilitando aos gestores a tomada de decisão para melhorias na rede de atenção à saúde. A flexibilidade na parametrização das funcionalidades é outro fator importante, pois permite a adequação das peculiaridades locais para organizar de forma mais igualitária o acesso da população ao SUS (BRASIL, 2010c).

O SISREG é uma ferramenta utilizada para gerenciar e operacionalizar as funções da Central de Regulação, tendo como objetivos a sistematização de algumas funções reguladoras como (BRASIL, 2010c):

- Permitir a distribuição de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada.
- Permitir a distribuição dos recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada.
- Facilitar o planejamento dos recursos assistenciais em uma região.
- Acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre os estabelecimentos de saúde e municípios.
- Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes pública e contratada.
- Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda.
- Disponibilizar informações em tempo real sobre a oferta de leitos, consultas e exames especializados de média e alta complexidade.
- Agendar internações e atendimentos eletivos para os pacientes.
- Acompanhar a alocação de leitos eletivos por clínica e prestador.
- Controlar o fluxo dos pacientes nos estabelecimentos de saúde terciários (admissão, acompanhamento da internação e alta) e secundários (solicitação, agendamento e atendimento).
- Acompanhar os atendimentos e internações agendadas.

- Detectar a ocorrência de cancelamentos de internações, a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas.
- Distribuir os limites (cotas) entre os estabelecimentos de saúde solicitantes.
- Controlar os limites de solicitação para população própria e referenciada.
- Controlar a execução da oferta disponibilizada por estabelecimento de saúde executante.
- Subsidiar os setores de Controle, Avaliação e Auditoria no que se refere ao faturamento em alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar, e controle da emissão de AIH, APAC.
- Permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

Mesmo sendo um sistema público e nacional, não há obrigatoriedade de uso do SISREG pelo Ministério da Saúde. É de conhecimento geral que estados e municípios desenvolveram sistemas próprios de Regulação do Acesso, seja por meio de suas agências públicas de tecnologia em informação, seja por intermédio de aquisição da iniciativa privada.

A partir da implantação de sistemas de informação na regulação do acesso aos serviços de saúde, essa ação começa a se estruturar e se organizar a partir de processos de trabalho definidos por normas, protocolos e procedimentos. Dessa forma, o acesso a consultas e leitos não passa mais a depender exclusivamente dos serviços de saúde, públicos ou privados, passa por critérios impessoais, de acordo com a gravidade e as condições clínicas dos usuários e protocolos de regulação estabelecidos.

I.4. ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A REGULAÇÃO NO SUS

No atual cenário do SUS, a regulação em saúde está incipiente e marcada por diferentes arranjos institucionais e por diversas práticas de regulação herdadas de uma concepção restrita de regulação desde a sua formação inampiana (controle, avaliação e auditoria) até a implantação de complexos reguladores que nasceram com forte incentivo financeiro no SUS e que, dessa forma, materializaram as ações de Regulação do Acesso à Assistência que é a fração da regulação que mais se desenvolveu dentro do sistema.

É uma hipótese, que há um hiato na organização interna das secretarias de saúde, estaduais e municipais, no que diz respeito ao exercício

da Regulação da Atenção à Saúde, como o papel de regulador do estado, de forma a garantir os direitos dos cidadãos no que concerne à integridade do cuidado e à qualidade da assistência à saúde. Esses serviços foram se organizando a partir da Regulação do Acesso à Assistência que ganhou destaque nesse processo e é a dimensão operacional da regulação no SUS. Como organizar a Regulação da Atenção à Saúde nas SES?

A Regulação do Acesso aos serviços de saúde precedeu a contratualização dos serviços de saúde no SUS. Quando essa surgiu, foi se identificando com diferentes espaços institucionais nas Secretarias de Saúde; e, possivelmente, em poucas unidades federativas, a contratualização atualmente está inserida em uma área de Regulação da Atenção à Saúde. É muito provável que isso se estenda para avaliação, controle e auditoria que não têm uma ação voltada para avaliação e controle de contratos de serviços de saúde.

Há que se pensar ou repensar a modalidade de Regulação do Acesso à Saúde que tem se desenvolvido no SUS. Essa regulação de acesso é adequada para as condições agudas e para as condições crônicas? Como deveria ser a Regulação do Acesso do usuário que tem seu risco estratificado na atenção primária e precisa de uma consulta e/ou exame especializados? Qual deveria ser o papel da Regulação do Acesso na APS? Como deveria ser feita essa regulação tendo em vista que tanto a APS como a AAE são majoritariamente voltadas ao atendimento das condições crônicas não agudizadas? Como deveria ser a Regulação do Acesso tendo em vista a RAS?

Como preparar as equipes de APS e de AAE para desenvolverem funções de Regulação do Acesso em seu processo de trabalho e quais seriam essas funções?

Considerando-se a Política Nacional de Regulação existente (2008), a organização do SUS em RAS (2010), as necessidades apontadas pelas SES (2019) em relação à Regulação, manifestadas na elaboração de seus planejamentos estratégicos para o período 2020-2023, identifica-se a necessidade de:

a. Promover e estimular a reflexão sobre a importante macrofunção estadual da regulação, pois os gestores do SUS devem garantir que os recursos disponíveis sejam alocados com eficiência e qualidade, e a Re-

gulação da Atenção à Saúde estabelece padrões de qualidade dela.

b. Conhecer qual o espaço institucional das áreas de Regulação da Atenção à Saúde e contratualização nas SES e propor arranjo organizacional que contemple a inserção dessas áreas de atuação e a integração dessas com as outras áreas afins.

c. Fomentar a discussão e a revisão da Política Nacional de Regulação, adequando-a à organização e ao funcionamento da RAS e ao desenvolvimento do PRI.

d. Rever as ações definidas para cada uma das três dimensões da regulação no SUS: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso aos serviços de saúde, conforme estabelecido pela Política Nacional de Regulação, visando que sejam adequadas às normativas atuais.

A CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES NO SUS

A CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES NO SUS

2

A CF 1988 instituiu o SUS, passando a saúde a ser um direito de todos e um dever do Estado, definindo, assim, o princípio da universalidade no atendimento à saúde. Para cumprir esse princípio constitucional, foi facultado aos gestores do SUS lançar mão de serviços de saúde não estatais. Em seu art. 199, § 1º, a CF 1988 define que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988).

Assim, foram estabelecidas as primeiras medidas de regulação e controle para a compra de serviços de saúde. Com a promulgação do art. 199, § 1º, as entidades privadas incorporam-se como prestadoras complementares do SUS.

O processo de descentralização e regionalização transferiu aos estados e municípios deveres e responsabilidades na atenção à saúde que anteriormente eram do governo federal. Com a descentralização progressiva dos recursos financeiros federais para estados e municípios, que passaram a assumir a gestão dos serviços de saúde, atualmente, toda a rede de prestação de serviços do SUS está sob responsabilidade de estados e de municípios, sendo que a participação do Ministério da Saúde nesse processo é de apoio técnico e de repasse dos recursos financeiros para o custeio das ações assistenciais. Nesse cenário, a gestão dos prestadores de serviços de saúde compreende a definição das necessidades de ações e serviços para atender a população, o estabelecimento dos parâmetros de cobertura assistencial e de qualidade na atenção, a contratação, o monitoramento, a avaliação, a satisfação dos usuários e o pagamento.

Segundo a CF 1988 (BRASIL, 1988) e a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), são consideradas atribuições, tanto do gestor estadual como do gestor municipal: a gestão e a execução de serviços públicos de atendimento

à saúde da população, podendo eles recorrer de forma complementar aos serviços ofertados pela rede privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária. Ainda de acordo com a Lei nº 8.080/1990, a participação da iniciativa privada deverá ser feita conforme as diretrizes do SUS e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1990a).

A formalização contratual entre o poder público e a iniciativa privada é de suma importância, pois estabelece de forma clara os direitos e os deveres de cada uma das partes, legitima o repasse de recursos públicos para o setor privado, define mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde do SUS e torna-se um forte instrumento de regulação e de avaliação dos resultados na prestação de serviços (CONASS, 2011).

Para uma adequada formalização contratual, o gestor deve planejar a compra de serviços com base no diagnóstico das necessidades de saúde da população, na modelagem das RAS e na capacidade de oferta da rede pública. A definição do escopo, quantidade, e qualidade dos serviços a serem contratados deve ter como base os protocolos assistenciais, bem como as prioridades definidas pelo gestor no seu plano de saúde.

O que predominou por muito tempo no processo de contratação no sistema público de saúde brasileiro baseava-se no pagamento da produção de serviços levando em conta apenas a capacidade instalada física e de recursos humanos dos prestadores e nos limites financeiros estabelecidos para o custeio das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Além do que, poucos contratos definiam indicadores de desempenho qualitativo e quantitativo do serviço.

No contexto atual da gestão do SUS, trabalha-se com uma concepção de contratualização que não se restringe ao ato formal de contratação de serviços. Consiste em uma negociação entre gestor e prestador de serviços, na qual são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de acordo com as necessidades de saúde da população e do perfil assistencial do prestador. São especificadas obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas, e estabelecidos critérios para o monitoramento e avaliação de seu desempenho.

Atualmente, as normativas estabelecem que a contratualização deve contemplar a orçamentação global mista, sendo o pagamento composto por um montante prefixado, ou seja, parte ou totalidade dos procedimentos de média e alta complexidade têm valores prefixados. Pode-se também estabelecer que os procedimentos de média complexidade sejam prefixados e que a produção de serviços para custeio das ações de alta complexidade e dos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC seja paga mediante a produção realizada.

Em 1993, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.286/93, normatizando a contratação de serviços de saúde por gestores do SUS, indicando as cláusulas que deveriam constar nos contratos de prestação de serviços de saúde, além de apresentar os respectivos modelos. Na mesma Portaria, o Ministério da Saúde considerou que os contratos de direito público (para complementação dos serviços executados pelo SUS), celebrados entre estados e municípios ou entre pessoas naturais e jurídicas de direito privado, com ou sem fins lucrativos ou filantrópicos, deveriam estabelecer com clareza e precisão as condições pactuadas para sua execução, expressas em cláusulas que contemplem os direitos, as obrigações e as responsabilidades de cada um dos contratantes (BRASIL, 1993a).

A Política Nacional de Regulação do SUS define, entre outros aspectos, a contratação de prestadores de serviços de saúde como competência comum dos entes federativos. A contratação de serviços de saúde de forma complementar das instituições privadas e a sua relação com o Gestor devem ser estabelecidas por vínculos formais, permitindo-lhe suprir a insuficiência dos serviços no setor público, assegurada a preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, conforme art. 199, §1º da CF 1988, observadas as exigências gerais aplicáveis.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.034, de 5 de maio de 2010, estabeleceu critérios quanto à participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do SUS, fixando que cada Gestor deveria comprovar a insuficiência da rede de serviços e a impossibilidade de ampliação dos serviços próprios como condição para contratar serviços de saúde, publicando também modelos dos instrumentos contratuais que deveriam ser utilizados na complementação dos serviços (BRASIL, 2010a).

Dentro desse contexto de contratualização e considerando o papel relevante das entidades filantrópicas na prestação de serviços de saúde, o referencial legal para essa área é a Lei nº 13.204, de 2015, que altera a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, estabelecendo o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação para a consecução de finalidades de interesse público (BRASIL, 2015a).

II.1. INSTRUMENTOS CONTRATUAIS

A Contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP – Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2014).

A **Contratualização** poderá ser firmada, entre outros, por meio dos seguintes instrumentos contratuais:

Convênio: é o acordo no qual os partícipes têm interesses comuns e coincidentes. Por essa razão, no convênio, a posição jurídica dos signatários é idêntica para todos, podendo haver apenas diversificação na cooperação de cada um, segundo suas possibilidades para a consecução do objetivo comum, desejado por todos. Assim, a realização de um convênio confere às entidades conveniadas a condição de parceira do Poder Público.

O convênio pode ser utilizado para regular a relação com entidades privadas sem fins lucrativos, entidades filantrópicas e, também, com entidades públicas quando houver o interesse mútuo em promover a saúde da população. Em razão do disposto no art. 199, da CF 1988, entidades privadas sem fins lucrativos têm prioridade na participação complementar na rede pública de saúde.

Assim, quando o objeto do ajuste for o desenvolvimento de um objetivo e/ou atividades comuns, o instrumento legal a ser utilizado será o **convênio**; e sempre que o objeto do ajuste for única e exclusivamente a compra de serviços, o instrumento legal utilizado será o **contrato administrativo**.

Contrato Administrativo: é o ajuste que a Administração Pública firma com particular ou outra entidade administrativa para a consecução de objetivos de interesse público, nas condições estabelecidas pela própria administração. Um contrato administrativo tem como características básicas: a consensualidade, pois, consubstancia a vontade entre as partes; a formalidade, uma vez que deve ser realizado por escrito; a onerosidade, visto que é remunerado na forma convencionada entre as partes; a comutatividade, pois gerará obrigações recíprocas e equivalentes para as partes; e *intuitu personae* (em razão da pessoa), ou seja, o objeto somente poderá ser realizado pelo próprio contratado. O contrato administrativo possui uma característica que lhe é específica – a exigência de uma licitação prévia, que só será dispensável ou inexigível nos casos expressamente previstos em lei.

Principais diferenças entre contrato e convênio:

- a. Os entes conveniados têm objetivos institucionais comuns e se reúnem para alcançá-los.
- b. No convênio, as partes buscam um resultado comum; no contrato, as vontades “são antagônicas, se compõem, mas não se adicionam”(CHC, 2020a).
- c. No convênio, há uma mútua colaboração que pode ocorrer de diversas formas: repasse de recursos na forma de incentivo, cessão de uso de equipamentos, recursos humanos, materiais e imóveis; não se menciona preço, que é uma característica dos contratos.
- d. No contrato, o valor pago a título de remuneração integra o patrimônio da entidade que o recebeu; no convênio, a entidade conveniada deve utilizar o valor recebido para a execução de determinada atividade que foi ajustada. Dessa forma, o valor repassado não perde o caráter público, só podendo ser utilizado para os fins explicitados no convênio; por esse motivo, a entidade conveniada fica obrigada a prestar contas sobre a utilização do recurso público aos órgãos de controle interno e externo.

Contrato de Gestão ou Contrato Programa: não é um contrato propriamente dito, pois não há interesses contraditórios, é mais bem conceituado como um acordo de Direito Público. Sua finalidade básica é possibilitar à Administração fixar metas e prazos de execução a serem cumpridos pela entidade privada ou pelo ente da administração indireta, a fim de permitir melhor controle de resultados. O contrato de gestão é estabelecido por tempo determinado, ficando a entidade sujeita a controle de resultado para verificação

do cumprimento das metas estabelecidas. O contrato de gestão também está previsto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, como instrumento para estabelecer um vínculo jurídico entre Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a Administração Pública, quando o objetivo do contrato for a transferência da gerência de uma instituição pública para a OSS (BRASIL, 1998). O contrato de gestão, quando celebrado com entidades da administração Indireta, tem por objetivo ampliar a sua autonomia; porém, quando celebrado com organizações sociais, restringe-se a exigências contidas no contrato de gestão.

Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos: será utilizado quando, em um município, houver uma unidade prestadora de serviços pertencente a outra esfera de gestão, ou seja, ele visa normatizar a pactuação entre as diferentes esferas de governo, município, estado e União, sobre o uso de uma determinada unidade prestadora de serviços sob gerência de uma esfera de governo e gestão de outra, fixando as metas desse acordo e determinado a elaboração de um plano operativo.

II.2 A ALOCAÇÃO DE RECURSOS POR ORÇAMENTO GLOBAL

O sistema de **alocação de recursos por orçamento global** consiste em repasses periódicos de um montante anual de recursos definido por meio de programação orçamentária elaborada pela unidade de saúde para o período correspondente e negociada com o respectivo gestor. Trata-se de um sistema no qual, embora o montante de recursos esteja formalmente calculado com base na produção prevista para um determinado período (geralmente um ano), as transferências de recursos não estão vinculadas à efetiva produção de serviços. Assim, se, por um lado, ele possibilita ao órgão gestor uma previsão dos seus gastos e à unidade de saúde uma previsibilidade de suas receitas, por outro, esse método de alocação de recursos não traz em si – e em sua forma clássica – nenhum incentivo ao bom desempenho do prestador de serviços, nem em termos quantitativos nem qualitativos.

II.3 MECANISMOS DE PAGAMENTOS E CONTRATOS

Os mecanismos de pagamento de serviços são os meios pelos quais os gestores remuneram os prestadores dos serviços de saúde. Uma das

modalidades mais frequentes de pagamento por serviços de saúde é feito mediante pagamento por procedimentos.

Apesar dos esforços de migração para sistemas de pagamento baseados em orçamentos globais e desempenho, o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) continuam sendo os principais mecanismos de informação para o pagamento de atendimento hospitalar e ambulatorial. Esse tipo de mecanismo de pagamento induz a produção excessiva de serviços específicos, considerados mais rentáveis dentro das possibilidades da tabela de procedimentos, não incentivando o controle dos custos e a gestão.

Em tese, os mecanismos de pagamento por serviços/procedimentos poderiam ser utilizados como incentivos para melhorar o desempenho dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares por meio, principalmente, do estímulo às mudanças organizacionais. Entretanto, três fatores têm dificultado esse tipo de vinculação. Primeiro, observa-se uma grande diversidade de mecanismos de pagamento por serviços/procedimentos, o que dificulta sua compreensão. Segundo, há grande prevalência de mecanismos de pagamento baseado em orçamentos por itens, o que impede sua vinculação a resultados. Terceiro, ainda há diversos desafios relacionados com a própria medição de qualidade e avaliação de desempenho, que requer indicadores consistentes e sistemas de informação confiáveis.

II.4 SISTEMA DE INCENTIVOS FINANCEIROS

Ao longo dos últimos 20 anos, foram desenvolvidas diversas Políticas pelo Ministério da Saúde, visando a mudanças no modelo de financiamento e à indução de novas formas de pagamentos aos prestadores de serviços. Nesse sentido, foram adotadas, de maneira ainda complementar, a modalidade de pagamento de incentivos financeiros permanente de custeio e a modalidade de pagamentos de incrementos.

Enquanto os incentivos permanentes de custeio são destinados ao cofinanciamento de serviços, sendo seus valores não vinculados diretamente à Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, os incrementos estão atrelados à habilitação do estabelecimento e ao processamento dos sistemas de informação

(SIA e SIH), incidindo sobre a produção de determinados procedimentos realizados pelos prestadores de serviços (BRASIL, 2015b).

Os incentivos financeiros são pagos complementarmente a outras modalidades de financiamento da saúde, tendo como objetivo a melhora da qualidade da atenção ao usuário do serviço, por meio do cumprimento de metas, e tem característica de pagamento prefixado. Os valores correspondentes a esses incentivos vêm sendo incorporados aos tetos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, com repasses mensais do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos respectivos fundos de saúde dos estados e municípios.

II.4.1. INCENTIVOS FINANCEIROS PERMANENTES DE CUSTEIO

Existem três tipos de incentivos financeiros federais que são alocados no Bloco de Financiamento das Ações de Média e Alta Complexidade: a) incentivo de orçamentação global; b) incentivo para qualificação de serviços; e c) incentivo de qualificação de leitos (BRASIL, 2015b).

A) Incentivo de orçamentação global

No SUS, o incentivo financeiro federal de orçamentação global é aquele repassado aos gestores para o financiamento de serviços ou de tipos de estabelecimentos de saúde. Seu cálculo é baseado em uma estimativa que visa a uma maior aproximação aos custos de cada estabelecimento. Tipos de incentivos de orçamentação global:

- **Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP):** vinculada à Rede Cegonha, é uma residência provisória de cuidado à gestação, puerpério e recém-nascidos em situação de risco, identificadas pela atenção primária ou especializada.
- **Centros de Parto Normal (CPN):** vinculados à Rede Cegonha, são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de baixo risco pertencentes a um estabelecimento hospitalar, localizadas em suas dependências internas ou imediações.
- **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** são pontos de atenção, do componente atenção especializada, da Rede de Atenção Psicossocial.
- **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT):** uma das estratégias de desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial constituem-se em

moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência.

- **Unidades de Acolhimento (UA):** pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial, na atenção residencial de caráter transitório, que oferecem cuidados contínuos de saúde. Seu funcionamento é de 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, cujo tempo de permanência é de até seis meses.

- **Serviços Residenciais de Caráter Transitório** (incluem comunidades terapêuticas): pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial são serviços de saúde destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

- **Programa de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial:** é constituído por equipes de desinstitucionalização, as quais possuem como missão apoiar a rede de atenção psicossocial no desenvolvimento de estratégias que visem garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de ações substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social.

- **Centros Especializados em Reabilitação (CER):** configuram-se como pontos de atenção do componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências (Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência). São estratégicos no processo de reabilitação para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua.

- **Oficinas Ortopédicas:** constituem-se em serviços de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

- **Sala de Estabilização (SE):** componente da Rede de Atenção às Urgências, esta estrutura funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da RAS. A sua instalação deve ocorrer em serviços de saúde,

públicos ou filantrópicos, preferencialmente em Hospitais de Pequeno Porte, habilitados ou não, com até 30 leitos e fora da área de abrangência de UPA 24 horas, podendo também ser instalada em outras unidades como Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Mista, desde que garantidas as condições para seu funcionamento integral por 24 horas, em todos os dias da semana.

- **Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU):** componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar ao sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

- **Central de Regulação das Urgências:** estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção.

- **Unidades Móveis:** são unidades destinadas ao atendimento/transporte de pacientes, podendo ser terrestres, aeronaves, embarcações, motolâncias e veículos de intervenção rápida.

- **Unidades de Pronto Atendimento (UPA):** As UPA 24h, componentes da Rede de Atenção às Urgências, são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, entre a atenção primária de saúde e a atenção hospitalar. São classificadas em Portes I, II e III, tendo oito opções de capacidade operacional que determinam os valores financeiros a serem repassados pelo Ministério da Saúde.

- **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO):** são estabelecimentos de saúde classificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Clínica Especializada ou Ambulatórios de Especialidade. Estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais. São classificados em tipo I, II e III, de acordo com sua capacidade operacional.

- **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)** vinculados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências: são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico, sendo o cuidado ampliado e qualificado às especificidades da pessoa com deficiência.

- **Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)**: estabelecimentos que confeccionam próteses dentárias totais, próteses dentárias parciais removíveis e/ou próteses coronárias/intra-articulares e fixas/adesivas.

- **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)**: é um estabelecimento de atenção especializada em Saúde do Trabalhador, que dispõe de serviço de vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), além de prestar, à rede de serviços do SUS, suporte técnico – pedagógico e clínico – assistencial para a atenção integral à saúde dos usuários trabalhadores urbanos e rurais, o que compreende as ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

- **Hospitais de Pequeno Porte (HPP)**: são hospitais vinculados à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, e que possuem as seguintes características: i) esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica; ii) localizados em municípios ou microrregiões com até 30 mil habitantes; iii) entre 5 e 30 leitos de internação cadastrados no CNES; iv) localizados em municípios que apresentam cobertura da ESF igual ou superior a 70%.

B) Incentivo para a qualificação de serviços

É todo incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, que está diretamente relacionado com a tipologia do serviço e com a execução de metas qualitativas e quantitativas. Esses serviços são custeados conforme regras contratuais estabelecidas entre prestadores e gestores dos respectivos estabelecimentos de saúde e possuem um incentivo adicional para seu custeio.

Os seguintes incentivos são classificados dessa forma:

- **100% SUS**: Incentivo Financeiro destinado às unidades hospitalares que se caracterizam como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinam 100% de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao SUS. O Incentivo Financeiro 100% SUS é repassado em 12 parcelas mensais, cada uma equivalente a um doze avos do valor total do incentivo.

- **Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS):** criado em 1991, exclusivamente para os Hospitais Universitários e, posteriormente, expandido para os Hospitais de Ensino, possui o objetivo de fomentar a formação de Recursos Humanos para a consolidação e aperfeiçoamento do SUS, de incentivar o ensino e a pesquisa nos Hospitais de Ensino, visando à formação de profissionais altamente qualificados; bem como de incentivar a incorporação e/ou geração de novas tecnologias na área da saúde para o desenvolvimento e o aprimoramento do SUS.

- **Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC):** a Portaria GM/MS nº 2.035, de 17 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013a), estabeleceu regras para cálculo do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, destinado aos estabelecimentos hospitalares constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com ou sem certificação de Hospital de Ensino, desde que possuam 30 ou mais leitos ativos, devidamente cadastrados no CNES; e possuam o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-Saúde) ou já tenham protocolado pedido de certificação originária ou renovação. A portaria GM/MS nº 2.035/2013 foi revogada pela portaria GM/MS nº 142/14, que, posteriormente, foi consolidada na Portaria de Consolidação nº 6, de 2017, que, mais adiante, foi revogada pela Portaria GM/MS nº 2.925/2017. O IAC corresponderá a 50% do valor contratado entre o gestor de saúde responsável e o estabelecimento hospitalar para a Média Complexidade, conforme portaria GM/MS nº 2.035/2013.

- **Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS):** incentivo pago pelo Ministério da Saúde, adicionalmente ao faturamento das entidades, destinando-se exclusivamente aos hospitais filantrópicos e aos sem fins lucrativos, com o objetivo de estimular o desenvolvimento de suas atividades assistenciais e a realização delas em regime de parceria com o Poder Público.

- **Portas de Entrada de Urgência da Rede de Atenção às Urgências:** serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. O incentivo é destinado aos estabelecimentos caracterizados como Porta de Entrada de Urgência na Rede de Atenção às Urgências.

C) Incentivo para a qualificação de leitos

Instituído pelas Redes Temáticas de Atenção à Saúde, essa modalidade de incentivo visa à complementação do valor de diária de internação em leitos, tendo como contrapartida o cumprimento de metas de qualidade. Diferentemente do incentivo para qualificação de serviços, esse incentivo é calculado com base em uma produtividade esperada para o leito.

- Incentivos para qualificação de leitos na Rede Cegonha

- » **Leitos para gestantes de alto risco (GAR):** o valor do incentivo é definido considerando a condição do leito (novo ou existente qualificado) e taxa de ocupação de 85%.

- » **Leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal:** o valor do incentivo é definido considerando a sua característica de atendimento (convencional ou canguru) e taxa de ocupação de 90%.

- » **Leitos de UTI Neonatal:** o valor do incentivo é definido considerando a sua condição (novo ou qualificação de leito existente), Tipo de UTI (II ou III) e taxa de ocupação de 90%.

- » **Leitos de UTI Adulto:** o valor do incentivo é definido considerando a sua condição (novo ou qualificação de leito existente), Tipo de UTI (II ou III) e taxa de ocupação de 90%.

- Incentivos para qualificação de leitos na Rede de Atenção às Urgências

- » **Leitos de retaguarda clínica:** são leitos de retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, organizados por meio de enfermarias clínicas. Poderão localizar-se nas unidades hospitalares estratégicas (Portas de Entrada Hospitalares de Urgência) ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas regiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas. O valor do incentivo é definido considerando a sua condição (novo ou qualificação de leito existente) e taxa de ocupação esperada de 85%.

- » **Leitos de UTI (adulto ou infantil):** poderão localizar-se nas unidades hospitalares estratégicas (Portas de Entrada Hospitalares de Urgência) ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas regiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas. O valor do incentivo é definido considerando a sua condição (novo ou qualificação de leito existente), Tipo de UTI (II ou III) e taxa de ocupação de 90%.

» **Leitos de Terapia Intensiva Coronariana (UCO):** UTI dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo necessariamente dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência. O valor do incentivo é definido considerando a taxa de ocupação de 90%.

» **Leitos de Cuidado ao AVC:** localizados em Unidades de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo) ou em Unidades de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral). O cálculo do incentivo dos leitos de U-AVC Agudo pressupõe uma taxa de ocupação de 90%, enquanto para o cálculo do incentivo referente aos leitos de U-AVC Integral, pressupõe taxa de ocupação de 85%.

» **Leitos de Cuidados Prolongados:** os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas: i) Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado; ii) Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). As UCP e os HCP se constituem em uma estratégia de cuidado intermediário entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção primária, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio. O valor do incentivo por leito foi calculado a partir de uma estimativa de tempo de permanência e considera uma taxa de ocupação de 85%.

▪ Incentivos para qualificação de leitos na Rede de Atenção Psicossocial

» **Serviço de leito de saúde mental em Hospital Geral de Referência (SHR):** destinado à atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, é um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial. O valor do incentivo por leito foi calculado considerando uma estimativa de tempo de permanência, com taxa de ocupação de 85%.

Além dos incentivos permanentes de custeio, existem também os incrementos, atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, os quais incidem sobre procedimentos que possuem uma remuneração diferenciada em virtude de alguma habilitação do estabelecimento de saúde. Trata-se de um percentual acrescido ao valor de referência do procedimento. Os incrementos estão atrelados ao processa-

mento dos sistemas de informação (SIA e SIH), incidindo sobre a produção de determinados procedimentos realizados pelos prestadores de serviços (BRASIL, 2015b).

Exemplos de habilitações no SUS que possuem incrementos: assistência em alta complexidade ao indivíduo com obesidade, centro de tratamento da malformação labiopalatal, referência hospitalar em atendimento secundário e terciário a gestantes de alto risco, hospital amigo da criança, unidade especializada em doença renal crônica com terapia renal substitutiva, centro de reabilitação auditiva, transplantes, hospital tipo I, II e III em Urgências, centro de Trauma tipo I, II e III etc. (BRASIL, 2015b).

Com o advento da pandemia da covid-19, em 2020, no Brasil, o Ministério da Saúde autorizou o funcionamento de novos leitos de UTI, em caráter excepcional e temporário, para o atendimento exclusivo de pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave SRAG/covid-19, que, nesse período, foram remunerados pelo critério de disponibilidade. Com a redução da pandemia, o Ministério da Saúde, em 2021, programou a desmobilização desses leitos novos e exclusivos e habilitou como leito de UTI convencional uma parte deles, totalizando em 6.450 leitos novos de UTI habilitados em todo o território nacional (BRASIL, 2022a). Ao mesmo tempo, o valor da diária de UTI neonatal, pediátrica e adulto foi reajustada na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (BRASIL, 2022b).

II.5 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é o instrumento balizador para planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e programas do Ministério da Saúde. Ele deve orientar a atuação da esfera federal em sua coordenação do SUS, estabelecendo diretrizes, prioridades, metas e indicadores. Esse instrumento deve estar alinhado com as outras iniciativas e instrumentos governamentais, tal como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). O PNS embasa a orientação estratégica do Ministério da Saúde, assim como a gestão em todos os seus níveis, e busca ampliar e qualificar o acesso aos bens e serviços de saúde, de modo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida dos brasileiros.

II.5.1 FUNDAMENTO LEGAL E NORMATIVO

- A CF 1988 estabeleceu diretrizes quanto à elaboração e ao encaminhamento dos projetos relativos ao PPA, à LDO e à LOA.

- A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre a obrigação legal de elaboração do PNS (arts. 15 e 16) e sobre a compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (art. 36) (BRASIL, 1990a).

- O Conselho Nacional de Saúde deve estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços (art. 37). A Lei Complementar nº 141/2012, no artigo 30, § 4º, reforça que cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades (BRASIL, 2012a).

- A Lei nº 8.142/1990 dispõe que devem ser realizadas Conferências de Saúde, a cada quatro anos, a fim de propor diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível da federação. As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas do SUS, que permitem a participação social, e possuem papel importante na definição das diretrizes que subsidiam a formulação de estratégias, objetivos, metas e indicadores e, posteriormente, no controle e avaliação da execução da política pública.

- O PNS é um instrumento de gestão orientador do processo de planejamento do SUS na esfera federal, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população. O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde.

- O art. 94 da Portaria de Consolidação nº 01/2017 define as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, a definição da vigência e dos elementos que devem compor o PNS, como: a) a análise situacional de saúde; b) os objetivos, metas e indicadores; c) o processo de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2017b).

O planejamento no âmbito do SUS tem como base os seguintes pressupostos:

- I. Planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.

II. Respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), CIB e CIT.

III. Monitoramento, avaliação e integração da gestão do SUS.

IV. Planejamento ascendente e integrado, do nível local ao federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

V. Compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório Anual de Gestão – RAG) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam: o PPA, a LDO e a LOA, em cada esfera de gestão.

VI. Transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade.

VII. Concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde.

- A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta o § 3º do art. 198 da CF 1988 para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2012a).

- O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa (BRASIL, 2011a).

O **Plano de Saúde**, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. O Plano de Saúde observará os prazos do PPA, conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados.

A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

- I. Análise situacional, orientada, entre outros, pelos seguintes temas:
 - » estrutura do sistema de saúde;
 - » redes de atenção à saúde;
 - » condições socio sanitárias;
 - » fluxos de acesso;
 - » recursos financeiros;
 - » gestão do trabalho e da educação na saúde;
 - » ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão.
- II. Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e
- III. O processo de monitoramento e avaliação.

Os Planos Estaduais de Saúde deverão ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse recursos aos Municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

Os Planos Estaduais de Saúde terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade inter-regional.

A **Programação Anual de Saúde (PAS)** é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

Para Estados e Municípios, a PAS deverá conter:

- a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde.
- a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS;
- a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

Para a União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

II.5.2 REGIONALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

A Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, estabeleceu diretrizes para os processos de Regionalização, PRI, elaborado de forma ascendente, e Governança das RAS no âmbito do SUS. Essa resolução inova nos conceitos e relaciona o planejamento à regionalização, à organização das RAS e à governança, instituindo os Comitês de Governança Macrorregionais das RAS. Assim, as principais diretrizes do PRI são (BRASIL, 2017a):

I. compromisso dos três entes federados na implementação de modelo de atenção à saúde que atenda às políticas pactuadas e às necessidades de saúde da população brasileira;

II. implementação do processo de planejamento regional integrado visando à organização das RAS com a integração regional das ações e serviços de saúde, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012;

III. a organização das RAS poderá envolver uma ou mais regiões de saúde, inclusive em mais de um estado, na perspectiva de construção de um espaço regional, onde se complementam e compartilham a oferta de ações e serviços de saúde, integrados por Sistemas Logísticos;

IV. o espaço regional, no qual se organiza a RAS, requer a definição dos limites geográficos e base populacional, bem como a definição do conjunto de ações e serviços, garantindo acessibilidade e sustentabilidade operacional;

V. APS como ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado, considerando ainda os demais conceitos, fundamentos, atributos e elementos constitutivos das RAS descritos na Portaria GM/MS nº 4.279/2010, sem prejuízo de outros que venham ser definidos pela CIT;

VI. estabelecimento e disponibilização de parâmetros nacionais e regionalizados para orientar o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde, considerando a diversidade socioeconômica, geográfica, epidemiológica e sanitária das regiões de saúde brasileiras;

VII. implementação de gestão de custos em saúde, como componente do processo de gestão e planejamento no SUS;

VIII. o PRI, elaborado de forma ascendente, deve sistematizar a definição das responsabilidades de cada ente federado no âmbito das RAS e do financiamento compartilhado, sem prejuízo das demais definições presentes na legislação vigente;

IX. a alocação de recursos de capital e custeio pelas três esferas de gestão deve respeitar a regionalização e a organização das RAS;

X. a CIB deverá instituir, em espaços regionais em que se organizam as RAS, observadas as realidades locais, **Comitês Executivos de Governança das RAS**, de natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e os representantes do Ministério da Saúde;

XI. a CIB definirá a composição, as atribuições e o funcionamento dos Comitês Executivos de Governança das RAS;

XII. os Comitês Executivos de Governança das RAS deverão subsidiar a CIB nas tomadas de decisões acerca do seu espaço regional, no que se refere à implementação das RAS, bem como contribuirão para a efetivação dos acordos pactuados na CIB e na CIR.

XIII. a Secretaria de Estado da Saúde fornecerá os meios necessários para o desenvolvimento das atividades dos comitês vinculados às CIB;

XIV. nos casos de espaços regionais, nos quais se organizam as RAS, que envolvam mais de um estado, os comitês instituídos pelas CIB terão sua coordenação compartilhada;

XV. as CIB garantirão mecanismos de comunicação, visando à transparência dos processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das RAS;

XVI. as CIB deverão fortalecer as CIR como espaço de governança regional e de gestão, envolvendo os três entes federados para a implementação do processo de planejamento regional integrado visando à organização das RAS;

XVII. a CIT definirá diretrizes para a revisão das regiões de saúde com vistas à conformação de regiões resolutiveiras, que busquem assegurar acessibilidade, integralidade e sustentabilidade operacional das RAS.

A CIT aprovou a Resolução nº 37, de 22 de março de 2018, detalhando o **processo de PRI e instituindo as macrorregiões** de saúde como espaço regional ampliado que garanta a resolubilidade da RAS. Cria também os Planos Regionais como parte integrante do Plano Estadual de Saúde (BRASIL, 2018).

Essa resolução estabelece que o processo de PRI será instituído e coordenado pelo governo estadual, ou seja, pelas SES, de forma articulada com

os municípios e com a participação da União. O PRI deve considerar a configuração das regiões de saúde definidas na CIB, e dá as seguintes orientações:

I. O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da RAS, observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

II. A RAS deve ser definida a partir das regiões de saúde; e para garantir a resolubilidade da atenção à saúde, deve ser organizada em um espaço regional ampliado, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

III. O produto desse processo de planejamento é o Plano Regional, conforme disposto na Lei Complementar nº 141/2012, e deve expressar:

- » a identificação do espaço regional ampliado;
- » a identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada;
- » as prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- » as responsabilidades dos entes federados no espaço regional;
- » a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;
- » a programação geral das ações e serviços de saúde;
- » a identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

IV. A institucionalização desse processo efetivará um novo modelo de financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) baseado na alocação global dos recursos e em conformidade com o disposto na Lei Complementar nº 141/2012, observando as prioridades e os compromissos acordados pela União, estados e municípios, no espaço regional ampliado.

V. O espaço regional ampliado será referência para a alocação dos recursos financeiros dos entes federados, nas ASPS de interesse regional.

VI. A CIB deverá pactuar as diretrizes que orientarão o processo de planejamento regional integrado, bem como o monitoramento do Plano Regional.

VII. O Plano Regional resultante do PRI deverá ser pactuado na CIB, que terá a responsabilidade de monitorar a sua execução a partir das informações fornecidas pelas CIR já organizadas nas regiões de saúde.

VIII. A consolidação dos Planos Regionais será parte integrante do Plano Estadual de Saúde.

IX. O espaço regional ampliado que garanta a resolutividade da RAS será denominado de **macrorregião de saúde** e deve ser instituído pelas CIB no processo de planejamento regional integrado, coordenado pelos estados em articulação com os municípios e a participação da União, tendo como base a configuração das regiões de saúde existentes, observando os seguintes critérios:

- » conformação regional com escala necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, baseada em um limite geográfico, independentemente de divisas estaduais, e um contingente mínimo populacional de 700 mil habitantes, exceto para os estados da Região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes;

- » contiguidade territorial, mesmo quando ultrapassar as divisas estaduais, visando dar coesão regional bem como proporcionar a organização, o planejamento e a regulação de serviços de saúde no território.

- » para os estados das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, no caso de serem configuradas macrorregiões de saúde com contingente populacional entre 500 mil e 700 mil habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT justificativa contendo os critérios adotados, para análise e parecer.

X. O Comitê Executivo de Governança da RAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB, deverá ser instituído na macrorregião de saúde, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS; e fornecerá subsídios para a tomada de decisão na macrorregião bem como contribuirá para a efetivação dos acordos pactuados nas CIR e na CIB, conforme a Resolução CIT nº 23/2017.

II.5.3 O PLANEJAMENTO E A CONTRATUALIZAÇÃO

O PPA, a LDO e a LOA são instrumentos de planejamento e orçamento de governo.

Os Instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS são: o Plano de Saúde, que deve ser elaborado a cada quatro anos; a PAS, que é elaborada anualmente e que tem como base o Plano de Saúde; e o RAG, que é elaborado anualmente e que tem como base a PAS e o Plano de Saúde.

Os Instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS devem estar alinhados com os instrumentos de planejamento do governo: PPA, LDO e LOA.

Cada um dos entes federados, União, estados e municípios, devem elaborar esses documentos, apresentá-los e aprová-los no respectivo Conselho de Saúde (nacional, estadual ou município), dentro dos prazos estabelecidos.

Com a implantação do PRI, fica instituído um novo documento, que é o Plano Regional, que deve integrar o Plano Estadual de Saúde, ou seja, o Plano Estadual de Saúde deve ter como base o PRI.

Há que se aproveitar, portanto, as oportunidades de relacionar planejamento e contratação. Nesse sentido, o **PRI é a base do processo de contratualização**. É ele que deve indicar o número de consultas necessárias para gestantes e crianças de risco habitual, risco médio e alto risco; o número de consultas para hipertensos e diabéticos estratificados por risco; o número de consultas necessárias para idosos em risco de fragilidade; o número de leitos de gestação de alto risco e de leitos de UTI para gestantes e recém-natos; o número de leitos hospitalares suficientes para uma determinada macrorregião; a necessidade de atendimento oncológico, incluindo exames para diagnóstico e para confirmação de diagnóstico, cirurgia e tratamento quimioterápico e radioterápico; a necessidade de atendimento traumatológico e neurológico; a necessidade de atendimento cardiocirculatório etc.

Outros aspectos devem ser considerados no PRI, como a necessidade de ações de educação permanente com o desenvolvimento de supervisão clínica e matriciamento entre as equipes hospitalares e as equipes de atenção primária.

Todos esses aspectos e muitos outros podem ser contemplados em um contrato, seja com os hospitais, com a AAE ou com a APS.

II.6. GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, apresenta pela primeira vez no SUS o conceito de governança da RAS: esta é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da RAS. Assim, a governança da RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos logísticos (BRASIL, 2010b).

Os objetivos da governança da RAS são garantir o cumprimento dos pactos e acordos entre os atores, o manejo dos conflitos de interesse, o direcionamento da ação segundo os princípios da transparência e da prestação de contas, a progressiva estabilização da rede baseada em resultados dos pactos entre os atores, o respeito às regras do jogo e os resultados da rede (FRANCESCA *et al.*, 2012).

A Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, estabeleceu a instituição do Comitê Executivo de Governança da RAS, vinculado à CIB.

O Comitê Executivo de Governança da RAS é de natureza técnica e operacional, nesse sentido não deve ser confundido com a CIR, que é composta pelos gestores dos municípios de uma determinada região e representante do gestor estadual. O Comitê Executivo de Governança, além da presença dos gestores municipais, tem a participação dos principais prestadores de serviço da região/macrorregião (hospitais, ambulatórios de atenção especializada), representante do nível estadual (regional de saúde) e profissionais de saúde vinculados à RAS em questão (materno-infantil, urgência e emergência, condições crônicas etc.).

Esses Comitês deverão subsidiar a CIB nas tomadas de decisões no que se refere à implementação da RAS. Devem ter natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar e avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS, e contemplar a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo prestadores de serviços, controle social e Ministério da Saúde. O ponto central da governança em rede é a colaboração entre os atores.

No processo de governança, são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação etc.

II.7. OS DESAFIOS PARA A CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PRÓPRIOS PELAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO PRI E NA PERSPECTIVA DAS RAS

Quando se fala em melhorar a contratualização dos serviços hospitalares, está se falando da complexa relação que deve existir entre gestor e o prestador de serviço. O gestor é a entidade disposta a pagar para que o prestador de serviço de saúde possa gerar resultados hospitalares de acordo com o contrato entre os dois.

Toda essa relação deve ser baseada em um contrato que defina quais são as regras que devem regê-la. É preciso indicar uma série de medidas no nível estadual/municipal no que diz respeito às políticas de saúde antes de entrar nos aspectos de melhoria das contratações. Inicialmente, é fundamental saber quais são as estratégias de saúde do gestor. Ou seja, quais são os pilares de saúde sobre os quais se baseiam as políticas de saúde. Esse quadro estratégico deve ser baseado em cinco elementos:

- deve se desenvolver um **plano de saúde** e um PRI para saber quais são as necessidades da população.
- definir as **políticas de qualidade** para estabelecer quais são os padrões ou normas de qualidade.
- deve ser estabelecido o **arcabouço financeiro** no qual todas as políticas de contratação devem se basear. O mecanismo para alocar recursos financeiros (alocação de recursos) deve permitir a transição de um modelo retrospectivo (orçamento baseado no histórico) para um modelo de alocação de recursos prospectivo que permite incentivos ou comportamento desejado sem escopo de provisão.
- permitir, por meio do acompanhamento de um **sistema de informação** dos hospitais, saber quais as patologias tratadas, o nível de qualidade, a real

aplicação das políticas de regulação. O que nos levaria, além de conhecer a capacidade e eficiência dos hospitais, a evitar situações de seleção adversa.

- deve haver um **compromisso de todos os atores envolvidos** do sistema de saúde para poder implementar as mudanças que são propostas, incluindo toda uma série de incentivos para melhorar a gestão. Essa mudança cultural deve permitir a apropriação dos gestores e dos prestadores, por meio de uma transmissão efetiva de conhecimentos sobre o modelo, para garantir o envolvimento dos profissionais e cumprir os objetivos de saúde, produção, eficiência e qualidade esperados.

- O contrato deve ser formalizado em um marco de negociação entre a gestão e a gerência dos serviços hospitalares. A negociação não deve ser feita exclusivamente pela unidade contratante da área de regulação da SES, mas envolver as áreas de planejamento, de organização da Rede, além das áreas administrativa e jurídica. Cabe ressaltar que a contratualização de serviços hospitalares no SUS deve **abranger todos os serviços, sejam públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos**, observando as suas especificidades.

A EXPERIÊNCIA DA ESPANHA (CATALUNHA) E DE PORTUGAL

III.1. O SISTEMA DE SAÚDE NA ESPANHA

É comum ver como o sistema de saúde espanhol – Sistema Nacional de Saúde (SNS) – aparece no topo do *ranking* internacional. Em grande parte, esse fato é explicado pelos parâmetros que apoiaram a reforma do setor da saúde, a partir do final da década de 1970 e início da década de 1980 (além dos avanços subsequentes), e pelos resultados que, a partir deles, foram obtidos ao longo dos anos. Durante grande parte de sua história, os serviços de saúde tiveram que ser pagos pelos cidadãos. No entanto, com o passar do tempo, e por meio das reformas, por várias décadas, os cuidados foram financiados com impostos, e a cobertura foi progressivamente estendida para atingir toda a população. Dessa forma, o Estado se torna garantidor do direito à saúde: é responsável pelo financiamento e gestão de todo o sistema. O progresso e o sucesso da reforma da saúde não podem ser separados do processo de organização e descentralização do Estado. Nesse sentido, e para os fins dos conteúdos apresentados nas páginas seguintes, é pertinente ressaltar que, como resultado do processo de descentralização, o país é dividido em um grupo de entidades territoriais chamadas Comunidades Autônomas (CCAA) e às quais os poderes, em matéria sanitária, são transferidos.

A Constituição Espanhola (1978) define o modelo organizacional e político do país e, em matéria de saúde, reconhece, no art. 43, o direito à proteção da saúde e a obrigação dos poderes públicos de organizar e proteger a saúde pública por meio de medidas preventivas de benefícios e serviços de saúde. O art. 41 estabelece que os poderes políticos manterão um sistema público de seguridade social para todos os cidadãos que garanta assistência social e benefícios suficientes em situações de

necessidade, especialmente em caso de desemprego, e indique assistência e benefícios complementares (ESPANHA, 1978)

Posteriormente, após a Constituição, as primeiras legislações são desenvolvidas pelas CCAA por intermédio de seus Estatutos de Autonomia. As CCAA, assim, apoiam o desenvolvimento legislativo em saúde.

O SNS está definitivamente estruturado na Espanha a partir da promulgação da Lei Geral de Saúde nº 14/1986, de 25 de abril. A referida lei pode ser considerada a base do processo de Reforma Sanitária no país e estabelece a criação de um SNS, concebido como o conjunto de Serviços de Saúde das CCAA devidamente coordenadas; da mesma forma, estabelece um conjunto de critérios básicos para aplicação em todo o território nacional que, posteriormente, devem ser desenvolvidos pelas CCAA (ESPANHA, 1986).

O art. 50 é inspirado no processo de integração em cada comunidade de todos os serviços de saúde. Desse modo, ele ressalta que “em cada comunidade autônoma será constituído um serviço de saúde composto por todos os centros, serviços e estabelecimentos da própria comunidade, conselhos provinciais, municípios e quaisquer outras administrações intercomunitárias territoriais, que serão gerenciados sob a responsabilidade das respectivas Comunidades Autônomas”(ESPANHA, 1986).

A partir do art. 47, é criado o Conselho Interterritorial do Sistema de Saúde como órgão permanente de comunicação e informação dos diferentes Serviços de Saúde, entre si e com a administração do Estado.

Juntamente com os artigos mencionados, os aspectos mais relevantes incluídos na Lei Geral de Saúde são especificados em:

- Financiamento público da assistência por meio de impostos.
- Acesso universal a todos os cidadãos: toda a população tem o direito de acessar serviços de saúde. Portanto, o estado de afiliação à seguridade social ou a capacidade econômica do usuário não devem ser levados em consideração.
- Acessibilidade e desconcentração: para facilitar e garantir o acesso, todos os serviços de saúde estão localizados em diferentes partes do território, o mais próximo possível da residência e do local de trabalho do cidadão, garantindo maior conforto.
- Participação da comunidade: os cidadãos têm o direito de participar da orientação e do controle do sistema de saúde espanhol.

- Coordenação interterritorial garantida, benefícios gratuitos no momento de recebê-los, definição dos direitos e deveres dos cidadãos e poderes públicos, descentralização de competências em saúde nas CCAA e prestação de cuidados de saúde abrangentes com níveis adequados e controlados de qualidade.

A base dos cuidados de saúde é a atenção primária.

Entre 1986 e 2003, foi feita a legislação da descentralização de competências em matéria de saúde nas diferentes CCAA. A partir da promulgação da Lei de Coesão da Qualidade do Sistema Nacional de Saúde nº 16/2003, de 28 de maio, pode-se considerar que a descentralização das competências sanitárias, para as CCAA, é efetivada.

O Real Decreto nº 1.030/2006 regula o portfólio de serviços comuns a todo o SNS. Da mesma forma, deve-se notar que todos os espanhóis e estrangeiros no território nacional têm direito a assistência médica (nos termos previstos no art. 1.2 da Lei Orgânica nº 4/2000), nacionais dos Estados-Membros Europeus, que têm os direitos resultantes do direito comunitário europeu, e pessoas não comunitárias sujeitas aos vários tratados assinados pelo Estado espanhol. O Estado, por meio do Ministério da Saúde, mantém os poderes em relação a: saúde estrangeira/internacional e acordos internacionais de saúde; bases e coordenação geral de saúde; legislação sobre produtos farmacêuticos; saúde ambiental e alimentar (sem prejuízo dos poderes das CCAA).

Anteriormente, a principal entidade encarregada dessa função era o INSALUD, que exercia suas funções em nível nacional. Como resultado da transferência de competências, em termos de saúde, as diferentes CCAA criaram seus próprios serviços de saúde. O Conselho Interterritorial do SNS atua como um órgão de coesão interautônomo.

O art. 41 da Lei Geral de Saúde estabelece que: as CCAA exercerão os poderes assumidos em seus estatutos e os que o Estado transferir ou, quando apropriado, delegar a eles. Também especifica que as decisões e ações públicas previstas nessa lei, que não tenham sido expressamente reservadas ao Estado, serão entendidas como atribuídas às CCAA. Dessa forma, pode-se afirmar que as CCAA possuem plena competência em: planejamento em saúde; saúde pública; cuidados de saúde definidos como o conjunto de serviços preventivos, terapêuticos, de reabilitação e de promoção da saúde

destinados ao cidadão, que incluem saúde pública, atenção primária, especializada, saúde social, emergência, farmácia, órteses e próteses, produtos dietéticos e transporte médico.

Levando em consideração os elementos descritos anteriormente, o sistema de saúde espanhol possui dois níveis: i) administração Central, que inclui o Ministério da Saúde e Consumo que é responsável por propor, coordenar e executar políticas de saúde; e ii) organização autônoma, que corresponde ao serviço de saúde em cada CCAA que inclui todos os centros, serviços e estabelecimentos que prestam serviços de saúde na região.

Os usuários acessam os serviços de saúde por meio do “cartão de saúde individual”. O art. 57 da Lei de Coesão e Qualidade do SNS estabelece que o acesso dos cidadãos aos benefícios de saúde será facilitado por meio do cartão individual de saúde, como um documento administrativo que certifica determinados dados de seu titular.

III.1.1. O FINANCIAMENTO DO SISTEMA

O financiamento do SNS espanhol é realizado por meio de impostos e está incluído nos orçamentos de cada CCAA. É não contributivo e contém dois fundos adicionais, o Fundo de Coesão, administrado pelo próprio Ministério da Saúde, e o Programa de Poupança Temporária e Incapacidade Temporária. O Estado, por intermédio dos impostos gerais que cobra, financia todos os benefícios à saúde e uma porcentagem dos benefícios farmacêuticos; mas esse orçamento é distribuído entre as diferentes CCAA de acordo com vários critérios, uma vez que as comunidades são responsáveis pela saúde em seus respectivos territórios. O art. 10 da Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde estabelece que o financiamento da Saúde Pública na Espanha é de responsabilidade das CCAA, de acordo com os acordos de transferência e o atual sistema de financiamento autônomo.

As competências autônomas em saúde estão ligadas à competência fiscal; isto é, competências e decisões sobre gestão orçamentária são unidas. Essa descentralização está incorporada na Lei nº 21/2001, de 27 de dezembro, que regulamenta as medidas fiscais e administrativas do sistema de financiamento das CCAA.

Assim, de acordo com o exposto e a partir da promulgação das Leis de Coesão da Qualidade do SNS e da Lei de regulamentação de medidas fiscais, as competências em matéria de saúde são totalmente descentralizadas do Estado para as CCAA. Portanto, cada CCAA, respeitando o catálogo de benefícios em igualdade de condições com o restante das Comunidades, tem capacidade para distribuir e organizar recursos de saúde e sociais, bem como organizar os recursos e modelos de gestão mencionados de acordo com critérios próprios.

Note-se que, na Espanha, há o valor da coparticipação farmacêutica. O Real Decreto-Lei (RDL nº 16/2012, de 20 de abril de 2012), sobre a sustentabilidade do SNS, estabeleceu que a contribuição dos cidadãos na provisão farmacêutica não está mais exclusivamente relacionada com a sua qualificação como ativo ou pensionista, mas isso também é proporcional ao seu nível de renda. O cidadão não precisa fornecer nenhum documento para comprovar seu nível de renda. As CCAA fornecem informações sobre o tipo de usuário (ativo ou pensionista), e os escritórios da farmácia podem consultar sua parcela de contribuição ao apresentar o cartão de saúde.

III.1.2. O SETOR PRIVADO DA SAÚDE

O art. 88 da Lei Geral de Saúde nº 14/1986, de 25 de abril, reconhece o direito ao livre exercício das profissões da saúde, em conformidade com o disposto nos arts. 35 e 36 da Constituição. Ademais, de acordo com o art. 38 da Constituição, é reconhecida a liberdade de empresa no setor da saúde; e abre caminho à criação de instituições privadas de saúde e nas quais as administrações públicas podem estabelecer acordos com entidades privadas.

Dessa forma, a atividade de saúde privada é realizada de duas maneiras:

Acordos de saúde: as administrações públicas de saúde, no âmbito de seus respectivos poderes, podem estabelecer acordos para a prestação de serviços de saúde com outros meios além deles. Nesse sentido: i) as diferentes administrações públicas devem levar em conta, antecipadamente, o uso ideal de seus próprios recursos de saúde; e ii) as administrações públicas devem dar prioridade, quando houver condições análogas de eficiência, qualidade e custos, aos estabelecimentos, centros e serviços de saúde pertencentes a entidades sem fins lucrativos.

Companhias de seguros: grande parte da atividade privada de saúde é realizada por meio de companhias de seguros que oferecem serviços contratando seguros. Assim, o segurado paga uma taxa, chamada de prêmio, e a companhia de seguros emite um contrato de cobertura de risco e assistência, chamado de apólice.

III.1.3. AS MUTUALIDADES

Funcionários da Administração Civil do Estado estão enquadrados no regime de Previdência Social Especial para Funcionários Cíveis do Estado (um dos regimes especiais do Sistema Espanhol de Previdência Social), instituído pela Lei nº 29/1975, de 27 de junho, sobre previdência social para funcionários públicos do Estado. Suas diretrizes obedecem aos mesmos critérios inspiradores da Lei de Bases da Seguridade Social, de 28 de dezembro de 1963.

Assim, no que diz respeito aos cuidados de saúde, incluindo produtos farmacêuticos, existem várias entidades que fazem parte do SNS, como entidades gestoras do regime especial de funcionários. Esse regime possui os seguintes mecanismos de cobertura:

MUFACE: o regime de mutualismo administrativo, administrado pela Sociedade Mútua Geral de Funcionários Cíveis do Estado (MUFACE), um órgão público do Ministério das Finanças e Administrações Públicas.

MUGEJU: entidade administradora do regime especial de Previdência Social para o pessoal a serviço da Administração da Justiça.

ISFAS: o Instituto Social das Forças Armadas é o órgão encarregado de administrar o regime especial de Seguridade Social das Forças Armadas e da Guarda Civil.

Para a proteção de seus grupos, MUFACE, ISFAS e MUGEJU gerenciam um conjunto importante de benefícios, como assistência médica, subsídio para incapacidade temporária ou risco durante a gravidez ou durante a amamentação, ou benefício financeiro para incapacidade grave, entre outros.

III.2. O SISTEMA DE SAÚDE NA CATALUNHA

A Lei de Planejamento em Saúde da Catalunha, em 1990, criou o atual sistema de saúde catalão. Essa disposição forneceu uma classificação normativa para o conjunto de elementos culturais, sociológicos e estruturais da

assistência em saúde e das instituições e centros sanitários da Catalunha. A Llei d'Ordenació Sanitaria de Catalunya (LOSC) também criou o Plano de Saúde da Catalunha como um quadro de referência para todas as ações públicas.

A LOSC foi baseada no desenvolvimento feito pelo Departamento de Saúde desde as transferências do Estado para a Generalitat da Catalunya (o governo da CCAA), em questões de higiene e saúde pública, em 1979. Em 1980, o primeiro Mapa de Saúde de Catalunha foi criado; isso representou um fato histórico ao especificar, pela primeira vez, a delimitação territorial e os tipos e estruturas sanitárias necessárias. O Mapa era um plano estratégico real para estabelecer os princípios das reformas que foram realizadas posteriormente, especialmente no campo da atenção primária e da assistência hospitalar.

O **Serviço de Saúde da Catalunha (CatSalut)** foi criado como um desenvolvimento do SNS na Catalunha. Tem a capacidade de contratar, com instituições públicas e privadas, os serviços de saúde que podem ser acessados por todos os usuários do sistema público de saúde. Essa interação bilateral entre o CatSalut e cada prestador de serviço ocorre em um contexto delimitado pelas prioridades de saúde definidas pelo **Departamento de Saúde** como autoridade de saúde.

Posteriormente, o sistema de saúde evoluiu consolidando várias fórmulas organizacionais, de planejamento, compras, contratação e avaliação no marco de uma estratégia de diferenciação progressiva, embora não estrita, de financiamento, compras e prestação de serviços. É necessário fazer um destaque em relação a separação/distinção da autoridade sanitária, seguro/compra de serviços de saúde e prestação no âmbito do modelo do SNS.

III.2.1. ORGANIZAÇÃO DO MODELO SANITÁRIO NA CATALUNHA

O modelo de saúde que forma a LOSC é o resultado de um conjunto de ações do Departamento de Saúde desde a recepção das transferências do INSALUD, em 1981 – nos âmbitos de planejamento, organização e gerenciamento da saúde do sistema. A partir desse momento, a **Administração Autônoma da Generalitat de Catalunya** assume a responsabilidade pelos serviços de saúde da Seguridade Social e, de acordo com a Lei Geral de Saúde de 1986, é incluída no marco de um sistema universal de saúde pública.

Com a aprovação da LOSC e a criação do **CatSalut**, como órgão público de natureza institucional, o sistema de saúde misto do país é consolidado. O CatSalut tira proveito de todos os recursos de saúde existentes, independentemente da propriedade, para obter uma homogeneização adequada dos benefícios e o uso correto dos recursos humanos e materiais, de acordo com a tendência geral dos países mais avançados.

O objetivo final do **CatSalut** é manter e melhorar a saúde da população, atuando como responsável pelos benefícios da cobertura pública e, portanto, como **responsável pelo financiamento, planejamento, compra e avaliação dos serviços de saúde** recebidos pela população da Catalunha.

O CatSalut forma um mercado de concorrência planejada e regulamentada, baseada em duas partes principais. Primeiro, **na separação das funções de financiamento e compra de serviços de saúde de sua produção** e, segundo, no uso de dois elementos essenciais, que são os **instrumentos de planejamento** (Plano de Saúde da Catalunha e Mapa Sanitário) e o **contrato**.

De acordo com essas competências e responsabilidades, o CatSalut tem a possibilidade de escolher um prestador em entidades ou prestadores públicos dentro de uma rede pública de assistência médica e no conceito de mercado regulamentado.

O sistema público de saúde é organizado de acordo com os princípios informativos estabelecidos pela LOSC, que são traduzidos em três tipos: estrutura de recursos, funções e tomada de decisões. A estrutura de tomada de decisão participativa define a saúde como algo para todos e, portanto, precisa envolver as diferentes instituições da comunidade para participar tanto no desenho da política de saúde como no controle de seus resultados.

Para tornar isso possível, a LOSC estabelece os pontos a seguir:

- Uma estrutura organizacional que permite a integração de funções e impulsiona a participação da comunidade. A estrutura integrada de funções se traduz em uma gestão coordenada das diferentes etapas do sistema, de acordo com as necessidades dos cidadãos. Cuidados, prevenção e promoção são gerenciados em sua totalidade.
- Um conjunto de recursos de saúde, independentemente de sua natureza pública ou privada, que são aqueles que prestam serviços aos cidadãos. A estrutura geográfica dos recursos permite melhorar os benefícios, aproximando esses recursos dos usuários do sistema. A universalização do acesso e da

equidade territorial e social significa que esses recursos devem ser distribuídos por todo o território para garantir uma oferta de qualidade a todos os cidadãos. Essa estrutura deve ser racional, eficiente e eficaz.

Essa abordagem estabelece um sistema dividido entre a entidade que contrata serviços, CatSalut, e um conjunto de prestadores de serviços compostos de centros próprios e centros subsidiados. O CatSalut estabelece contratos com todos os centros para a prestação dos serviços necessários aos objetivos de melhoria da saúde e atendimento às demandas dos cidadãos, garantindo a melhor qualidade de serviço dentro da estrutura dos recursos disponíveis e em defesa dos seus interesses.

É estabelecida, como “porta de entrada” ao sistema sanitário, a atenção primária de saúde; ela é definida como o primeiro nível e o nível integrador de todo o sistema para fornecer serviços com capacidade para superar a fragmentação entre as linhas de prestação de serviços. Isso tem permitido, ao longo do tempo, uma redução gradual das tradicionais distâncias entre os níveis de atenção primária e especializada, e permite compartilhar o grupo de profissionais de várias especialidades que atuam no território, principalmente atenção primária e hospitalar, mas também serviços de saúde mental, serviços sociais e, independentemente de seu vínculo institucional.

Para poder possibilitar essa integração de serviços, o CatSalut projeta e **estabelece um conjunto de contratos com diferentes instituições e controla os resultados**, a fim de garantir a consecução desses objetivos com o ótimo uso desses recursos (iniciando, assim, o conceito de avaliação). Os prestadores são responsáveis pelo cumprimento do estabelecido nos contratos, ou seja, pela prestação dos serviços necessários com eficiência e qualidade.

III.2.2. ACESSO E COBERTURA

Deve-se enfatizar o papel estratégico que o CatSalut assume como seguradora pública e, portanto, o seu papel como um organismo que garante cobertura e um certo conjunto de serviços (carteira de serviços).

Esse modelo de relacionamento com os cidadãos exige políticas de comunicação que priorizem mensagens de confiança entre a seguradora e os cidadãos, com base na transparência e no cumprimento dos objetivos, para que sejam configurados os modelos comportamentais de ambas as partes.

- Nesse sentido, a segurança pública é reconhecida como efetiva pelo Documento de Acreditação de Seguro Público (ETI) e pretende ter o efeito de uma garantia entre a Administração e os cidadãos, incluindo as condições de acesso e cobertura dos serviços sob o seguro e a proteção do sistema público de saúde.

- De acordo com os regulamentos atuais para acesso à condição de segurado, o cidadão possui na ETI o documento que credencia essa condição de segurado, e sua posse estabelece inerentemente as garantias de certos direitos e a responsabilidade de alguns deveres. Esse modelo de seguro público é baseado em três eixos de relacionamento comunicativo: a atribuição a um território específico com a rede correspondente de prestadores de serviços e recursos de assistência; a cobertura de um conjunto de serviços e benefícios (portfólio de serviços); e a garantia de padrões de segurança nos usos de recursos e qualidade geral do conjunto de serviços e benefícios fornecidos pela seguradora pública para cobrir os riscos segurados.

- Um portfólio público de serviços de saúde definido especificamente, estabelecido sob critérios de efetividade e eficiência, sob parâmetros de sustentabilidade e evidência clínica. Esse portfólio de serviços é estabelecido para todos os serviços e benefícios de assistência, prevenção de doenças e promoção da saúde, aos quais, e nas condições predeterminadas pelo seguro público, cada grupo populacional possui a cobertura correspondente.

III.2.3. MODELO DE GERENCIAMENTO DO SISTEMA

O **sistema é universal**, portanto, todos são clientes em potencial. Para acessá-lo, **o usuário deve se identificar com o cartão de saúde individual (ETI)**, que é o documento que permite ao cidadão o acesso a centros, serviços e benefícios do sistema público de saúde.

Os serviços de saúde pública requerem um esforço de planejamento específico para garantir um ajuste da oferta e a demanda com os critérios de equidade, acesso, eficiência e eficácia mencionados acima. Esse planejamento é uma das principais tarefas do **Departamento de Saúde** (planejamento estratégico) e do **CatSalut** (planejamento operacional). Além disso, nesse sentido, a LOSC incorpora em seu desenvolvimento a figura do **Plano de Saúde**. A partir daqui, são identificadas as atividades e a infraestrutura necessárias

e, portanto, quais serviços devem ser contratados em cada área geográfica, a fim de alcançar uma equidade de acesso compatível com a eficiência dos recursos necessários.

Depois que as necessidades são identificadas e os tipos de serviços necessários são definidos, o **CatSalut contrata os diferentes prestadores** disponíveis no âmbito de um sistema de fornecimento misto, ou seja, prestadores que possam ter qualificações diferentes: pública e privada.

O **CatSalut, como comprador de serviços**, deve estabelecer as regras necessárias, definindo os indicadores (qualidade, eficiência e eficácia) pelos quais avalia o comportamento dos prestadores de serviços, controlando esses indicadores e distribuindo recursos de acordo com esse comportamento.

Esse sistema operacional se cristaliza nos **contratos** que o CatSalut estabelece com os prestadores de serviços do sistema público. Os contratos atuam como um elemento regulador do sistema: estabelecem as responsabilidades de ambas as partes, o CatSalut e os prestadores de serviços, bem como o risco que cada um deve assumir.

O CatSalut é responsável por garantir a todos os clientes os cuidados de saúde de qualidade dentro da estrutura dos recursos disponíveis, e é responsável por administrar esses recursos para o benefício de todos, devendo assumir o risco que levaria a um mal planejamento em sua política de recursos.

Os prestadores de serviços, por sua vez, são responsáveis por fornecer os serviços contratados e gerenciar seus recursos, a fim de equilibrar o custo desses serviços com a receita deles derivada. Essa independência na gestão de seus recursos implica que eles devem assumir o risco comercial decorrente desses contratos, ou seja, enfrentar o compromisso que significa assinar o contrato (o compromisso em termos de prestação de serviços de qualidade para clientes do sistema público com eficiência de custos).

O funcionamento do sistema de atenção reflete a separação das funções da contratação de serviços de saúde em relação à sua prestação.

O contratador público, o CatSalut, distribui os recursos disponíveis entre os diferentes prestadores, públicos ou privados, com base nos critérios de concorrência e de equidade. Essa separação de funções é proposta de forma cooperativa, para que os interesses do CatSalut e dos prestadores de serviços sejam convergentes para que a oferta pública responda o melhor possível à demanda de serviços com um equilíbrio binomial de custo/qualidade.

III.2.4. PLANEJAMENTO NO SISTEMA DE SAÚDE NA CATALUNHA

O **planejamento da saúde na Catalunha** é realizado a partir das estruturas centrais e regionais do **Departamento de Saúde** e é desenvolvido por meio de instrumentos de planejamento.

A Diretoria Geral de Planejamento e Avaliação do Departamento de Saúde fortalece o planejamento estratégico no nível central e deixa o planejamento operacional para os dispositivos CatSalut.

O CatSalut atua como uma “entidade seguradora” e, ao mesmo tempo, como planejadora. Ele tem a responsabilidade de planejamento operativo com o objetivo de que a compra esteja vinculada a uma mesma instituição para facilitar a tradução operacional das prioridades estratégicas.

Desde 1993, o Departamento de Saúde elaborou **planos de saúde**, definindo as políticas de saúde e as intervenções sanitárias e interdepartamentais que devem ser operacionalizadas. Diferentes planos diretores foram elaborados desde 2005. Os planos de saúde e os planos diretores estabelecem critérios que facilitam a compra de serviços mais orientados para os resultados da saúde e fornecem diretrizes para tornar o sistema de saúde mais eficiente e equitativo.

A maioria dos serviços e benefícios de saúde tem uma base territorial de proximidade. Faz sentido que as decisões sejam tomadas perto de onde a prestação é feita, pois a tomada de decisões não se baseia apenas em elementos científicos, mas também em julgamentos de valor aplicados por indivíduos e organizações. É por isso que os critérios gerais estabelecidos pelo planejamento estratégico devem ser adaptados pelo CatSalut, responsável pelo planejamento operacional e, portanto, pelo tomador de decisão de como e onde aplicar as políticas definidas pelo Departamento de Saúde.

III.2.5. A REDE DE SAÚDE PÚBLICA: ATENÇÃO PRIMÁRIA, HOSPITALAR, SAÚDE MENTAL E SOCIAL

Em 1981, após o recebimento da transferência dos serviços de saúde da Previdência Social na Catalunha, surgiu a necessidade de organizar os hospitais de maneira contínua e estável, a fim de garantir a assistência médica (considerando que os centros transferidos eram insuficientes para atender ao número de beneficiários que provavelmente usariam esses serviços).

Por outro lado, na Catalunha, a iniciativa da sociedade civil motivou a coexistência de centros de saúde de diversas propriedades (fundações, municípios, condados, ordens religiosas etc.) que deveriam ser incorporados ao SNS por sua importante implantação social.

A necessidade de formalizar a colaboração contínua e estável de todos os hospitais por meio dos quais os serviços públicos de saúde eram prestados, independentemente de sua propriedade, fez com que, por meio do Decreto nº 202/1985, de 15 de julho, fosse criada a rede pública de hospitais, que ainda está em vigor.

Logo depois, em julho de 1986, a Lei Geral de Saúde também estabeleceu que os hospitais gerais do setor privado, que solicitavam sua vinculação ao SNS, de acordo com um protocolo definido, fossem incluídos se suas características e técnicas fossem homologáveis, as necessidades de saúde justificassem isso e a disponibilidade do setor público permitisse fazê-lo.

Nesse contexto, a LOSC levou a regulamentação da **Rede Sanitária Hospitalar Pública (XHUP)**, que compreendia todos os hospitais da rede pública: **próprios da administração ou contratados (majoritariamente privados sem finalidade lucrativa)**.

Como uma evolução das necessidades da população, foi criada, em 1999, uma **Rede de centros de cuidados continuados** como complemento da **Rede XHUP**. Também foi criada uma **Rede de centros, serviços e estabelecimentos de saúde mental** para uso público na Catalunha.

Essas redes foram montadas com os centros que, na época, tinham acordos ou contratos firmados com o CatSalut ou com os que, posteriormente, haviam assinado novos, aguardando a efetivação do processo de integração.

A XHUP e as duas novas redes devem atuar de maneira coordenada, a fim de oferecer atendimento integral à saúde dos cidadãos, de modo que constituam um sistema que reúna os centros e serviços das diferentes redes, centros e serviços de atenção primária. Para esse efeito, a partir do ano 2000, regulamentou-se o **Sistema Integral de Saúde para Uso Público na Catalunha (SISCAT)**.

O SISCAT permitiu uma estrutura estável de entidades que prestam serviços de saúde, independentemente de sua natureza; um fato que permitiu, por um lado, o uso e a otimização das infraestruturas de recursos existentes e, por outro lado, a consolidação de alianças estratégicas entre as

entidades prestadoras de serviços de saúde, que impactaram na satisfação dos cidadãos com o sistema (a cidadania foi beneficiada com a continuidade da assistência à saúde e o fortalecimento do relacionamento entre a equipe médica e pacientes).

III.2.6. DESCRIÇÃO DA REDE DE HOSPITAIS DE UTILIZAÇÃO PÚBLICA DA CATALUNHA

Atualmente, existem três tipos de hospitais de uso público (dependendo da titularidade destes).

- A **rede de hospitais próprios** foi constituída, em 1983, como entidade pública, e é denominada **Instituto Catalán de la Salud (ICS)**, sendo considerada titular dos dispositivos de serviços de saúde pública (com a responsabilidade que ele detém como **principal gerente de atenção primária e alguns dos principais hospitais da Catalunha**).

Deve ser destacado o estabelecimento de um mecanismo, *ad hoc*, para as relações com o CatSalut: o **contrato programa**, que regula as condições para a prestação de serviços de saúde do ICS em nome do CatSalut. Assim, é mais uma etapa que consolida um modelo que separa a fase de planejamento (na área estratégica, correspondente à Secretaria de Saúde), financiamento, compra de atividades e planejamento operacional (CatSalut) e a efetiva prestação de serviços (área em que um dos principais agentes é o ICS) com uma perspectiva geral de governança na qual a participação e a colaboração prevalecem.

- Na área de prestação de serviços, também se deve destacar a importância que outras **Empresas Públicas e Consórcios** adquirem no sistema (**organizações com personalidade jurídica própria e autonomia gerencial que pertencem à CatSalut**). As Empresas Públicas e Consórcios são organizações públicas com personalidade jurídica eminentemente pública em que, juntamente com o CatSalut, outras entidades legais (geralmente minorias) são integradas: por municípios que assumiram responsabilidades no fornecimento de saúde. A experiência com a administração dessas Empresas Públicas e Consórcios tem sido, em geral, significativamente positiva. Eles atuaram como elementos integradores, capazes de aproveitar ao máximo nível os recursos e ser fundamentais no relançamento da modernização da infraestrutura de saúde e de seu subsequente gerenciamento, para se tornar a expressão genuína de uma

colaboração interadministrativa muito lucrativa. As duas categorias de entidades (**Empresas Públicas e Consórcios**) representam outro tipo, diferenciado do ICS, de agentes fornecedores de natureza pública.

- Hospitais privados com contratos com o CatSalut. Está integrada ao sistema uma série de hospitais privados de todos os tipos (majoritariamente, hospitais sem finalidade lucrativa), que mantêm relações estáveis com o CatSalut mediante um **contrato** para fornecer cobertura pública à população (basicamente, por meio das redes específicas de serviço) e preservando organizacional e filosoficamente o distanciamento formal do CatSalut (que, portanto, continua a manter seu papel de “seguradora”; mas, obviamente, com a versatilidade necessária para atuar quando surgem lacunas ou razões objetivas para isso, precisamente por meio desses instrumentos).

A pluralidade na prestação de serviços de saúde é uma característica na realidade de Catalunha. O uso das energias da sociedade civil e das administrações locais está em vigor desde o período inicial da criação do sistema de saúde catalão.

III.2.7. CARACTERÍSTICAS DA GOVERNANÇA DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Uma organização de saúde é considerada a empresa que gerencia recursos humanos, econômicos, físicos e tecnológicos e que gera conhecimento para aplicá-los para responder a problemas de saúde. As características das organizações de saúde na Catalunha são basicamente:

- Coexistência dos setores público e privado.
- Rede de fornecedores “diversificada e plural”, baseada em resultados e não em propriedade.
- Autonomia de gerenciamento. Não homogeneização de processos.
- Fórmulas de gerenciamento ágeis e flexíveis.

As organizações de saúde precisam continuar inovando no gerenciamento, aplicando novas ideias, conceitos, produtos, serviços e práticas com a intenção de serem úteis e para maior produtividade e eficiência. É por isso que é necessário que as organizações, com seus profissionais, sejam criativas e flexíveis, incentivem o aprendizado e estejam dispostas a compartilhar. Os principais instrumentos para fazer isso são as Tecnologias da Informação e Comunicação, as colaborações entre os setores público e privado, parcerias

e alianças estratégicas. A pesquisa e o apoio das universidades são importantes na inovação de futuros modelos de gestão.

As organizações de assistência médica na Catalunha têm uma série de objetivos fundamentais:

- Melhorar a coordenação dos serviços de saúde e promover a continuidade dos cuidados.
- Aperfeiçoar a eficiência do sistema de saúde.
- Estimular a integração clínica e a integração de cuidados.
- Evoluir em direção à corresponsabilidade dos prestadores em saúde, saúde e resultados econômicos.
- Aproximar decisões estratégicas e operacionais do território.

III.2.8. RELAÇÃO ENTRE O FINANCIAMENTO E A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: O CONTRATO DE SERVIÇOS

Nos itens anteriores, foram apresentados os principais atores que formam parte do sistema sanitário na Catalunha. Para poder alcançar os objetivos sanitários e financeiros do sistema, é necessário um instrumento que possa torná-los possíveis: a compra de serviços. Isso é concretizado com um **contrato entre o CatSalut e os diferentes prestadores**. O contrato deve integrar todos aqueles elementos que o financiador e o planejador desejam que o prestador atinja ao longo do tempo de duração do contrato. **É importante destacar que, sem o contrato, todos os elementos de planificação não podem ser operacionalizados e monitorados para comprovar e seguir a evolução dos indicadores relacionados com a melhoria da saúde da população.** Por meio da relação contratual, as entidades prestadoras de serviços comprometem-se a oferecer aos cidadãos cuidados de saúde de qualidade.

Para isso, é preciso monitorar as prioridades e avaliar os contratos, bem como elaborar uma série de indicadores de qualidade (como *benchmark* da atividade).

III.2.8.1. MONITORAMENTO DO ACESSO AOS SERVIÇOS

No monitoramento do acesso, o CatSalut avalia as prioridades estabelecidas para o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. As prioridades são marcadas pelas necessidades detectadas no Plano de Saúde; por exemplo, monitoram-se:

- Listas de espera para procedimentos cirúrgicos.
- Listas de espera para exames de diagnóstico.
- Programa de diagnóstico rápido do câncer.
- Código de ataque cardíaco.
- Código ictus.
- Lista de espera de visitas a atendimento especializado (consultas ambulatoriais em hospitais, centros de saúde mental e centros sociais).
- Tempo de acesso aos profissionais de referência da atenção primária (acesso virtual ou presencial).

III.2.8.2. AVALIAÇÃO DA COMPRA DE SERVIÇOS

O CatSalut, para garantir o atendimento de saúde pública de qualidade aos cidadãos da Catalunha e no exercício de suas funções como comprador de serviços de saúde, deve avaliar os serviços de saúde que compra dependendo das **necessidades de saúde da população, da qualidade dos serviços e da eficiência do sistema**. Isso é feito por meio da avaliação dos resultados do processo de assistência à saúde (avaliação de serviços) e da ação das entidades prestadoras em relação aos contratos firmados (avaliação dos contratos). A avaliação da compra se concentrou muito tempo, basicamente, na avaliação da atividade. Progressivamente, houve a adoção de objetivos de melhoria da qualidade; e ainda é necessário melhorar na tradução deles em políticas de incentivo na contratação e, portanto, na avaliação. Além disso, é essencial avançar mais na avaliação da consecução pelos prestadores de objetivos priorizados, com base em resultados de qualidade e eficiência do prestador, e nas necessidades de saúde detectadas na população.

Outro aspecto a ser levado em consideração, na avaliação dos contratos, é a avaliação de contas dos prestadores como elemento do CatSalut para fornecer informações sob o seu desempenho e para melhorar seus resultados. As informações e os resultados das avaliações possibilitam reorientar os objetivos da compra de serviços e fornecer elementos de avaliação para o estabelecimento ou modificação dos objetivos mais gerais da política de saúde.

O Departamento de Saúde e o CatSalut podem exigir auditorias para a avaliação de determinados projetos ou processos que não podem ser avaliados pelos mecanismos usuais, especialmente no início de novos projetos

ou em certos programas complexos e para validar os dados fornecidos pelos prestadores e utilizados em vários exercícios de avaliação.

No futuro, é necessário que o CatSalut fortaleça ainda mais a avaliação dos serviços e a avaliação da compra para poder exercer sua função como seguradora pública com competência. Portanto, deve conhecer em profundidade: **i) a população de referência e suas características (gerenciamento de riscos populacionais); ii) os resultados (saúde, qualidade e eficiência) de cada serviço e organização (gerenciamento de riscos de suprimentos); e iii) os resultados do sistema de bases territoriais e do país.**

III.2.8.3. A CENTRAL DE RESULTADOS

O Departamento de Saúde do Governo da Generalitat de Catalunya criou o Centro de Resultados da rede pública de saúde com a missão de medir, avaliar e disseminar os resultados alcançados no campo da assistência de saúde pelos vários agentes do sistema de saúde para uso público, a fim de facilitar a tomada de decisão responsável no serviço da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos da Catalunha. O Centro de Resultados busca estabelecer, de forma integrada e global, um sistema transparente para medir e avaliar os resultados alcançados pelos diferentes agentes que integram o sistema de saúde para que, por meio da “competição por comparação e cooperação”, atue como um mecanismo de autorregulação que incentive a introdução de melhorias, em suas principais áreas de responsabilidade, por todos os agentes envolvidos (cidadãos, administração, profissionais de saúde e centros de saúde).

Os objetivos do Centro de Resultados são: medir e avaliar os resultados da rede de saúde pública em várias áreas – resultados de saúde, qualidade do cuidado, eficiência, sustentabilidade econômica, acesso a serviços e atenção aos cidadãos –; fornecer aos agentes do sistema informações úteis para a melhoria dos resultados e a qualidade do atendimento das diversas entidades que o compõem; propor e promover avanços nos sistemas de informação da rede pública de saúde para melhorar a avaliação de resultados; e divulgar as conclusões derivadas da avaliação dos resultados.

III.3. O SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL

Portugal é um país da União Europeia (UE) situado no extremo oeste da Europa. Compreende um território continental e dois arquipélagos atlânticos: Açores e Madeira. A população de Portugal, segundo o censo de 2019, é de 10,28 milhões de habitantes. A característica mais importante da pirâmide etária portuguesa é o grande número de pessoas com mais de 65 anos de idade que, segundo o censo de 2019, representa 22,1% da população total. Esse fato, juntamente com a baixa taxa de natalidade (8,4%), faz do país um dos com mais idosos da Europa com uma rotatividade geracional muito precária.

Politicamente, Portugal é uma república parlamentar democrática desde 1976. O país está dividido em regiões, mas é fortemente centralizado politicamente. No entanto, possui regimes autônomos nos Açores e na Madeira. O país pertence à UE desde 1º de janeiro de 1986.

Um dos fatos relevantes sobre o sistema de saúde é, sobretudo, a criação do **SNS**.

O **SNS** foi criado em 1979, com o objetivo de assegurar aos cidadãos o direito à proteção da saúde, garantindo um acesso geral, universal e, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

Os **Cuidados de Saúde Primários (CSP)** são o pilar central do SNS. Situam-se na proximidade das populações e têm um papel fundamental na gestão contínua da doença crônica, primeira linha de cuidados na doença aguda, mas também na promoção da saúde e prevenção da doença, com especial ênfase nas áreas da Saúde Infantil, Saúde Materna, Planejamento Familiar e Rastreio Oncológico.

A reforma da atenção primária foi iniciada no final de 2005 e foi relançada em 2016, tendo implicado uma reorganização muito significativa, com ganhos evidentes na melhoria da sua qualidade, acesso, efetividade, eficiência e equidade.

No que diz respeito aos **cuidados de saúde hospitalares**, ocorreram também importantes transformações durante os últimos anos, quer no nível normativo, quer no nível da organização da oferta e dos modelos de prestação de cuidados. Mudanças que têm permitido aliar proximidade a especialização.

Outra importante modificação ocorrida no Sistema de Saúde português nos últimos anos foi a criação da **Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**. Com início em 2006, essa rede trouxe um novo tipo de oferta de proximidade ao SNS. Centrada na recuperação global da pessoa que se encontra em situação de dependência e com perda de autonomia, a RNCCI está presente em todo o território de Portugal Continental, por meio de diferentes tipos de internamento e de respostas ao nível domiciliário. Esse modelo inovador de prestação de **cuidados continuados é transversal ao SNS e ao setor social**, assentando no funcionamento em rede, pelo que permite a eficaz articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares.

O reforço da **prestação de cuidados de saúde mental, de cuidados paliativos, de resposta às situações de urgência e emergência ou de seguimento das pessoas com doenças crônicas tem sido outra das grandes apostas na área da saúde em Portugal.**

São várias as alterações estruturais ao Sistema de Saúde em Portugal, nos últimos anos, em uma **lógica de concentrar a prestação de cuidados nas pessoas e nos seus percursos de vida**, bem como de aumentar a eficácia de resposta e modernizar o SNS. É também nessa lógica que existem acordos com os **setores social e privado, que, em regime de complementaridade, prestam cuidados de saúde aos usuários**. Com objetivos bem definidos e devidamente enquadrados por relações eficazes de custo-benefício, as parcerias existentes visam atender às necessidades de resposta do SNS, permitindo alargar a rede nacional de prestação de cuidados de saúde e garantindo o respeito pelos princípios da equidade, complementaridade e liberdade de escolha dos usuários, bem como da transparência, igualdade e concorrência.

Todos os residentes em Portugal são cobertos pelo SNS, independentemente do seu nível socioeconômico ou situação legal. O sistema de saúde português é um **sistema universal de saúde desde 1979**, de acordo com a legislação do país.

A fonte dos fundos para financiar a saúde pública vem dos impostos. Os cidadãos podem formalizar planos de saúde privados ou fazer parte de antigas estruturas de afiliação, a fim de complementar sua assistência médica.

As velhas estruturas de financiamento (do tipo mutuário) são financiadas por contribuições de empregadores e trabalhadores.

Há também um pequeno setor privado puro no país que oferece serviços para 26% da população; na maioria dos casos, é um setor complementar ao setor sanitário público.

Em Portugal, a estratégia tem passado pelo reforço das verbas atribuídas à Saúde nos últimos Orçamentos do Estado, conjugado com a introdução de melhorias na gestão dos recursos financeiros alocados ao SNS.

O reforço do financiamento do SNS tem de continuar a ser acompanhado pela consolidação das medidas de aumento da eficiência, com destaque para o aproveitamento máximo da capacidade instalada no SNS, para o aumento da produtividade dos recursos humanos, para a definição dos tetos máximos das despesas em medicamentos e meios complementares, de diagnóstico e terapêutica e acordados com os prestadores, para a aquisição centralizada de produtos e dispositivos médicos e para o combate ao desperdício e à fraude.

Essas medidas, conjugadas com o reforço dos capitais estatutários que se encontra em curso nas Entidades Públicas Empresariais do Setor da Saúde, permitirão aumentar o investimento, reduzir a dívida e contribuir para garantir a sustentabilidade do Sistema de Saúde, em geral, e do SNS, em particular.

Ao contrário da Catalunha, tem um **amplo espectro de coparticipação (copagamento)**. De fato, de acordo com dados de 2014, o copagamento é 26,8% do total de gastos com saúde. **Na Catalunha, o único copagamento é uma contribuição percentual do custo farmacêutico.** Contudo, em Portugal, além do copagamento farmacêutico, existem copagamentos por atos de assistência médica, como visitas de emergência hospitalares, consultas ambulatoriais. Há uma série de isenções ao copagamento baseadas em uma extensa lista de características da população; aproximadamente 60% da população portuguesa está isenta de copagamento.

O sistema de saúde português é caracterizado por três sistemas sobrepostos:

- O Sistema Nacional de Saúde Universal.
- Subsistemas de saúde que envolvem seguros de saúde para pessoas com base em membros de determinados grupos profissionais.
- Seguro voluntário privado.

A figura a seguir mostra a relação entre os vários componentes do sistema de saúde português. Dessa forma, a rede de prestadores públicos e

*Regulação e
contratualização de
serviços hospitalares
no SUS*

O diagrama ilustra a estrutura hierárquica e funcional do sistema de saúde brasileiro. No topo, o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde e a Associação de Profissionais (médicos, enfermeiros...) estão interligados por linhas tracejadas, indicando uma relação orientadora ou de negociação. O Ministério da Saúde exerce uma função hierárquica direta sobre a Administração Regional de Saúde. Esta administração, por sua vez, regula (seta azul) os Hospitais Públicos, as Unidades Públicas de Saúde Primária e a Rede de Atenção Longo Prazo. Além disso, ela negocia (seta tracejada) com as Unidades de Saúde Privada e a Farmácia. A Agência Reguladora de Saúde atua na base, regulando a Rede de Atenção Longo Prazo. A Rede de Atenção Longo Prazo é o ponto central que integra os serviços públicos e privados.

```

graph TD
    CNS[Conselho Nacional de Saúde] -.-> MS[Ministério da Saúde]
    AP[Assoc. Profissionais (médicos, enfermeiros...)] -.-> MS
    MS --> ARS[Administração Regional de Saúde]
    ARS --> HP[Hospitais Públicos]
    ARS --> UPSP[Unidades Públicas Saúde Primária]
    ARS --> RALP[Rede Atenção Longo Prazo]
    ARS -.-> USP[Unidades Saúde Privada (incluindo atendimento primário e hospitalar)]
    ARS -.-> F[Farmácia]
    ARS --> ARES[Agência Reguladora de Saúde]
    ARES --> RALP
    subgraph Sistema
        HP
        UPSP
        USP
        RALP
    end
  
```

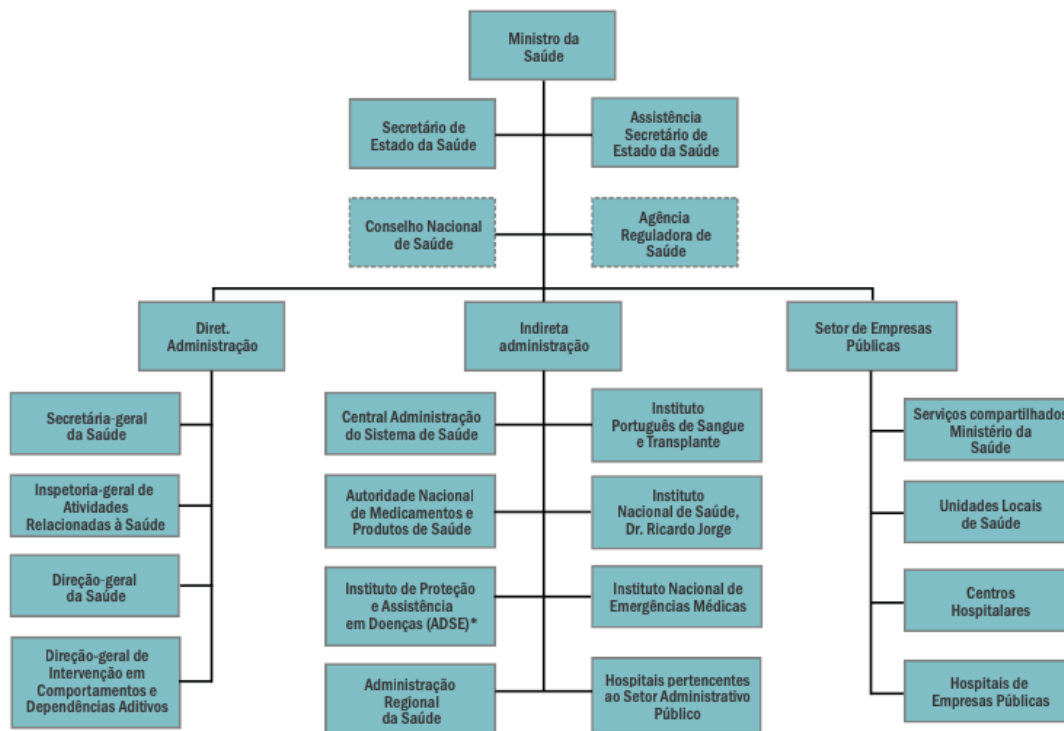
Legenda:

- Hierárquico
- .-> Orientador
- · ·> Negociação
- Regulamentação

Os hospitais públicos dependem das administrações regionais de saúde; mas os contratos são feitos no nível central. Portanto, há uma centralização importante no planejamento e gerenciamento dos hospitais.

104

FIGURA 4. **Organograma do Ministério da Saúde em Portugal**



FONTE: CHC (2020b).

Observando o organograma, destacamos:

- A **função reguladora** é responsabilidade da **Direção Geral de Saúde**, cuja função é preparar, desenvolver e seguir os Planos de Saúde. O PNS correspondente aos anos de 2012-2020 tem como eixos principais: I) Redução da mortalidade prematura; II) Aumento de 30% na melhoria da saúde em idosos; III) Redução do tabagismo em adolescentes e adultos; IV) Controle da obesidade na população escolar. Tudo isso se traduz em uma série de objetivos e estratégias nacionais que podem ser refletidos nos contratos para os centros de saúde.

- Entidade Reguladora da Saúde; entidade independente que realiza funções para garantir uma correta atenção sanitária tanto na acreditação como no acesso aos serviços de saúde.

- Existe uma estratégia nacional de melhoria da qualidade que define prioridades para os centros do Sistema de Saúde, de acordo com as direti-

vas comunitárias da UE, e que serve como orientação para a introdução dos indicadores de qualidade dos contratos – programa.

- A **Administração Central do Sistema de Saúde**, responsável pelo gerenciamento de recursos humanos, financeiros e de equipamentos: é responsável pelo desenvolvimento de políticas de saúde, regulamentação e planejamento em conjunto com as Administrações Regionais de Saúde, responsáveis pela contratação de serviços.

- Os centros hospitalares (**Entidades Públicas Empresariais – EPE**) dependem de uma direção específica do setor de empresas públicas.

- O SNS é representado pelo Ministério de Saúde (no organograma, não há uma direção específica correspondente ao SNS).

III.3.1. O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

A missão do SNS é tornar os cuidados de saúde do país eficazes, de acordo com a Constituição Portuguesa e a Lei da Saúde. Cuidados de saúde que, como já foi mencionado, possuem características de saúde universal.

O SNS está dividido em cinco Regiões de Saúde (RS). Cada uma delas é responsável pela adequação da saúde de seu território, que inclui a supervisão e o controle dos hospitais, a gestão dos centros de atenção primária e a implementação dos objetivos das políticas de saúde em nível regional.

Todos os hospitais pertencentes ao SNS estão sob a jurisdição do Ministério da Saúde. Os hospitais privados (com ou sem fins lucrativos) têm seus próprios mecanismos de governança. Do ponto de vista da governança, os hospitais do setor público podem ser divididos em dois tipos: aqueles que são **gerenciados diretamente pela administração** e aqueles que foram estabelecidos como **empresas públicas (EPE)**. A criação das EPE implica que cada empresa tenha o seu próprio conselho de administração e certa autonomia de gestão. Portugal, como a Catalunha, desenvolveu sofisticados mecanismos de **relacionamento entre o financiador e os prestadores sob a forma de contratos e/ou contratos programa**.

Os hospitais portugueses são classificados de acordo com o nível estrutural; atualmente, existem seis níveis de hospitais, da maior para a menor complexidade estrutural e assistencial.

Os hospitais do SNS têm respondido positivamente ao aumento crescente da procura, por meio da adoção de medidas de reorganização interna que têm permitido melhores resultados em saúde para os usuários e elevados níveis de eficácia e eficiência na gestão e governanças clínicas. Além disso, garantem maior transparência, responsabilização, prestação de contas e centralidade no cidadão e na sua família.

A grande mudança prendeu-se com a evolução de um modelo administrativo centralizado para um modelo de gestão inspirado em práticas empresariais, focado em resultados de qualidade, que contribui para maior autonomia e responsabilização de todos os intervenientes.

A oferta hospitalar do SNS é composta, hoje, por **unidades do Setor Público Administrativo (SPA), por EPE e por instituições em regime de Parceria Público-Privada (PPP)**. Estas últimas foram criadas para responder à necessidade de construção de novas unidades hospitalares, garantindo a partilha dos riscos operacionais e de investimento, bem como a economia de custos, por se acreditar que modelos de gestão privada, assegurados por condições contratuais, conseguem associar maiores níveis de eficiência e de efetividade.

Além das alterações ao nível do estatuto jurídico, também a organização da oferta sofreu alterações importantes, no sentido de aumentar sinergias e economias de escala, mas também de prestar serviços com mais qualidade.

Resultado de uma melhor gestão de leitos, a taxa de ocupação dos hospitais do SNS situa-se entre os 80% e os 90%, valores que promovem a eficiência, garantindo, simultaneamente, a capacidade de resposta em períodos de maior procura. Quanto às primeiras consultas hospitalares com origem nos cuidados de saúde primários, estas passaram de 20%, em 2010, para 34,4%, no final de outubro de 2017.

No nível da atividade cirúrgica do SNS, a tendência é para o crescimento das cirurgias programadas e de ambulatório (que não exigem internamento e que permitem ao doente ter alta até 24 horas depois da intervenção).

Relativamente aos atendimentos em serviço de urgência, estes ultrapassam os 7 milhões de episódios nos hospitais portugueses, sendo que mais de 80% são realizados em instituições do SNS, dos quais apenas 8% geram internamentos.

Deve-se destacar que, atualmente, existem três hospitais inseridos no sistema de PPP. Esses hospitais, com autonomia empresarial e que compartilham funcionários e pessoal laboral nas suas sedes, são administrados

de forma privada por meio de um concurso de dez anos que foi concedido pelo Ministério da Saúde. Esses centros estão sujeitos a um estrito controle contratual e regulatório.

Uma das características do sistema de financiamento da saúde em Portugal é a persistência de certos subsistemas de financiamento da saúde pública:

- Um primeiro subsistema puramente privado, não relacionado com a saúde pública; atua como **seguro complementar ao SNS** para mais de 2 milhões de portugueses.

- Existe um **segundo subsistema privado**, no qual coexistem entidades com e sem fins lucrativos e que **têm acordos formalizados com o SNS**. A maior parte dos contratos é para complementar a rede própria e acordos de produtos intermediários como radiologia, laboratório, diálise etc. Em algumas ocasiões, a saúde pública pode contratar serviços clínicos do tipo UTI se necessário. Dentre as instituições privadas sem fins lucrativos, destacam-se as vinculadas à Igreja Católica (atualmente, a maioria delas com funções de apoio à rede de longa permanência).

A porta de entrada para o sistema é a APS. Os médicos de cuidados primários de hoje, como stakeholders, são responsáveis pela saúde das pessoas. Se os pacientes tiverem que ser enviados para um centro hospitalar ou outro dispositivo de saúde, os médicos da atenção primária são responsáveis pelo encaminhamento.

No entanto, existe **outra maneira de acessar o sistema de saúde: é a atenção nos serviços de emergência**. Esse acesso é a verdadeira porta de entrada de muitos pacientes para o sistema, e isso significa evitar, em muitas ocasiões, a Atenção Primária. Além disso, como a lista de espera para especialidades hospitalares é muito alta, muitos pacientes vão às emergências para poderem ser atendidos e entrar no circuito de atendimento hospitalar com antecedência. De acordo com fontes do Ministério de Saúde português, o país tem a frequência de urgências hospitalares mais elevada da UE; isso provocou consequências na contratação de hospitais.

A atenção dos pacientes com problemas de saúde mental, cuidados paliativos, cuidados continuados, reabilitação, insuficiência renal crônica etc. tem seus circuitos de acesso específicos (normalmente, pós-encaminhamento da Atenção Primária ou hospitais).

III.3.1.1. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

A prestação de serviços em Portugal é realizada, fundamentalmente, por meio dos seguintes tipos de dispositivos:

- 2.866 Centros de Atenção Primária localizados em todo o país e concentrados em áreas urbanas como Lisboa e Porto.
- Instalações de atendimento continuado.
- Centros de saúde mental.
- Outros centros de saúde (reabilitação, hemodiálise etc.).
- Centros hospitalares agudos

Os hospitais públicos estão sob a jurisdição do Ministério da Saúde. Já foi mencionada a criação de hospitais da EPE para poder introduzir elementos de gerenciamento mais dinâmicos em suas estruturas de governança. Os hospitais estão distribuídos por todo o país. Outrossim, os hospitais próprios são financiados por meio de contratos (contratos-programa), embora os EPE tenham maior capacidade de negociação do que os hospitais diretamente administrados pelo governo.

III.3.1.2 DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE

A distribuição de recursos para a atenção primária é financiada por meio dos serviços regionais de saúde. A distribuição de recursos para hospitais é feita por intermédio de negociação entre os serviços centrais e as agências regionais de saúde. A contratação de hospitais começou em 1996; e, a partir de 2002, os hospitais são contratados por meio de um contrato anual de programa.

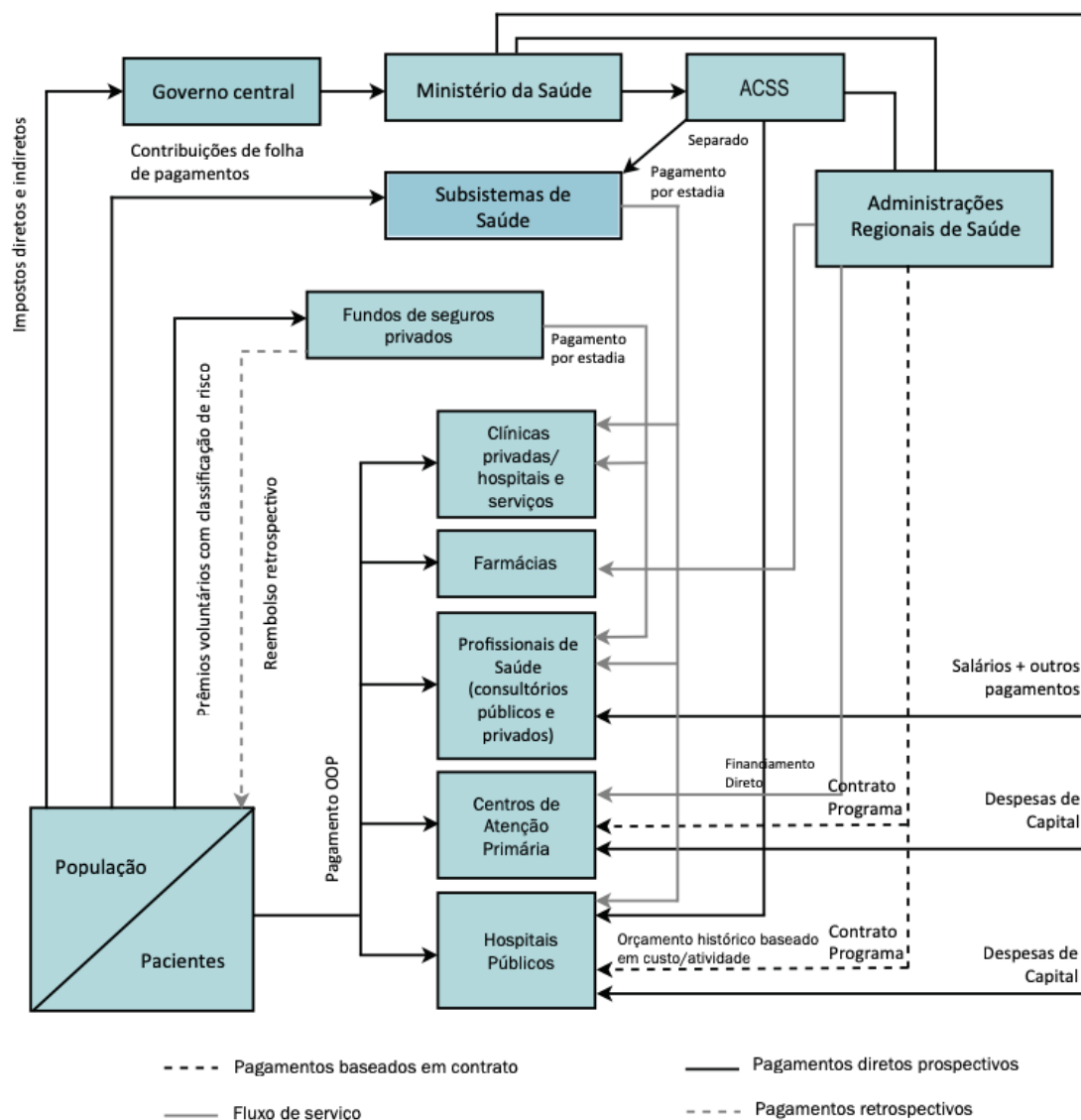
A redistribuição dos recursos do SNS para os prestadores de serviços é assimétrica e geralmente baseada em critérios históricos.

III.3.1.3 RELAÇÃO FUNCIONAL ENTRE OS DIFERENTES ATORES DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

A figura seguinte mostra as diferentes inter-relações entre financiadores e prestadores. Note-se que existem diferentes sistemas de pagamento entre eles, desde pagamento por orçamento, pagamento por habitante até diferentes formas de pagamento por atividade, seja por ato, por estadia ou registro.

Como as relações são tão complexas, o estudo do sistema de pagamentos hospitalares nos permitirá reconhecer que, em Portugal, atingiram-se muitos progressos no pagamento por objetivo, por casuística ou por outro tipo de sistema de pagamento.

FIGURA 5. **Diferentes inter-relações entre financiadores e fornecedores do sistema de saúde de Portugal**



FONTE: CHC (2020b).

III.3.1.4 RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA NO SISTEMA DE SAÚDE

De acordo com o princípio constitucional inscrito no art. 64º da Lei nº 1/1976, nenhum cidadão deverá ser privado do direito à proteção na saúde e à prestação de cuidados no momento em que deles precise, independentemente da sua condição econômica e social. Esse princípio constitucional caracteriza a ação dos prestadores privados como sendo de natureza complementar ao SNS, referindo que os objetivos dessa articulação passam por assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade.

Apesar dos diferentes acordos estabelecidos na década de 1980 entre o setor público e o setor privado, foi a partir de 1993, com a publicação da Lei de Bases da Saúde (LBS), que foram estabelecidas as formas de relação entre a prestação pública e privada nos cuidados de saúde. Essas relações passaram a efetivar-se por meio da celebração de acordos, da contratação de serviços e da realização de convenções.

Em simultâneo, o Estado acentuou a posição de regulador da atividade, em uma perspectiva de garantir o acesso aos serviços a toda a população, tendo presente a salvaguarda da qualidade dos cuidados. Na prática, o **Estado** assumiu uma **posição dividida entre a prestação direta e um maior foco na regulação**, salvaguardando o cumprimento das bases constitucionais por meio de uma prestação de cuidados assegurada por entidades públicas e privadas promotora da equidade, da universalidade e da qualidade a todos os cidadãos.

O reforço das funções reguladoras, por parte do Estado, não significou, no entanto, a diminuição das suas responsabilidades e a participação na prestação de cuidados de saúde. As atividades de regulação, acompanhamento, fiscalização e controle não diminuíram a função de principal prestador do serviço público.

O **SNS domina a prestação de cuidados de saúde em Portugal**, desde o momento da sua criação em 1979, embora se verifique um quadro de progressiva complementaridade com os prestadores privados. A prestação pública predomina nos cuidados de saúde primários e hospitalares enquanto a prestação privada tem adquirido uma importância crescente em algumas áreas específicas (nefrologia-diálise renal, ginecologia, saúde

oral, ortopedia e pediatria), nos meios complementares de diagnóstico e de terapêutica (imagiologia, fisioterapia e patologia clínica) e no setor de medicamentos (farmácias comunitárias).

O crescimento da oferta do setor privado resultou em aumento da procura, gerada, em grande parte, por uma maior limitação da oferta pública. esse fato contribuiu para o reforço do investimento em novas infraestruturas com o conseqüente acréscimo na participação do setor privado em nível da prestação dos serviços. A cooperação entre os setores tornou-se necessária para o SNS tendo em vista o cumprimento das obrigações de cobertura geral e acesso universal a toda a população. Contribuiu, igualmente, para corrigir as falhas existentes permitindo dar uma resposta mais adequada e de qualidade aos seus usuários, por intermédio das instituições de direito privado.

Na base desse acréscimo de procura pela oferta privada, encontram-se diferentes tipos de falhas do setor público, tais como: cobertura; tempos de espera prolongados para a marcação e a realização de exames; existência de muitos cidadãos sem acesso a médico de família; ineficiências do SNS na integração vertical entre os cuidados de saúde geradores de listas de espera (marcação de cirurgias e de primeiras consultas hospitalares de especialidade).

O dinamismo do setor privado resultou, igualmente, das condições de autonomia de gestão ante a prestação pública, da capacidade de investimento na inovação tecnológica, nomeadamente, em equipamentos de diagnóstico e terapêutico. Dessa forma, as instituições privadas tornaram-se mais competitivas na captação de novos usuários. Em certa medida, o Estado, por meio do exercício das suas próprias políticas, acabou por induzir o recurso ao setor privado por diferentes meios:

- Desenvolvimento de programas especiais de recuperação de listas de espera (com recursos à cooperação privada);
- Criação de um sistema de incentivos fiscais – deduções para gastos em saúde;
- Incentivo à instalação e desenvolvimento de instituições privadas;
- Estímulo à contratualização do setor privado pelo Estado;
- Fomento à mobilidade do pessoal do SNS para o setor privado decorrente da possibilidade de os profissionais de saúde aumentarem o seu rendimento por meio dessa atividade.

Assim, os setores público e privado, na prestação de cuidados de saúde, na sua organização e na estrutura do seu funcionamento, não são independentes nem estão isolados. Existe uma mútua influência no desenvolvimento desses setores no que concerne a aspectos como a procura de eficiência, a otimização de meios e de recursos e o fomento da qualidade.

No que se refere ao setor público, a estratégia adotada, nos últimos 30 anos, teve como intuito fundamental a criação de um modelo de gestão baseado em práticas empresariais que ganhou maior relevo a partir do ano 2002 com a publicação da Lei nº 27/2002, de 8 de novembro. O setor privado reforçou o seu crescimento se beneficiando das insuficiências no desempenho do setor público, procurando nas suas falhas, limitações ou resultados menos positivos uma oportunidade de crescimento. Esse processo desenvolveu-se em uma relação de oportunidade sustentada em uma prática competitiva que acabou por contribuir para a inovação do sistema de saúde, estimulando, desse modo, uma concorrência positiva entre as unidades públicas e privadas.

A competição entre os prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados, contemplada na Lei de Bases da Saúde, prevê o desenvolvimento do setor privado e social, em concorrência com o setor público, apelando às vantagens potenciais que poderão advir dessa relação. No entanto, é importante destacar que os **critérios de controle da qualidade, o nível de requisitos nos padrões de acesso e dos resultados aplicados à regulação no setor da saúde deverão ser os mesmos, tanto para os prestadores públicos como para os privados.**

São múltiplas as áreas de cooperação entre os dois setores nos quais o Estado recorre ao setor privado a fim de assegurar determinada atividade assistencial ou realizar determinados programas de saúde para os quais não tem capacidade de execução. Como exemplos desses tipos de relações, entre os dois setores, podem ser referidos o **sistema integrado de gestão das listas de espera cirúrgicas** – denominado SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia); o “programa cheque dentista” para grávidas, crianças, idosos; o tratamento a doentes portadores de infecção por HIV/aids; a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; bem como as PPP.

Para além da cooperação, existe uma relação aparentemente geradora de benefícios para ambos os setores. Pelo lado do Estado, este consegue, com o recurso ao setor privado e social, cumprir a função de garantidor de proteção na saúde à população, enquanto o setor privado consegue captar

novos usuários apostando na complementaridade com o sistema público, o que favorece o seu desenvolvimento ao nível da oferta de cuidados de saúde no contexto do sistema de saúde.

III.4. OS SISTEMAS DE PAGAMENTO HOSPITALAR NO ÂMBITO DA SAÚDE NA CATALUNHA

Desde os anos 1980, diferentes sistemas de contraprestação foram desenvolvidos na Catalunha para as diversas linhas de atenção.

Como foi mencionado anteriormente, a relação entre o financiador (CatSalut) e os prestadores é efetuada por meio de um contrato de prestação de serviços prospectivo. Essencialmente, o contrato é um instrumento utilizado pelo CatSalut para poder exigir que os prestadores cumpram as políticas de saúde, incluindo a atividade pactuada, por meio dos parâmetros que serão desenvolvidos. Tudo isso devidamente tarifado e faturado uma vez que a atividade é realizada.

Deve-se mencionar que, naqueles prestadores públicos (ICS) nos quais o financiamento dos centros é vinculado aos orçamentos governamentais, o CatSalut e os hospitais do ICS assinam um **contrato programa** em que especificam claramente qual é a **atividade prevista para ser realizada** e os **resultados de saúde a serem alcançados**.

FIGURA 6. Características do contrato utilizado pelo CatSalut



FONTE: CHC (2020b).

O primeiro modelo de pagamento, puramente orçamentário, foi aplicado de 1982 até 1986. Desde o ano de 1986 até o ano de 1996, o modelo de pagamento foi baseado em tempo médio de permanência nos hospitais. No ano de 1994, coincidindo com a introdução em todos os centros do sistema de informação – **Conjunto Mínimo De Altas Hospitalares (CMBD-AH)** – produz-se uma mudança no sistema de pagamento baseado nas altas hospitalares.

Os princípios que sustentaram o modelo são os seguintes:

- Modelo de pagamento orientado ao produto final, reconhecendo a **estrutura e a complexidade assistencial** dos processos.
- Modelo de **pagamento prospectivo**.
- Modelo que estimule a **eficiência interna**.
- **Plano de Saúde como instrumento orientador de compra de serviços**.

Com essas premissas, foi desenvolvido o sistema de pagamento, que foi atualizado em 2014, apresentado a seguir:

III.4.1. ESQUEMA GERAL DO MODELO DE PAGAMENTO HOSPITALAR

De maneira genérica, esse modelo de pagamento reconhece três grandes blocos, totalmente diferenciados uns dos outros:

- Uma parte do pagamento é destinada à obtenção dos objetivos de saúde (Resultados).
- Outra parte do pagamento é destinada à atenção de pacientes com patologias de alta complexidade
- Quantitativamente, a parte mais importante é destinada a pagar parâmetros relacionados com a atividade mais generalista do hospital.

III.4.1.1. PAGAMENTO POR RESULTADOS

Uma parte do orçamento de contratação (atualmente, perto de 4% do total do orçamento) é destinada ao pagamento por objetivos de saúde vinculados ao Plano de Saúde atual. Em linhas gerais, é pactuada uma série de indicadores de saúde ligados a qualidade assistencial, capacidade resolutiva, eficiência etc.

III.4.1.2. PAGAMENTO POR ATENDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

Esta parte do pagamento dos hospitais foi introduzida na adaptação do sistema de pagamento de 2014. As razões para a introdução dessa parte do pagamento por atividade residem no conceito de que o tratamento de pacientes que sofrem de determinadas patologias de baixa prevalência e de alto custo deve ser racionalizado para concentrar o tratamento desses pacientes em centros altamente especializados.

Alta complexidade, na Catalunha, é entendida como um conjunto de serviços altamente especializados ou com altíssima exigência tecnológica ou especialização profissional. Esses serviços, devido a sua baixa prevalência, risco, inter-relação com outros processos ou alto custo, e para obter os melhores resultados, beneficiam-se de sua concentração em número reduzido de prestadores do sistema público de saúde.

As patologias consideradas de alta complexidade são as indicadas no quadro abaixo:

QUADRO 2. **Relação de patologias consideradas de alta complexidade pela Catalunha, Espanha**

Braquiterapia
Braquiterapia ocular
Braquiterapia prostática
Radioterapia
Arteriografia renal diagnóstico
Angioplastia renal terapêutica
Cateterismo cardíaco diagnóstico
Cateterismo cardíaco terapêutico
Cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea
Tratamento das arritmias por ablação
Valvuloplastia endoscópica
Revascularização transmiocárdia a laser
ECMO (Oxigenação por membrana extracorpórea)
Radioterapia estereotóxica craniana fracionada

Radioterapia estereotática craneana de dose única (radiocirurgia)
Angiografia cerebral intervencionista nível I
Angiografia cerebral intervencionista nível II
Angiografia cerebral intervencionista nível III
Radiologia intervencionista de alta complexidade
Recuperação do controle voluntário da micção e da evacuação
Recuperação funcional ES em ferimento medular alta
Tratamento cirúrgico da espasticidade de origem cerebral ou medular
Tratamento cirúrgico da doença de Parkinson: novos casos
Tratamento cirúrgico da doença de Parkinson: substituições
Tratamento cirúrgico da epilepsia
Tratamento cirúrgico do transtorno obsessivo compulsivo
Câncer de esôfago
Câncer de estômago
Câncer de pâncreas
Tratamento cirúrgico das metástases hepáticas
Câncer de reto
Tratamento cirúrgico do câncer de pulmão
Tratamento cirúrgico de tumores cerebrais benignos e malignos
Transplante cardíaco
Transplante hepático
Transplante alogênico de medula óssea
Transplante de medula óssea
Transplante de pâncreas
Transplante simultâneo de rim e pâncreas
Transplante pulmonar
Transplante renal

FONTE: CHC, 2020b.

O **sistema de pagamento de alta complexidade** está vinculado à complexidade atendida. Para isso, a complexidade será levada em consideração de acordo com a agrupador APR-DRG em que se sabe qual é o custo

relativo de cada patologia tratada. **Cada paciente será pago de acordo com sua complexidade atendida:**

Preço do paciente tratado por patologia n = Preço máximo de pagamento por casuística de XHUP * peso relativo do APR-DRG correspondente a esta patologia

III.4.1.3. OUTROS PARÂMETROS PARA CONTRATAÇÃO HOSPITALAR

Serão diferenciados os parâmetros de contratação de altas hospitalares, consultas ambulatoriais e emergências.

a. **Contratação da linha hospitalar**

O CatSalut contrata, para cada hospital, um certo número de altas de acordo com as necessidades detectadas.

Conceitos incluídos na linha de pagamento de hospitalização:

- Alta convencional.
- Alta mediante Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA).
- Alta de reingresso, quando um paciente tenha reingressado dentro dos 30 dias pós-alta por uma patologia diretamente relacionada com a alta anterior.

O conceito de alta hospitalar inclui todos os atos médicos, exames diagnósticos, exames complementares, procedimentos terapêuticos e medicamentos necessários para obter assistência adequada sempre que corresponderem ao seu nível de saúde, independentemente de serem prestados no mesmo hospital ou por outros prestadores de serviços. Também inclui todos os tipos de material usado e próteses para intervenções de catarata. Somente não são incluídas próteses fixas não recuperáveis e material para osteossíntese.

O **modelo de remuneração** é baseado no pagamento por **alta** hospitalar. Como há diversos elementos que determinam os custos da alta hospitalar, entende-se que o preço de cada alta hospitalar tem em consideração dois fatores: a estrutura do hospital e o pagamento da casuística.

Os dois fatores terão peso específico no cálculo do preço de cada alta a ser paga para cada hospital. Considera-se que o pagamento da estrutura terá um peso de 60% do **pagamento da alta**, e o pagamento da casuística será de 40% do pagamento.

a.1 A estrutura hospitalar

De 1995 a 2014, a classificação de estrutura hospitalar foi caracterizada pela aplicação de um complexo programa de estatísticas denominado GoM (Grade of Membership) que estabelecia uma classificação estrutural contínua de maior para menor complexidade. No entanto, a aplicação do programa do GoM não refletiu, em muitas ocasiões, a realidade específica dos hospitais. Desde 2014, os níveis hospitalares foram estabelecidos, cada um com seu custo correspondente.

Para conhecer **os níveis de hospitais**, foram considerados **os dados estruturais e a ponderação deles**. A seguir, são enumerados os elementos que foram considerados para determinar os níveis estruturais:

- Número de leitos (utilizados pela rede pública).
- Número de salas cirúrgicas.
- Número de leitos de UTI.
- Disponibilidade de serviços cirúrgicos complexos.
- Orçamento de docência pós-graduação.

Estes são os valores relativos a cada item:

1 x Número de leitos.

2 x Número de salas cirúrgicas.

4 x Número de leitos de UCI.

25 x Cirurgia torácica.

25 x Neurocirurgia.

25 x Cirurgia pediátrica.

% sobre o total do Orçamento de docência pós-graduação de todos os hospitais.

Com os valores ponderados, a partir do valor calculado, a **classificação de hospitais na Catalunha** ficou a seguinte:

- Nível 1: hospitais complementares.
- Nível 2: hospitais não complementares com valor inferior a 110.
- Nível 3: hospitais com valor entre 110 e 249.
- Nível 4: hospitais com valor entre 250 e 539.
- Nível 5: hospitais com valor entre 540 e 800.
- Nível 6: hospitais com valor superior a 800.

Deve-se esclarecer que os hospitais complementares são aqueles de pequeno porte, que contratam serviços com o CatSalut para tratar patologias leves e vinculadas com as listas de espera.

Assim mesmo, foram considerados, fora da classificação geral, um hospital materno-infantil, um hospital urológico e um hospital de reabilitação complexa.

Estão previstas novas pesquisas de atualização da complexidade a cada cinco anos.

Tal como foi mencionado, existirá uma **tarifa estrutural para cada alta e nível de estrutura**.

a.2 A casuística do Hospital

A coleta sistemática do conjunto mínimo de dados de alta hospitalar (CMBD-AH) em hospitais de atendimento para condições agudas possibilitou o desenvolvimento de um sistema de informação qualitativa sobre a atividade realizada. Graças à coleta sistemática dessas informações, os episódios de hospitalização dos usuários podem ser classificados em grupos homogêneos; esse fato permite conhecer aspectos da atividade hospitalar que favorecem o estudo dos pacientes atendidos, tanto do ponto de vista de um único hospital quanto de comparações entre os centros.

a.2.1) Adoção do sistema de classificação de pacientes

Uma vez que a **alta foi codificada**, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-9-MC), **os Grupos Relacionados ao Diagnóstico (DRG) foram escolhidos como sistema de classificação**. O sistema de classificação que se está utilizando atualmente é o APR-DRG que tem a característica de poder **classificar melhor os pacientes de acordo a severidade atendida**. No momento de conhecer a casuística dos pacientes em um hospital, podemos saber qual é o peso relativo da complexidade do centro e, por extensão, os pesos relativos dos hospitais XHUP.

Cada “alta” é atribuída a um DRG, e cada DRG tem um peso relativo. Desde 2014, todas as altas tratadas não têm o mesmo peso relativo. Foi acordado que:

- » Uma alta médica e um alta cirúrgica ingressada obteriam um peso relativo de 1.
- » Uma alta cirúrgica, mediante CMA, obteria um peso relativo de 0,9.
- » Uma alta obstétrica obteria um peso relativo de 0,8.

» Uma alta considerada como reingresso obteria um peso relativo de 0,5.

Como resultado da composição das “altas” atendidas, é obtido o **peso relativo médio das altas médicas, das cirúrgicas, das altas mediante CMA, das altas obstétricas e de reingressos**, que é a média dos pesos relativos das altas realizadas durante um determinado período. O peso relativo médio da XHUP é obtido de maneira análoga.

O peso relativo global obtido em cada hospital refere-se ao peso relativo médio da XHUP. Assim, obtém-se um indicador que é chamado de **Intensidade Relativa de Recursos (IRR)** para cada uma das seções anteriores de altas desse hospital. Os fatores IRR representam a posição que cada hospital ocupa em relação à XHUP (rede hospitalar) e quanto à patologia atendida.

O peso relativo médio de referência para cada ano, para cada hospital e para a XHUP é o resultado das “altas” atendidas durante o primeiro período anual anterior.

a.3 Estabelecimento do preço de registro para cada hospital XHUP

O **parâmetro de compra** da linha de hospitalização estabelece um mecanismo de modulação dupla: **o reconhecimento da estrutura e a complexidade de patologia atendida por cada hospital**. Então:

- O total das altas hospitalares de cada hospital, modulado pelos fatores dos respectivos hospitais, constitui as altas hospitalares moduladas pela complexidade.
- O total de altas hospitalares de cada hospital, modulado pelos fatores dos respectivos hospitais, constitui as altas hospitalares moduladas pela estrutura.
- O cálculo do valor correspondente ao preço de alta contratado em cada hospital é o seguinte:

O pagamento por alta seria o resultado de:

$$\text{Preço Alta} = \left\{ \begin{array}{l} \text{Total altas por tipo} \times \text{IRRn} \times \text{Fator de Ponderação} \times \text{Preço} \\ \text{médio casuística} \times 40\% \end{array} \right\} + \left\{ \begin{array}{l} \text{Total altas} \times \text{preço médio do nível (1.6)} \times 60\% \end{array} \right\}$$

Dessa forma, o valor total do pagamento pela hospitalização é:

$$\text{Total altas}_{H1} \times \text{Preço alta}_{X1} = \text{Importe total hospitalizações}_{H1}$$

Assim, cada hospital possui um preço de registro resultante das operações indicadas, o que permite a contratação da linha de internação.

Um dos fatores que foram levados em consideração na implementação do sistema de pagamentos foi a introdução do conceito de **marginalidade**:

- Considera-se que, se um hospital cuida de um paciente mais do que o valor acordado, essa alta deve ser paga a uma porcentagem do preço contratado da alta. Com isso, o sistema de pagamento não se tornou um sistema fechado de compra por atividade, mas permitiu à Administração, por um lado, cobrir mais pacientes nos locais onde era necessário e, por outro, do ponto de vista de prestadores de serviços, o fato de poder cobrar taxas marginais permitiu otimizar custos a fim de introduzir benefícios marginais em relação ao custo marginal.

- As “altas” marginais foram pagas, inicialmente, a 35% do preço contratado da alta e foram ajustadas, até o momento, na medida em que o pagamento do ingresso marginal depende, essencialmente, do comparecimento esperado no território de influência do hospital. Isso evita a possível demanda induzida que poderia ser gerada.

b. Contratação da atividade ambulatorial na consulta externa

Até 2014, a atividade ambulatorial era paga por consulta, fosse a primeira ou a subsequente. Depois, o sistema de pagamento da atividade ambulatorial foi alterado em função de duas premissas que têm sido fundamentais:

- Uma primeira premissa foi a constatação de que os hospitais, ao cobrar pela atividade, aumentaram exponencialmente a frequência de consultas ambulatoriais, o que nos levou a pensar que poderia ser um processo de demanda induzida. Além disso, esse aumento nas consultas poderia induzir um atendimento “sequestrado” aos pacientes que não seriam visitados na atenção primária.

- Uma segunda premissa era que o modelo de atenção na Catalunha tem a atenção primária como seu primeiro nível de atenção. Portanto, postulava-

-se que, no longo prazo, a atenção primária seria aquela que encaminhasse os pacientes aos hospitais, uma vez que estaria dotada de orçamento para poder contratar consultas e exames de especialidades ambulatoriais aos hospitais. Até agora, o CatSalut não iniciou nenhum plano-piloto para implementar essas políticas.

O sistema de pagamento do atendimento ambulatorial consiste em disponibilizar aos hospitais um orçamento anual fixo, cujo valor corresponde ao faturamento médio da atividade registrada nos últimos anos.

c. Contratação da atividade no âmbito das urgências

Dois métodos de pagamento claramente diferenciados e mutuamente exclusivos são estabelecidos neste âmbito:

1. Considera-se que, devido às políticas de acesso a ações, determinados hospitais localizados em áreas geográficas isoladas e/ou pouco povoadas devem ter tratamento diferenciado no modelo de pagamento. Esses hospitais (no total são seis) têm como características comuns um pequeno volume de assistência médica e custos semelhantes para manter a infraestrutura de emergência com parâmetros de qualidade ideais. Nesses casos, nesse tipo de hospital, é decidido um pagamento equivalente ao custo dos serviços de emergência, independentemente do número de emergências atendidas.

2. O pagamento das urgências nos demais hospitais.

Para os hospitais localizados em áreas geográficas isoladas:

Para os hospitais localizados em áreas geográficas isoladas, **o sistema de pagamento é de tipo orçamentário**: o valor é alocado diretamente, correspondendo a uma única alocação para a operação de dois dispositivos, **o número mínimo de emergências atendidas e o volume de emergências atendidas não são registrados**.

Para os demais hospitais:

- Até 2014, a atividade hospitalar era paga por consulta e por nível estrutural do hospital.

- Nos últimos anos, foram incorporadas melhorias nos sistemas de informação; especificamente:

- » O sistema de classificação da gravidade inicial dos pacientes ao entrar em emergências (Catalunha usa o sistema MAT, que consiste em classificar os pacientes em cinco níveis, de acordo com a gravidade inicial).

» Dispor de um conjunto mínimo de dados de emergência (CMBD-UR)

Essas melhorias fizeram repensar o modelo de pagamento, em que dois conceitos foram introduzidos:

- O conceito de triagem, realizado em todos os pacientes que vão ao pronto-socorro. Para calcular a gravidade do atendimento de emergência, foi desenvolvido um parâmetro chamado IRU (Índice Relativo de Emergências), que consiste em uma ponderação da complexidade, levando em consideração:

- O nível de severidade da triagem realizada. A exploração de altas de emergência por meio de um “agrupador” de emergências DRG da Austrália. Cada hospital recebe sua IRU cada ano e serve como um dos parâmetros de pagamento.

Sistema de pagamento para emergências hospitalares:

- O preço unitário de cada consulta é determinado para toda a rede;
- O pagamento por consultas de emergência é a soma de dois processos: triagem + atendimento de emergência;

- Alocação total de emergência de um hospital seria a soma de:

$$\text{Número total de consultas de emergência} * \text{pagamento de triagem} + \text{Número total de consultas de emergência} * \text{custo unitário para toda a rede hospitalar} * \text{IRU do hospital}$$

d. Contratação específica de determinados serviços hospitalares

O modelo de pagamento reserva a possibilidade de financiar, especificamente, determinados serviços ou dispositivos que atendem a características predeterminadas:

- Projetos que permitam a viabilidade de dispositivos especiais de necessidade reconhecida, que seriam totalmente inviáveis ou representariam um custo insustentável para a entidade prestadora à qual a provisão é necessária.

- Atividades seletivas que devem ser incentivadas ou regulamentadas, de acordo com os critérios da política de saúde.

- Início de diferentes dispositivos até atingir a dimensão produtiva necessária (novos hospitais).

Reconhecimento da função de ensino universitário de graduação e pós-graduação: o modelo de pagamento incorpora, em uma linha específica, o reconhecimento dos custos diretos e indiretos gerados nos hospitais com programas de ensino de pós-graduação.

III.5. OS SISTEMAS DE PAGAMENTO HOSPITALAR EM PORTUGAL

O instrumento em que se baseia **a relação entre o gestor e os prestadores hospitalares é o contrato**. No momento de analisar o sistema de pagamento na Catalunha, foi apresentada e analisada a figura do contrato. Portugal emprega uma lógica semelhante. A seguir, apresentam-se os diferentes tipos de contratos e os conteúdos deles.

III.5.1. CONTRATOS

III.5.1.1. Contrato com hospitais próprios (estatais)

Em Portugal, os contratos com hospitais próprios são chamados “**contratos de programa**”. Neles são especificadas as características da contratação entre os próprios hospitais (estatais) e a administração. A unidade de contratação do Ministério da Saúde e as Áreas Regionais de Saúde (ARS) são os responsáveis pela negociação dos elementos do contrato com cada um dos hospitais. Deve-se mencionar que os próprios hospitais são financiados por um orçamento do Estado. A função do contrato de programa é transformar os recursos orçamentários disponíveis para o hospital em acordos financeiros, de atividade e de qualidade para o hospital contratado. Ou seja, são especificados, para o hospital, os elementos (resultados-*outputs*) esperados pela administração central em relação ao hospital. Dado que o orçamento da saúde em Portugal é determinado pela dotação do orçamento nacional, o valor qualitativo do contrato-programa é fundamental para a prestação de contas sobre o que se pode esperar dos hospitais.

Para reforçar a validade dos contratos-programa, pactuados com os hospitais dependentes do estado, o Ministério da Saúde de Portugal atua em três eixos principais:

- A geração de um contrato potencial real.
- A preparação de um contrato-programa de atividades e orçamento trienal.
- A preparação de documentos de compromisso de gestão entre a diretoria dos hospitais e o Ministério.

III.5.1.2. Contratos com hospitais privados com ou sem fins lucrativos

A saúde pública portuguesa contrata hospitais privados, na sua maioria sem fins lucrativos, **por meio de contratos que especificam os elementos/resultados esperados.**

III.5.2. ELEMENTOS FUNDAMENTAIS DOS CONTRATOS

As duas modalidades de contratação são iguais nos elementos relativos aos parâmetros de contratualização. Vamos descrever os diferentes parâmetros.

Em linhas gerais, e sem aprofundar nos elementos relacionados com o faturamento da atividade, programas e incentivos, os contratos se dividem em três partes:

- **atividade;**
- **programas e/ou patologias especiais;**
- **objetivos e políticas de saúde.**

a. CONTRATAÇÃO DE ATIVIDADE

Em geral, os hospitais portugueses são remunerados por atividade; o mesmo método que é empregado na Catalunha. Os diferentes parâmetros de contratação dividem-se em: **pagamento por atividade hospitalar, pagamento por consultas ambulatoriais, pagamento por emergências atendidas e pagamento por patologias e/ou serviços diferenciados.**

Pagamento por atividade de internação hospitalar

Para os pacientes/usuários em internação aguda, e que não apresentem nenhuma das patologias pagas por um programa especial, **o pagamento da internação é referente às altas.**

O preço das altas é o mesmo para todos os hospitais da rede. Os componentes principais do pagamento por alta são:

- A base de pagamento por alta é o cálculo do Case Mix Index (ICM)²

² O ICM é apurado da seguinte forma:

$$\text{ICM Internamento Hospital } i = \frac{\sum (\text{doentes equivalentes GDHiSevi} \times \text{peso relativo GDH } i)}{\sum \text{Doentes equivalentes GDH } i}$$

ou seja, a complexidade atendida. As altas são classificadas clinicamente (CMBD-AH) de acordo com o CID-10 e, posteriormente, uma reclassificação é realizada de acordo com o isocusto seguindo o classificador APR-DRG, que é chamado GDH (atualmente, versão 23). Essa classificação permite calcular o ICM. Embora o ICM seja conhecido hoje por especialidades (médicas, cirúrgicas e materno-infantis), é usado o ICM global do hospital no sistema de pagamento. Para o ano 2020, a análise do conjunto mínimo de dados hospitalares, no que diz respeito à casuística segundo o DRG, é a que o Ministério da Saúde fez em 2015.

- Cada hospital recebe por alta feita o preço base de alta por ICM e por um fator de correção por hospital. Esse fator de correção denomina-se “doente equivalente”. O cálculo é feito a partir da determinação dos “outliers” que o hospital possui em relação à média de permanência por GRD do sistema. Quanto mais “outliers” o fator é menor; então, o preço por alta é menor e vice-versa. A razão pela qual esse fator foi estabelecido é devido ao grande número de pacientes que têm estadias (internações) médias elevadas.

Assim, o pagamento por usuário em um hospital seria:

$$\text{Pagamento por alta} = \text{ICMh} * \text{preço alta} * \text{“doente equivalente”}$$

Essa tipologia de sistema de pagamento é a mesma para toda a contratação do SNS com os hospitais (públicos ou privados).

O pagamento dos pacientes que se submeteram a uma CMA é o mesmo preço de alta que os pacientes hospitalizados (internados). Deve-se indicar que, em Portugal, tal como acontece na Catalunha, a percentagem de pacientes cirúrgicos submetidos à CMA é de 60%-70% do total de pacientes cirúrgicos.

Há também um pagamento pela atenção a um número de altas maior do que o acordado, sendo pago um preço marginal.

Pagamento da Consulta Externa

As consultas externas do hospital são pagas por atividade. Primeiro, os hospitais são divididos em sete grupos. A compra por atividade é diferenciada entre as primeiras consultas e as sucessivas. Todas as consultas são codificadas de acordo a CID-10. O fator limitante do pagamento por atividade

é a relação entre as consultas sucessivas em relação às primeiras. Cada grupo hospitalar tem uma determinada proporção/rateio; assim, se um hospital atende mais consultas sucessivas que aquelas que foram conveniadas, essa atividade não é remunerada.

Um importante diferencial em relação à Catalunha é que, em Portugal, são pagas as consultas sem contato (não presenciais); isso permite aumentar a eficiência interna.

Pagamento de urgências

O pagamento da atividade dos serviços de urgências tem três componentes:

I. Um componente **de valor fixo**, que depende do tipo de serviços de emergência. Em Portugal, há três tipos de serviços de urgências:

- » Serviços de urgência polivalentes, preparados para atender aos usuários mais complexos.
- » Serviços de urgência médico-cirúrgicas ou intermediárias.
- » Serviços básicos de urgência.

II. Um segundo componente de **valor baseado nos objetivos**; o valor que tem é de 5% do valor fixo e é detalhado nos diferentes contratos de programa.

III. Um terceiro **componente variável** é pago a um preço marginal para cada uma das urgências atendidas não esperadas e é pago a um preço totalmente residual.

b. CONTRATAÇÃO DE PROGRAMAS E PATOLOGIAS ESPECIAIS

Para pagamentos de linhas assistenciais, o SNS português reconhece todo um conjunto de programas especiais que não são contratados em todos os hospitais; são unicamente contratados/conveniados naqueles hospitais com capacidade para atender a esse tipo de usuário com todas as garantias. Na verdade, é um mecanismo semelhante ao pagamento pela alta complexidade que está sendo empregado alguns hospitais da Catalunha. Os programas especiais especificamente contratados são:

- Oxigenação por membrana extracorpórea
- Sessões de hospital dia
- Sessões de radioterapia

- Atividade hospitalar em casa: visita; internação domiciliar paga por alta da unidade anterior convencional x ICM

- Programa de prevenção do câncer cervical
- Programa de prevenção de câncer de cólon / retal
- Programa de diagnóstico pré-natal
- Programa de fertilização assistida
- Banco de gametas
- Programa de redução do percentual de cesáreas, em que são estabelecidas tabelas de redução de cesáreas de acordo com o tipo e complexidade dos hospitais

- Programa de interrupção voluntária da gravidez
- Programa de tratamento de obesidade mórbida
- Vários programas de tratamento farmacológico de doenças específicas do tipo hepatite C, tratamento de HIV/aids

- Unidades específicas de esclerose múltipla
- Programa de tratamento para pacientes com câncer de mama, câncer de colo de útero, reto, próstata, pulmão e mieloma.

- Programa de cuidados para pacientes com polineuropatia amiloide familiar
- Programa de cuidados para pacientes com doenças genéticas raras
- Programa de tele monitoramento para pacientes com DPOC
- Programa de tele monitoramento para pacientes com IAM
- Programa de tele monitoramento para pacientes com ICC
- Incentivos para benefícios à saúde em centros de referência de: transplantes e ECMO; oncologia; doenças raras; outras áreas médico-cirúrgicas.

O pagamento desses programas é diverso e varia desde o pagamento por caso, ou por fármacos ou orçamentário por programa. Em todos os casos, eles comportam um aumento da alocação orçamentária para o hospital que realiza estas atividades.

c. CONTRATAÇÃO DE OBJETIVOS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Os Incentivos assistenciais e de eficiência representam 5% do valor total do contrato-programa e estão associados a três dimensões de objetivos:

- Melhor acesso ao sistema.
- Qualidade de atendimento.
- Eficiência.

Há também outro conjunto de incentivos, não vinculados ao pagamento, mas são importantes para a melhoria do sistema; são:

- Incentivos para estabelecer *benchmarks* entre hospitais vinculados às três dimensões descritas acima.
- Incentivos a serem estabelecidos por meio da percepção da qualidade dos pacientes.

PROPOSTAS PARA A CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES NO SUS

A partir de uma análise comparativa da experiência em contratualização de países como Portugal e Espanha (no caso a CCAA da Catalunha) com o SUS, o CHC Brasil Consultoria e Gestão, filial brasileira do Consorcio de Saúde e Social da Catalunha, elaborou, no contexto da parceria com o CONASS, um conjunto de propostas voltadas a contratualização e novas formas de pagamento de serviços hospitalares no SUS.

IV.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A APLICABILIDADE DAS FORMAS DE CONTRATUALIZAÇÃO UTILIZADAS NA ESPANHA (CATALUNHA) E EM PORTUGAL

- O sistema de saúde dos dois países é do tipo “Serviço Nacional de Saúde”: baseado na cobertura universal e financiado por impostos, como acontece no Brasil.
- Os dois países têm uma rede pública e uma rede privada contratada.
- Os sistemas de informação hospitalar são baseados na atividade (especialmente o conjunto mínimo de dados hospitalares) e em indicadores qualitativos vinculados ao atendimento.
- A complexidade dos pacientes hospitalizados é mensurada usando o mesmo tipo de agrupamento isocusto (APR-DRG). Deve ser ressaltado que um paciente só tem um diagnóstico hospitalar, diferentemente do que acontece com a tabela do SUS.
- Os dois países têm modelos de gestão distintos: **em Portugal, predomina a centralização, e na Espanha, a saúde está descentralizada nas diferentes CCAA.** No entanto, em ambos os países, o contrato entre o gestor e o prestador é a ferramenta fundamental para que se alcancem os objetivos de saúde indicados pelo Plano de Saúde.

- Nos dois países, **existem unidades específicas de contratação que foram criadas para contratar e avaliar as atividades de saúde.**

- Todos os contratos, em Portugal e na Catalunha, têm três partes: **uma parte ligada à atividade; outra ligada a incentivos de saúde; e, finalmente, outra parte ligada a programas específicos.**

- Ambos os países, com o objetivo de aprimorar seus conhecimentos, criaram um **sistema de informação em saúde** que permite uma comparação confiável entre os hospitais; principalmente nos aspectos de: atividade, complexidade atendida e qualidade percebida pelo usuário.

- Os aspectos de desenvolvimento dos sistemas de saúde e aqueles vinculados à relação entre gestor e prestador de serviço são resultado de um esforço contínuo de mais de 20 anos de trabalho.

Todos os pontos anteriores devem ser discutidos para determinar a aplicabilidade deles no Brasil. A aplicabilidade dos elementos de contratação que foram descritos e analisados, para Portugal ou Catalunha, podem contribuir para melhorar o sistema de saúde brasileiro.

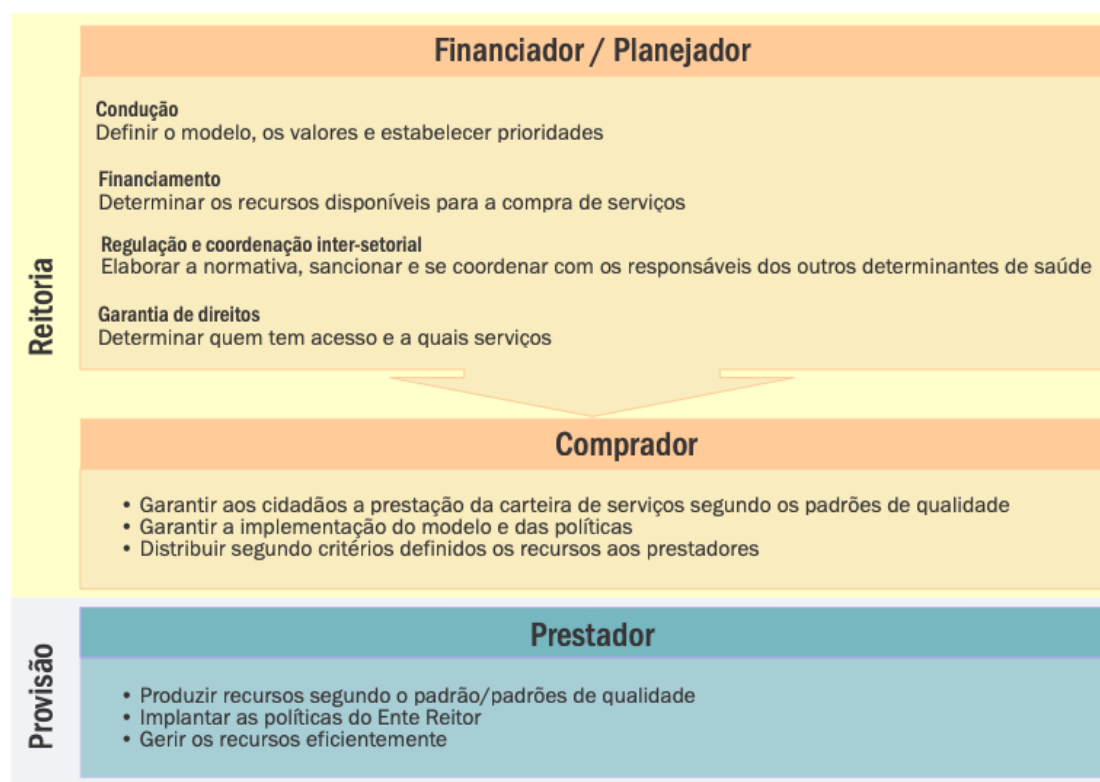
Para a elaboração de propostas, nesse sentido, é necessário fundamentar conceitos relacionados com a Gestão de um sistema de saúde.

IV.1.1. A GESTÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE

Os sistemas de saúde dispõem de um conjunto de recursos dedicados a atenção da saúde das pessoas, que inclui os direitos dessa população com respeito ao acesso aos serviços de saúde, como se financiam e como se produzem os serviços, sua organização e articulação. Eles têm como finalidade última contribuir para a melhoria da saúde da população da maneira mais equitativa e eficiente possível.

Para fazer efetivas a prestação de serviços de saúde a sua população, o gestor deve desenvolver uma série de ações básicas (Planejamento, Financiamento, Compra e Provisão dos serviços de saúde) que permitem estabelecer as regras de jogo e tomar decisões em nível da macro, meso e microgestão sobre como se organiza o sistema e como se relacionam os diferentes agentes para poder cumprir com seu papel.

FIGURA 7. **Ações básicas do gestor no sistema de saúde**

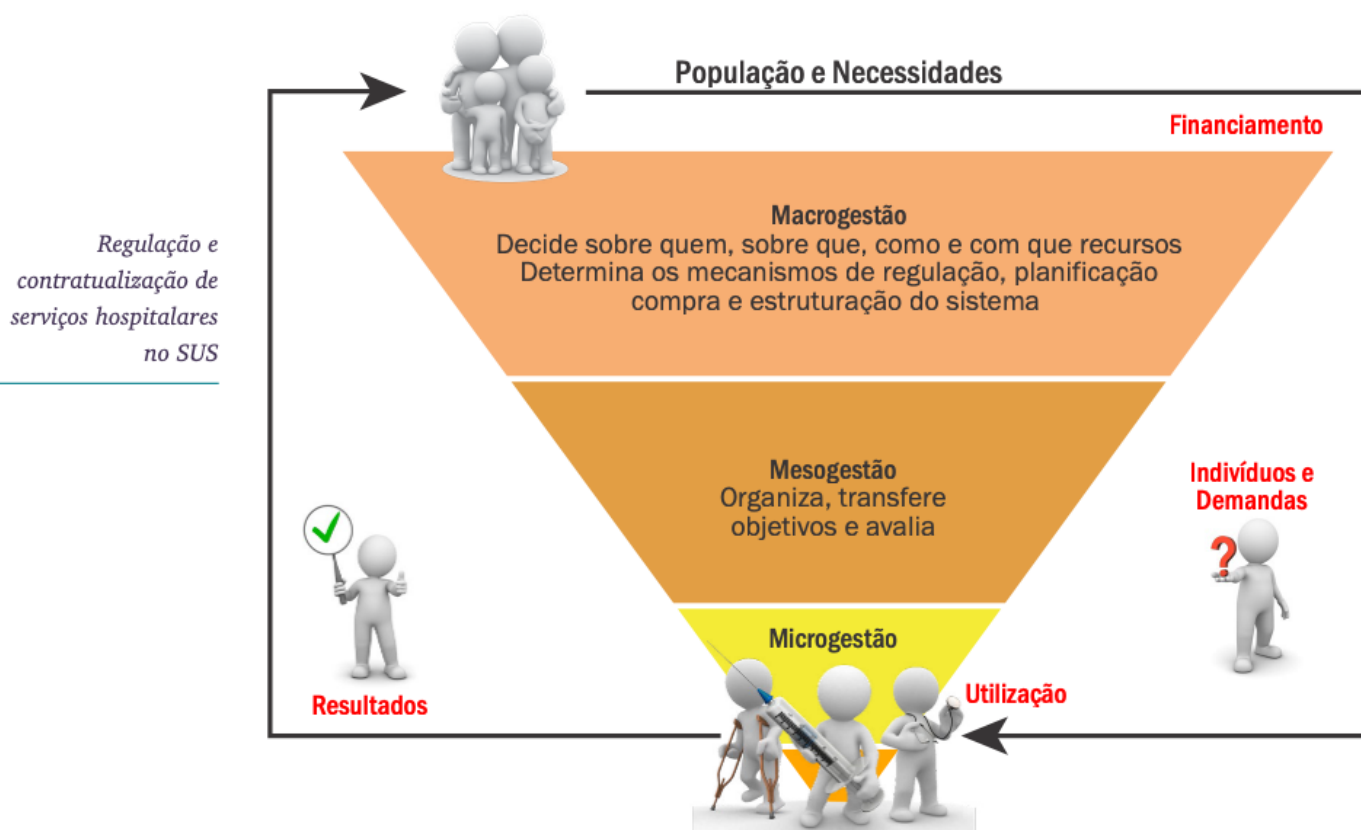


FONTE: CHC (2020a).

Esse espaço organizativo no qual se determinam os grandes cenários econômicos (como e que prestação de serviços de saúde se financiam e com que critérios de equidade se alocam os recursos), as grandes políticas de saúde (que prioridades sanitárias serão abordadas) e as relações entre os diferentes agentes do sistema definem-se como **macrogestão**.

Nesse nível, englobam-se as políticas que definirão a organização do sistema de saúde, o modelo de atenção e gestão, o financiamento, o planejamento em saúde, a compra de serviços, as garantias de direitos dos cidadãos e todas aquelas ações que afetam ao sistema de saúde no seu nível mais estratégico.

FIGURA 8. **Níveis de gestão em um sistema de saúde**



FONTE: CHC (2020a).

Na **mesogestão**, englobam-se os aspectos organizativos que permitirão a conformação da rede, a organização das ações sobre as unidades assistenciais encarregadas da provisão de serviços de saúde (hospitais, centros de saúde etc.). Nesse nível, incide-se na melhoria do estado de saúde da população de referência, na adequação dos recursos aos objetivos do planejamento de serviços, garantem-se a efetividade das atividades realizadas e a eficiência dos serviços, mantêm-se a continuidade assistencial e a integração clínica, entendidas como aqueles mecanismos de inter-relação entre os diferentes centros sanitários, em relação aos diferentes processos de saúde, que se produzem com a participação dos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária).

Na **microgestão**, englobam-se as ações que afetam o processo de atenção de saúde no interior das organizações de prestação de serviços (**gestão clínica**). A gestão clínica supõe restaurar os níveis de saúde dos

pacientes, na medida do possível, mediante ações sobre os indivíduos ou sobre os coletivos, em condições de máxima eficiência. O médico toma decisões sobre 70% dos recursos sanitários, em milhares de decisões diagnósticas e terapêuticas em condições de incerteza. Por tudo isso, é necessário coordenar e motivar as pessoas de seu meio para poder assumir os objetivos de seu serviço.

Os sistemas públicos integrados de saúde exigem um instrumento que permita articular essa separação de funções quando gestor (financiador) e prestador compartilhem a mesma pessoa jurídica. A ferramenta habitualmente utilizada para introduzir a separação funcional entre financiamento e compra é a **contratualização**. Ela permite introduzir a lógica contratual entre entidades que, por suas características, não podem firmar contratos entre si. Neles, especifica-se que objetivos e resultados são o que o financiador espera do prestador em troca dos recursos que lhe destina. Assim, o financiador procurará obter o máximo de serviços com a maior qualidade possível em troca do menor número de recursos. O prestador, sempre e quando lhe seja permitido obter benefícios das facilidades geradas, tratará de produzir o que lhe é pedido ao menor custo possível. Portanto, devem ser incentivadas melhorias na eficiência.

Para que todo o contexto relatado acima seja possível, é necessário que o gestor assuma e desenvolva uma série de funções, como: planejamento, financiamento, alocação de recursos financeiros, contratação de serviços, sistema de pagamento, sistemas de informações e mecanismos de avaliação.

IV.1.1.1. Planejamento em Saúde

O planejamento em saúde e de serviços deverá conhecer as necessidades de saúde da população, a cobertura dos serviços, assim como a oferta de ações e serviços disponíveis. Em função desses componentes e do perfil epidemiológico e sociodemográfico da população, ele deverá procurar determinar as futuras necessidades de investimento. As necessidades presentes e futuras de sua população de referência serão a base para orientar seus recursos e, na medida em que lhe permitam os limites financeiros disponíveis, alcançar a produção necessária para satisfazer

suas demandas. Para isso, deverá decidir que mecanismo utilizará para recompensar seus prestadores, ao mesmo tempo que supervisionará a qualidade com que estes prestam os serviços e avaliará a satisfação dos usuários. **Todos esses pontos deverão ser refletidos nos contratos, que deverão ser convenientemente desenhados e avaliados.**

O **planejamento** implica perspectiva de futuro, visão estratégica e elementos de mudança, para desenvolver intervenções efetivas diante dos problemas de saúde e adaptar os serviços às necessidades da população. Portanto, é um elemento de referência fundamental no processo de contratação de serviços e de configuração das redes assistenciais em um território, proporcionando conteúdo de “saúde”, focagem “populacional” e sentido de “progresso” aos contratos e aos relacionamentos entre os atores da rede.

O planejamento sanitário requer um planejamento integral, com componentes específicos de planejamento de saúde e planejamento de serviços, que se interrelacionam com os outros subsistemas de contratação e alocação de recursos, de informação e avaliação, em um marco definido pelas políticas sociais do Governo e condicionado pelos cenários econômicos. Na Figura 9, mostra-se o esquema de relacionamento entre o planejamento e a contratação.

IV.1.1.2. Financiamento

As fontes de financiamento são as formas que um sistema de saúde tem de captar recursos para financiar seus serviços de saúde. As principais fontes de financiamento de um sistema de saúde são os impostos, as contribuições obrigatórias a seguridade social, os planos de saúde e os pagamentos diretos.

Os principais desafios que devem enfrentar os sistemas de saúde estão relacionados com a necessidade de mobilizar recursos para financiar a saúde da população, de que forma alocar recursos e organizar a atenção à saúde das pessoas.

O financiamento dos sistemas de saúde está enfrentando grandes desafios: como mobilizar os recursos necessários para financiar a atenção da saúde da população? Que mecanismos utilizar para alocar os recursos

e organizar a assistência para que produza resultados? Como controlar os custos de atenção à saúde? Como assegurar equidade nas fontes de financiamento e no gasto? Como ser mais eficiente?

A equidade vertical ou progressividade nas fontes de financiamento constitui um enorme desafio para os sistemas públicos de saúde na medida em que os sistemas de tributação devem conseguir que os indivíduos com renda distinta realizem contribuições tributárias distintas, de forma que quem disponha de mais recursos contribua ao sistema com mais. A equidade vertical no financiamento implica a redistribuição dos recursos entre os membros de uma sociedade, já que são transferidos recursos dos mais ricos para os mais pobres e dos que utilizam menos os serviços de saúde aos que mais os utilizam. O sistema de financiamento de um país está composto por mais de uma fonte, e a equidade vertical de todo o sistema dependerá da equidade de cada uma das fontes e da proporção em que cada uma das fontes contribui ao sistema.

Os pagamentos diretos têm um peso importante no financiamento em matéria de saúde na maioria dos países em desenvolvimento, apesar de ser a fonte mais inequitativa. Quanto menor é a renda do indivíduo, maior sua necessidade de serviços relacionados com a saúde; portanto, realiza mais pagamentos dos que lhe corresponderiam em proporção a sua renda.

A equidade no gasto ou na prestação de serviços em saúde é um conceito amplo que incorpora pelo menos três aspectos: i) igual tratamento para igual necessidade; ii) igualdade de acesso; iii) igualdade em saúde (mais difícil de medir porque intervêm outros fatores, como a educação e a renda).

A maneira como está financiado o sistema influencia a equidade no gasto. Se os recursos privados (seguros privados e pagamentos diretos) tem um peso importante, o sistema de financiamento será inequitativo no gasto, dado que a capacidade de pagamento do indivíduo será determinante na utilização dos serviços de saúde (aqueles indivíduos com mais renda receberão mais e melhores tratamentos), e não a necessidade de utilizar esses serviços.

A **eficiência** (melhor uso dos recursos escassos) no financiamento do sistema de saúde depende de três elementos: i) a **eficiência técnica**

que se consegue quando se utiliza a menor quantidade de recursos (pessoal, exames diagnósticos, medicamentos etc.) para alcançar um objetivo em matéria de saúde; ii) a **eficiência econômica** que se consegue quando, entre aquelas opções tecnicamente eficiente, elege-se a de menor custo (salários, preços dos medicamentos, exames diagnósticos); iii) a **eficiência alocativa** que se consegue quando a escolha, além de ser técnica e economicamente eficiente, é a que a sociedade mais valoriza.

A gestão do financiamento e dos fundos públicos que vem de diversas fontes deve ser feita da maneira mais eficiente e equitativa possível para poder alcançar os objetivos do sistema de saúde. Alguns países têm integrado em um fundo único todo o financiamento público. Porém, na maioria dos países, continua existindo uma segmentação com vários fundos públicos de saúde.

IV.1.1.3. Mecanismos de alocação de recursos

O mecanismo de alocação de recursos é o principal instrumento de que dispõe o sistema de saúde para dirigir a produção de serviços. Para realizar a distribuição dos recursos financeiros do nível de macrogestão, a meso e a microgestão devem dispor de um amplo conhecimento dos fluxos financeiros, orçamentos, gastos, custos relativos da provisão dos serviços relevantes para o sistema de saúde, critérios de alocação de recursos, mecanismos redistributivos utilizados na distribuição de recursos de acordo com as necessidades (atenção primária muito próxima e acessível e nível especializado diferenciado por complexidade e volume), inequidades territoriais existentes.

Para calcular as necessidades de recursos, pode-se utilizar uma fórmula integrada por fatores demográficos, geográficos (superfícies, dispersão, acessibilidade), mobilidade, nível de pobreza que são os elementos que têm maior incidência sobre a demanda de serviços. A cada um desses fatores, deve-se dar um peso ponderado de forma que a repartição tenha o maior grau de consistência e com bases mais objetivas. A aplicação de uma fórmula de distribuição de recursos desse tipo permitirá saber qual é a média do financiamento que se dispõe e os desvios que ocorrem para cima e para baixo dessa média.

O mecanismo de alocação de recursos financeiros (distribuição de recursos) deve permitir **transitar de um modelo retrospectivo** (baseado em um orçamento histórico) para um **modelo de distribuição de recursos prospectivo** que permita incentivar o comportamento desejado no âmbito da prestação de serviços a partir do cumprimento de determinados objetivos.

O desenvolvimento de um mecanismo de distribuição de recursos e pagamento a prestadores deve ser capaz de integrar coerentemente a oferta, a demanda e recursos, assim como orientar os incentivos que permitam a consecução de determinadas metas (tanto sanitárias como econômicas).

Por outra parte, essa mudança cultural deve permitir a apropriação dos prestadores mediante uma transmissão efetiva de conhecimentos sobre o modelo para garantir o envolvimento dos profissionais e o cumprimento dos objetivos de saúde, com eficiência e qualidade esperados.

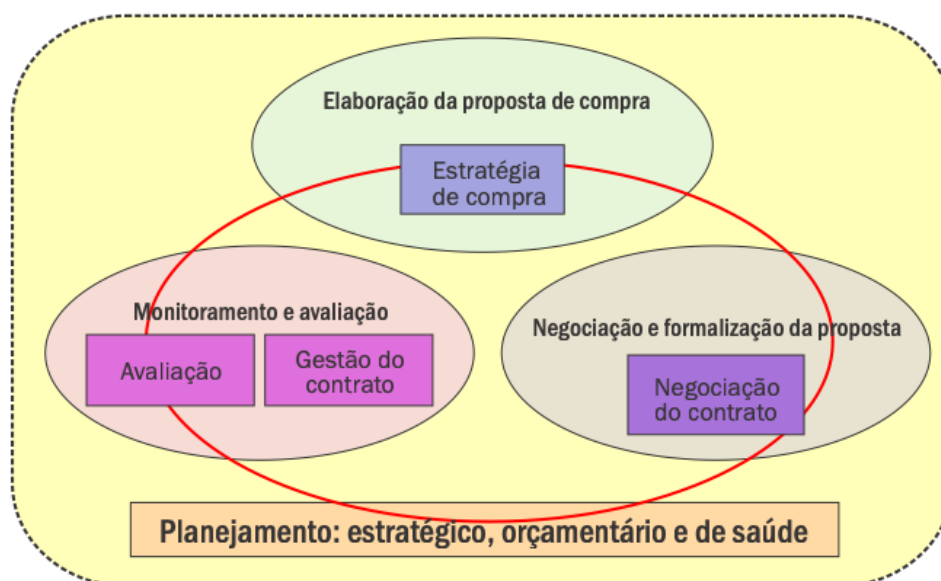
IV.1.1.4. Contratação de serviços

A partir da separação efetiva de funções, a política de contratação de serviços estabelece o modelo de relação entre atores. Esta se baseia em **fornecer os serviços requeridos para dar resposta às necessidades da população**, segundo os instrumentos de planejamento disponíveis (Planos de Saúde) com a melhor qualidade possível e a otimização de recursos (eficiência).

Nesse modelo, o **Gestor é quem deve estabelecer as prioridades e garantir a cobertura de necessidades mediante a contratação de serviços nas unidades de saúde**, que são quem presta a atenção à saúde diretamente à população, levando em consideração as normas estabelecidas assim como as políticas e programas de saúde de todas as esferas de governo.

A lógica de relação entre comprador e prestador de serviços de saúde, mediante a contratualização, deve permitir, ademais, orientar os recursos disponíveis aos objetivos de saúde, premiar os prestadores eficientes e penalizar os ineficientes, vincular o financiamento das unidades aos pacientes atendidos e, finalmente, tornar o sistema (atividade, custos, produtividade etc.) mais transparente e permitir a adequada prestação de contas. A avaliação possibilitará dispor de novos *inputs* para iniciar o processo de planejamento.

FIGURA 9. **Ciclo contratual**



FONTE: CHC (2021).

O planejamento em saúde é um insumo estratégico para a compra de serviços.

FIGURA 10. **Processo de planejamento da contratualização no sistema de saúde**

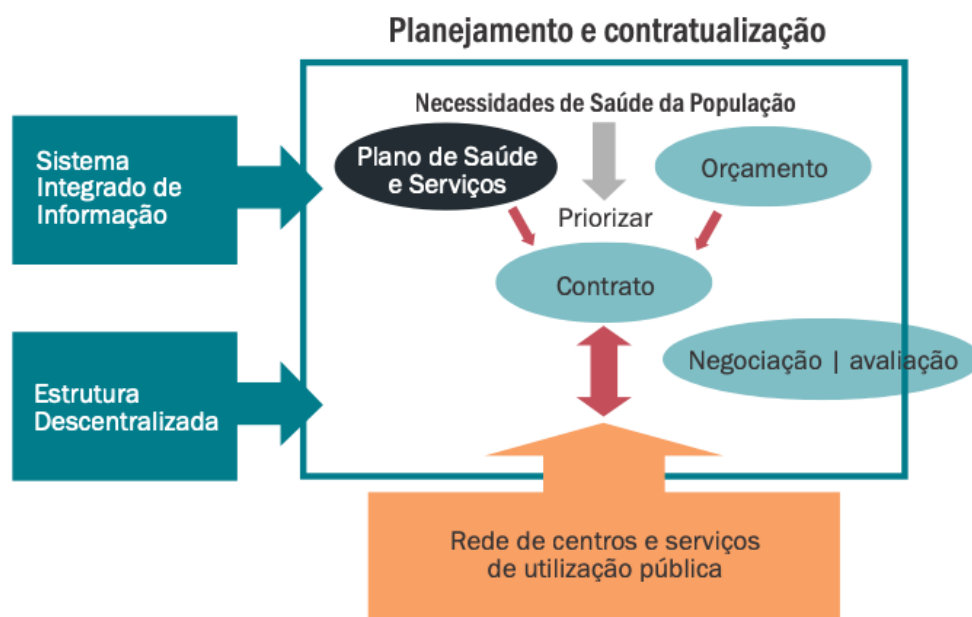


FONTE: CHC (2020a).

Conceitualmente, a contratualização visa dois objetivos principais:

- Melhorar os serviços correlacionando os planos e as prioridades com a destinação de recursos: por exemplo, transferir recursos às intervenções de maior custo/eficiência. Desse modo, o processo de contratualização serve para atingir os objetivos identificados no processo de planejamento.
- Melhorar o desempenho dos prestadores de serviços, visto que transfere o risco das decisões na gestão de recursos ao prestador de serviços, que deverá maximizar a eficiência técnica, melhorando os procedimentos internos, a coordenação com o restante da rede de prestadores de serviços do território e produzindo serviços com os níveis de qualidade comprometidos e com o menor custo possível.

FIGURA 11. **A inter-relação entre planejamento e contratualização**



FONTE: CHC (2020a).

IV.1.1.5. Mecanismos ou sistemas de pagamento

Os mecanismos ou sistemas de pagamento a prestadores de serviços ao SUS definem-se como instrumentos por meio dos quais o planejador/financiador transfere os recursos aos prestadores de serviços de saúde para obter determinados serviços de saúde eficientemente (quer dizer, obter um ótimo nível de qualidade a um custo razoável).

O sistema de pagamento de recursos a prestadores é um dos componentes mais importantes nas relações contratuais entre os distintos agentes do sistema de saúde (macrogestão, mesogestão e microgestão). A alocação de recursos se vislumbra como um instrumento para poder dirigir os incentivos do sistema na consecução das metas propostas e incentivar aos prestadores a conseguir estas.

A compra de serviços pode ser **retrospectiva** (quer dizer, *ex post*, o financiador paga todo o gasto do prestador) ou **prospectiva** (quer dizer, *ex ante*, o financiador negocia com o prestador previamente ao gasto parâmetros de atenção e qualidade ligados ao gasto previsto).

Os sistemas de compra de serviços podem ser, do ponto de vista assistencial, de diversos tipos, entre eles:

- **Pagamento por atividade:** essencialmente o financiador/comprador paga ao prestador por atividade realizada.
- **Pagamento por orçamento:** o financiador “pactua” um orçamento com o prestador de serviço, sendo que o prestador deve se ajustar a esse orçamento estipulado.
- **Pagamento per capita:** neste caso, o financiador paga ao prestador uma quantidade monetária relacionada com a população que o prestador deve atender para manter/melhorar o nível de saúde da população. Nesse sistema de pagamento, não se paga por paciente atendido, e sim por população coberta. Esse tipo de mecanismo pode ter diferentes sistemas de complexidade dependendo dos sistemas de informação; assim, pode-se fazer uma alocação capitada unicamente conhecendo o orçamento definido e os habitantes ou introduzir elementos moduladores como o nível de renda, a dispersão geográfica, a morbidade atendida etc.

O processo de contratualização necessita que se dimensionem adequadamente os recursos financeiros que estarão disponíveis para contratar os serviços de todos os prestadores das diferentes regiões. É importante que o montante designado à compra de serviços de saúde seja o mais estável possível e sujeito a poucas modificações. A compra de serviços de saúde estabelecerá compromissos financeiros com os prestadores – reunidos no contrato – de acordo com sua disponibilidade de recursos.

Essa mudança implica transformações na cultura de prestar contas, em que o prestador não recebe recursos pelo simples fato de existir, e sim

em função do que faz e do que se pede. Por outro lado, a contratualização pode supor um avanço na autonomia de gestão dado que um modelo prospectivo requer o desenvolvimento de capacidades de gerência por parte dos prestadores. Além disso, modifica o conceito de incentivo, já que premia a eficiência, e não uma tendência histórica de gasto.

IV.1.1.6. Sistemas de informação e mecanismos de avaliação

Os sistemas de informação neste processo de mudanças passam a ter um papel estratégico porque aportam dados, indicadores, informações que serão a base para a estruturação dos planos de saúde e serviços, para conhecer a oferta e a demanda de serviços, níveis de produtividade da capacidade instalada e margens de melhoria, estudo dos fluxos dos pacientes, avaliação dos contratos de serviços. Essa nova realidade comporta que os sistemas de informação são transversais a todos os processos de macrogestão, portanto, deverão evoluir até que se convertam em sistemas integrados que vinculem e relacionem as informações de produção e gasto, além de monitorar os resultados globais da estratégia de saúde.

Podem-se mencionar dois grandes blocos de informações a desenvolver: por um lado, os **processos de planejamento e contratualização de serviços** e, por outro, os processos de **avaliação da estratégia e do planejamento sanitário e resultado da compra**.

O processo de contratualização de serviços é dinâmico e requer uma retroalimentação contínua de informações que permita adaptar no tempo as respostas dos diferentes agentes envolvidos.

Os sistemas de informação, portanto, devem dar suporte a:

- **Avaliação dos acordos de gestão:** a contratação integra, para cada prestador, objetivos de produção de serviços, de qualidade e econômicos que devem ser avaliados ao longo do ano e cujos resultados devem ensejar ajustes na adaptação ou aplicação dos instrumentos. O controle por resultados e incentivos como nova forma de relação entre gestores e prestadores requer, dessa forma, um processo de avaliação capaz de valorizar o cumprimento destes, modular os fluxos financeiros e retroalimentar o sistema para garantir seu avanço e adaptação.

- **Avaliação da estratégia global de compra de serviços:** além de analisar os conteúdos operacionais dos acordos (contratos) de gestão, o comprador

deve, também, avaliar periodicamente sua estratégia global. As situações e os próprios sistemas de saúde são mutantes. É importante ter em conta que as estratégias de compra têm de integrar a dinâmica de mudanças externas e internas do sistema de saúde. O processo de avaliação, além do seguimento dos indicadores contratuais estabelecidos, supõe igualmente um exercício cultural e informativo em um ambiente de mudanças.

- **Avaliação do processo de planejamento:** a avaliação consiste na valorização crítica, sobre uma base mais objetiva possível, do grau com o qual a execução das intervenções tem conseguido atingir os objetivos formulados. O propósito é identificar os aspectos positivos e negativos do processo de implementação das intervenções e, simultaneamente, o impacto que a aplicação de determinadas decisões políticas tem sobre a área da saúde.

A finalidade da avaliação é, portanto, conhecer se foram atingidos os objetivos e obter informações sobre os elementos que possam ajudar a melhorar a aplicação e a efetividade das intervenções. Como processo, fecha o ciclo de ação planejada e alimenta um novo ciclo de planificação, sendo um elemento de referência de valor indiscutível para a formulação de novas propostas e/ou a manutenção ou modificação das atuais. Alinhada com a planificação, trata-se de uma avaliação para a ação.

No tocante à metodologia da avaliação, fundamenta-se na comparação dos indicadores de saúde selecionados e os valores que estes têm no momento de realização da avaliação. Ademais, a avaliação de uma intervenção pode fazer referência a qualquer um dos elementos que a integram: estrutura (recursos), processo (acessibilidade, adequação etc.) e resultado (efeito e impacto).

IV.2. PROPOSTA DE MELHORIA NA CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES NO SUS

Quando se fala em melhorar a remuneração dos serviços hospitalares, não está se referindo apenas a dar mais recursos financeiros aos hospitais; está se falando da complexa relação que deve existir entre financiador e prestador de serviço. O financiador é a entidade disposta a pagar para que o prestador de serviço de saúde possa gerar resultados hospitalares de acordo com o contrato entre os dois. Toda essa relação

deve ser baseada em um documento que defina quais são as regras que devem ser obedecidas pelas partes.

É preciso indicar uma série de medidas no nível estadual/municipal no que diz respeito às políticas de saúde antes de entrar nos aspectos de melhoria das contratações. Inicialmente, é fundamental saber quais são as estratégias de saúde do financiador. Ou seja, quais são os pilares de saúde sobre os quais se baseiam as políticas do país. Esse quadro estratégico deve ser baseado em cinco elementos.

- Devem-se desenvolver o **plano de saúde** e o PRI para saber quais são as necessidades da população. Para calcular essas necessidades de recursos, pode-se usar uma fórmula integrada por fatores demográficos, geográficos (áreas de superfície, dispersão, acessibilidade), mobilidade, nível de pobreza, que são os elementos que têm maior impacto na demanda de serviços. Ou seja, quais políticas teremos em saúde e onde as especificaremos fisicamente.

- Definir as **políticas de qualidade** para estabelecer os macropadrões ou normas de qualidade.

- Definir o **arcabouço financeiro** no qual todas as políticas de contratação devem se basear. O mecanismo para alocar recursos financeiros (alocação de recursos) deve permitir a transição de um modelo retrospectivo (orçamento baseado no histórico) para um modelo de alocação de recursos prospectivo que permite incentivos ou comportamento desejados, visando a resultados sanitários.

- Permitir, por meio do acompanhamento de um **sistema de informação** dos hospitais, saber quais as patologias tratadas, o nível de qualidade, a real aplicação das políticas de regulação, o que nos levaria, além de conhecer a capacidade e eficiência dos hospitais, a evitar situações de seleção adversa.

- Deve haver um **compromisso de todos os atores envolvidos** do sistema de saúde para poder implementar as mudanças que são propostas, incluindo toda uma série de incentivos para melhorar a gestão. Essa mudança cultural deve permitir a apropriação dos financiadores e dos prestadores, por meio de uma transmissão efetiva de conhecimentos sobre o modelo, para garantir o envolvimento dos profissionais e cumprir os objetivos de saúde, produção, eficiência e qualidade esperados.

IV.3. APRIMORAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO NAS SES

É necessário redimensionar e especializar equipes para o desenvolvimento das funções de **Regulação do Sistema** (regras do sistema de saúde que todos devem cumprir e vigiar que sejam cumpridas), de **Regulação do Acesso** (garantias que o sistema de saúde oferece aos cidadãos em termos de patologias de prioritária atenção, tempos que se garantiram para sua atenção; por exemplo, câncer, cateterismos vasculares, cataratas, próteses etc.), organização dos fluxos de complexidade (serviços de proximidade como atenção primária e serviços de concentração porque requerem volume, tecnologia e capacidades técnicas muito especializadas), **Regulação de Atenção à Saúde** com ênfase na contratualização dos cuidados de saúde e da **regulação interna dos hospitais** (gestão de leitos, bloco cirúrgico, equipamentos diagnósticos, consultas externas, etc.) que deve ser feita internamente por uma equipe adjunta ao diretor da unidade hospitalar.

As funções de regulação no SUS são muitas e complexas. Nesse sentido, propõe-se que as SES criem, dentro do seu organograma, uma **Área de Regulação** que contemple todos os componentes previstos na Política Nacional de Regulação.

Para poder aprimorar as condições da contratação, as SES deveriam contemplar o seguinte:

- A criação ou o aprimoramento da **Área de Regulação na SES** para atingir os objetivos definidos na portaria GM/MS nº 1.558/2008, conforme descrito acima.
- As **áreas de planejamento e orçamento** deveriam participar nas definições dos valores do contrato porque a contratação hospitalar, além de firmar um pacto (mais/menos complexo), considera diversos elementos orçamentários e financeiros.
- Definir dentro do organograma da SES uma **Área Responsável pela Organização das RAS** que estabeleceria o papel assistencial dos hospitais da RAS e teria como missão criar e formular as bases assistenciais da contratação de serviços de saúde.

A Portaria GM/MS nº 1.558/2008, da Política Nacional de Regulação do SUS, indica claramente, no art. 4º, que a contratação de serviços de saúde faz parte da área de regulação. Assim, sugere-se criar uma **unidade**

de contratação a nível estadual/municipal na Área de Regulação com a responsabilidade de desenvolver e unificar critérios sob a aplicação do ciclo contratual, compreendendo:

- A estratégia de compra depois de conhecer as políticas de saúde e a disponibilidade orçamentária e financeira.
- A negociação da compra e formalização do contrato com os prestadores de serviços.
- O monitoramento e a avaliação do contrato.

Essa **unidade de contratação** deve ser um espaço que centralize e elabore todos os contratos com os prestadores de serviços de saúde com as seguintes funções:

- Elaboração do modelo de contrato “padrão” para todos os hospitais.
- Concepção das diferentes formas de orçamentação/remuneração/pagamento de acordo com o tipo de prestador de serviço de saúde e de acordo as diretrizes estabelecidas pelas **áreas de Regulação, da Organização das RAS e a Área de Planejamento e Orçamento**.

• Construção dos diferentes modelos de contrato de acordo com o perfil assistencial de cada prestador de serviços de saúde: hospitais, AAE, serviços especializados (hemodiálises, reabilitação) etc.

- Aplicação do modelo de contrato a cada prestador de serviço.
- Elaboração e trâmite administrativo dos contratos no âmbito da SES.

A criação dessa **unidade de contratação permitiria:**

• Contratar hospitais (próprios da administração direta, próprios em parceria, privados sem fins lucrativos, privados com fins lucrativos) mediante um **padrão homogêneo de contratação**.

• Efetuar **negociação objetiva** baseada, além das dinâmicas históricas, nos parâmetros quantitativos dos objetivos assistenciais de saúde estabelecidos, mediante mecanismos de **regulação e planejamento**.

- Introduzir uma cultura de gestão sanitária baseada em **resultados**.
- Possibilitar uma série de melhorias dos **sistemas de informação**.

Trata-se de uma unidade muito específica e que precisa de conhecimento avançado do sistema de saúde, tanto no âmbito assistencial como econômico; assim, seria conveniente que as pessoas que vão integrar essa unidade tenham o seguinte perfil de competência: i) especialistas em economia da saúde; ii) especialistas em custos sanitários; iii) especialistas em gestão de serviços de saúde.

Essa unidade contratante deve ter estreita relação com a área responsável pela organização das RAS na SES que deverá orientar o conteúdo do contrato, principalmente, em relação ao perfil assistencial e ao papel do hospital na RAS, e responder a duas perguntas:

1. O que se deve contratar?
2. O que e como se deve avaliar no cumprimento do contrato?

Como resposta à primeira pergunta, deve-se dizer que, dependendo da rede contratada, os objetivos serão diferentes.

A **área responsável pela organização das RAS na SES** deve indicar que o contrato necessita ter duas partes:

- Uma parte de atividade;
- Uma parte ligada aos objetivos de saúde.

O planejamento de saúde deve ser aplicado no contrato, hospital por hospital; e, especificamente, indicar qual é a atividade esperada do hospital. As bases de dados para descobrir a atividade esperada devem ser:

- A atividade histórica, comparada com hospitais de nível semelhante e *mix* de casos (quando disponível), na qual devem ser levados em consideração: a capacidade instalada, a permanência média, a taxa de ocupação, as consultas realizadas, os atendimentos de emergências feitos, os exames diagnósticos.
- O papel assistencial do hospital na RAS definido pela SES que terá especificado qual é a área de abrangência territorial, levando em consideração o PRI.

O levantamento de necessidades assistenciais detectadas pela **área responsável na SES pela organização das RAS**.

Na parte relacionada com os objetivos de saúde, a SES deve ter uma área de avaliação dos resultados obtidos pelos hospitais, a qual deve fornecer *feedback* à **área responsável da organização das RAS** a fim de obter informações e resultados de saúde para poder aplicá-los em contratos futuros. Os objetivos a serem avaliados pela **área responsável da organização das RAS** seriam:

- **Objetivos assistenciais quantitativos:** atividade realizada *versus* contratada, ICM, taxa de ocupação atingida, emergências atendidas, emergências admitidas, consultas realizadas, exames de diagnóstico realizados. Tudo isso acompanhado de uma série de indicadores que relacionem o que foi feito em relação ao que foi contratado.

- **Objetivos da regulação de acesso:** pacientes da área de abrangência tratados no hospital, pacientes da área de abrangência tratados em outros hospitais, encaminhamentos do hospital para outros hospitais, pacientes de outras áreas de abrangência tratados no hospital; patologias tratadas e rejeitadas no hospital e o porquê. Em outros termos, conhecer os fluxos de usuários na rede assim como a capacidade de resolatividade de cada unidade.

- **Objetivos de qualidade:** indicadores relacionados com a segurança do paciente, taxas de mortalidade, taxas de readmissão, estudos de combinação de casos relativos a complicações/comorbidade de patologias específicas, taxas de infecções de cateter, número de quedas em pacientes internados. Análise das atas das comissões de controle de infecção hospitalar.

Todos os objetivos acordados devem ser avaliados com relação a, pelo menos, dois indicadores: i) os objetivos acordados *ex ante* no momento da assinatura do contrato, ii) a comparação com os resultados de outros hospitais do mesmo nível e/ou região.

A unidade de Regulação de Atenção à Saúde também deve estar relacionada com a área planejamento e orçamento da SES. O papel dessa Área deve ser:

- No caso de contratos com os hospitais próprios, da administração direta, é preciso identificar a totalidades de suas despesas bem como as diferentes fontes de financiamento de forma a ter uma visão global dos recursos dispendidos no orçamento.

Assim, a **Área de Planejamento e Orçamento da SES** deve unificar todas as informações das fontes financeiras que os hospitais próprios possuem para poder saber qual é o orçamento total destinado a cada hospital. Essa operação de conhecer as despesas e as diferentes fontes de financiamento é fundamental para poder desenvolver um verdadeiro sistema de contratação com hospitais próprios.

- No caso de contratos com hospitais filantrópicos ou com fins lucrativos, a **Área de Planejamento e Orçamento** com a **Área Responsável pela Organização das RAS** e a **Área de Regulação** devem atuar de forma sinérgica para determinar o volume de recursos orçamentários destinados à contratação de prestadores de serviços.

O contrato deve ser formalizado em um marco de negociação entre o gestor e os prestadores de serviços. A negociação não deve ser feita exclu-

sivamente pela visão do hospital a ser contratado, mas sim, principalmente, pelo ponto de vista da gestão.

O monitoramento dos resultados qualitativos por parte da área de responsável pelo acompanhamento da atividade e dos indicadores quantitativos mês a mês (ou trimestral/quadrimestralmente) deve ser feito conjuntamente pelas Áreas de **Planejamento e Orçamento**, da **Organização das RAS e Regulação** e, também, com os prestadores de serviços para conhecer a evolução das contratações.

A secretaria de saúde deve estabelecer uma estrutura em que as informações dos resultados esperados e obtidos possam ser centralizadas (resultantes dos contratos). A avaliação pode ser realizada pelas áreas de **Planejamento e Orçamento**, a **Área Responsável da Organização das RAS** e a **Área de Regulação**. Entretanto, a unidade contratante deve ter todas as informações globais para preparar as bases para os próximos contratos.

Para aprimorar ainda mais a contratação de serviços hospitalares no SUS, a SES deve ter um sistema de informação que sirva de suporte para a realização dos contratos e o monitoramento e avaliação destes. Assim como implementar as normativas federais relacionadas com o Conjunto Mínimo de Dados – CMD.

IV.4. A GESTÃO DO CONTRATO

Levando em consideração o que foi mencionado anteriormente, a criação e a operação de uma unidade contratante possibilitariam amenizar os déficits observados na gestão de contratos. Uma mudança na gestão do contrato poderia ser usada como incentivo para os hospitais, principalmente, por estimular mudanças organizacionais.

O contrato de prestação de serviços de saúde é uma ferramenta que o Gestor de saúde utiliza para poder especificar uma série de objetivos de saúde para o prestador de serviços, para que ele possa cumpri-los; e tudo isso por meio de um valor acordado entre os dois.

O contrato baseia-se na apresentação, pelo Gestor, dos objetivos de planejamento em saúde, regulação, atividade assistencial, financiamento e avaliação que considere necessários para que o Prestador realize a atividade para poder atingir esses objetivos.

IV.4.1. PROPOSTAS DE CONTRATOS PARA HOSPITAIS

Antes de falar do mecanismo de pagamento por atividade e dos objetivos nos hospitais, é preciso introduzir elementos que são importantes no momento que é elaborado o conteúdo do contrato. Nesse caso, está se falando na relação entre os hospitais e o seu papel assistencial na RAS.

A estruturação da RAS é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões/macrorregiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita.

Nesse sentido, os novos modelos de contrato estabelecidos devem contemplar o envolvimento do hospital com a RAS, trabalhando mais proximamente com outros pontos de atenção à saúde, movendo-se de um enfoque intraorganizacional para uma perspectiva sistêmica.

Os contratos devem:

a. Basear-se na legislação sanitária como marco jurídico referencial, observando questões como:

- » cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES;
- » cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde;
- » credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;
- » elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;
- » avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde.

b. Apresentar em seu conteúdo uma série de requisitos referentes ao atingimento de objetivos vinculado com as RAS que os hospitais devem incorporar como elemento de atenção à saúde desde um ponto de vista integral; entre eles:

- » População de abrangência dos hospitais (quais os municípios que serão atendidos, conforme pactuação entre os gestores).
- » Qual seu envolvimento com a APS (elaboração de plano de cuidado, informe de atendimento, atividades de educação permanente).

» Qual sua função na RAS em relação à Rede de Atenção às Urgências (porta de entrada aberta ou fechada, atendimento a trauma, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, entre outros).

» Qual sua função na RAS em relação à rede materno-infantil (atende urgência obstétrica, realiza partos normais, cesáreos, de risco habitual e/ou de alto risco).

» Quais outras atividades que realiza com atendimento regionalizado, como, por exemplo: terapia renal substitutiva, tratamento oncológico, tratamento cardiológico, cirurgias eletivas etc.

c. Ter seu modelo de remuneração/orçamentação apresentado em três partes:

- » Parte orçamentária.
- » Compra de atividade.
- » Compra de objetivos saúde.

Pode-se dizer que se transformaria o atual sistema de pagamento em três partes de acordo como o esquema abaixo:

SISTEMA DE PAGAMENTO ATUAL	PROPOSTA DE SISTEMA DE PAGAMENTO
Orçamento	Orçamento
Componente prefixado orçamentário	Orçamento
Componente prefixado incentivos	Objetivos saúde
Componente pós-fixado	Atividade

No caso de hospitais próprios da SES, deve-se conhecer a atividade total esperada. Atividades de: hospitalização (altas), consultas ambulatoriais, urgências e alta complexidade.

É preciso determinar o custo médio de cada uma das partes ligadas à atividade. No orçamento global, deve ser destinada uma porcentagem a cada atividade, a qual deve ser dividida nas quatro partes que conformaram a compra de atividade, como, por exemplo:

- A hospitalização: 50% da porcentagem dedicada à atividade.
- A consultas ambulatoriais: 15% da porcentagem dedicada à atividade.
- A urgências/emergências: 22% da porcentagem dedicada à atividade.
- A alta complexidade: 13% da porcentagem dedicada à atividade.

É preciso definir os custos médio de altas, consultas ambulatoriais e urgência/emergência.

Abaixo, descreve-se uma proposta de esquema de contratação de um hospital e suas partes.

Contratação de um hospital Hn:

Orçamento consolidado + realização de atividade + realização dos objetivos de saúde

Orçamento consolidado

É o somatório da quantidade pré-fixada mais aqueles incentivos pré-fixados do hospital.

Contratação de atividade

A proposta é a contratação da atividade que possa ser mensurável como *output* hospitalar. As atividades que podem ser mensuráveis seriam:

- Atividade de hospitalização.
- Atividade de consulta ambulatorial.
- Atividade de urgências/emergências.
- Atividade de outros *outputs* não integrados em alguns das três anteriores.

Como a compra de atividade será objeto de negociação, salienta-se que deve ser a SES, e não os hospitais, quem deve determinar a atividade a ser contratada.

- Atividade de hospitalização

A recomendação da consultoria do CHC é pagar por alta hospitalar: entendendo por alta hospitalar todo aquele paciente que ingressa no hospital. O pagamento por alta deveria incluir também a aqueles pacientes que são objeto de CMA.

Para poder pagar por alta, seria necessário:

- a. A unidade de contratação conhecer qual é o número de altas que a secretaria de saúde está disposta a comprar para cada hospital – considerando os elementos de planejamento e de gestão esperados (por exemplo, qual seria a ocupação esperada de cada hospital).
- b. Modificar o sistema de informação e coleta de dados da tabela unificada do SUS:

» Criando um CMBD-AH unívoco: um paciente só deve ter um registro na tabela unificada do SUS.

» Incorporando na coleta de dados da alta aqueles diagnósticos secundários (até 14 possíveis), comorbidades, complicações e outros dados relevantes para poder fazer um uso de qualidade da informação das altas hospitalares que se adeque a um sistema de classificação de pacientes baseada em isocusto.

» Introduzir um sistema de classificação de pacientes baseado em isocustos (DRG). Os sistemas de classificação tipo DRG têm sido instaurados em muitos países. Podem diferir em alguma característica, mas todos têm a qualidade de poder classificar aos pacientes homogeneamente.

O Brasil pode optar por um sistema de classificação próprio dada a sua magnitude territorial; porém, isso pode requerer um trabalho muito importante para conhecer os custos dos pacientes atendidos no país. O problema é que atingir custos próprios do país é difícil, pois requer tempo, dinheiro e um sistema de informação hospitalar muito sofisticado. Elaborar um sistema DRG próprio precisará de muito tempo. O importante a ser considerado é:

Nesse sistema de classificação baseado nos isocustos, é de máxima importância conhecer os pesos relativos do custo nas diferentes patologias atendidas.

Um paciente = um DRG e, portanto, um custo de patologia atendida que será determinada por um peso relativo de custo (PR).

A Consultoria do CHC sugeriu uma sequência de passos, em alguns cenários, para implantar um sistema de classificação de pacientes tipo DRG.

Deve-se mencionar que, considerando a magnitude do Brasil, o país deveria ter um sistema próprio de classificação de pacientes com isocusto. Com essa premissa, identificaram-se dois cenários para conseguir esta classificação:

O primeiro cenário: a vantagem de ter um sistema próprio de classificação de pacientes com os seus respectivos índices de custos e severidade é que os custos das patologias se referem àqueles do próprio país e não são referenciadas de outros países. É um cenário mais custoso e complexo. Criar um sistema DRG não é uma tarefa fácil, e precisa de um esforço multidisciplinar importante. Na sequência, apresentam-se os passos, na visão da consultoria,

imprescindíveis para criar um sistema DRG. Todavia, antes de iniciar os passos metodológicos, será preciso determinar uma série de hospitais-piloto que serão a base da tabulação. A confiabilidade dos custos por DRG depende do número de altas por diagnóstico e do seu custo. Esses hospitais escolhidos devem dispor de dois elementos fundamentais:

- Um volume importante de internações com casuística diversa de pacientes (hospitais com mais de 500 leitos).
- A possibilidade de instaurar, nesses hospitais, uma contabilidade de custos confiável para poder conhecer os custos por paciente.

A partir dessa escolha, os passos a seguir seriam:

a. Melhoria da codificação assistencial

Deveria se modificar a tabela de coleta dos dados. Deveriam ser incorporados os elementos que permitam conhecer o número de diagnósticos secundários, a comorbidade, as complicações e outros aspectos vinculados com uma melhoria na coleta dos dados.

Ensinar aos profissionais as melhoras técnicas na coleta dos dados para que possam ser aplicadas. Nesse processo, devem ser incluídos os médicos assistenciais (que deveram ajustar os diagnósticos com CID-10) e, também, os registradores e codificadores do hospital que devem revisar as altas (e, se for necessário, os prontuários clínicos) para atingir uma “exportação” correta dos dados assistenciais.

Modificar os sistemas informatizados de elaboração e coleta de informação para que seja uniforme em todos os hospitais-piloto.

b. Elaborar uma contabilidade de custos por paciente

Deve ser elaborado um manual de custos por paciente; nele, devem-se especificar os critérios de custo (por exemplo, custos totais) e de distribuição dos custos para poder atribuir custos por paciente. Esse manual deverá dispor de uma série de ferramentas auxiliares, como a elaboração de unidades relativas de valor dos centros de custos auxiliares, determinação de tempos cirúrgicos etc. Todos os hospitais-piloto devem seguir a mesma pauta de atribuir custos por paciente.

Aplicação do sistema de custeio nos hospitais-piloto, considerando que esses hospitais terão que realizar uma reengenharia de processos para poder dispor dos dados precisos e a criação de um sistema de informação para dispor de uma base de dados potente e confiável.

c. Análise estatística dos dados assistenciais e de custeio que permitam definir o algoritmo de classificação de usuários de acordo como o isocusto, considerando as variáveis importantes para sua elaboração (idade, sexo, comorbidade) e determinar a listagem de DRG com o peso relativo de custo para cada um dos DRG criados.

d. Aplicar o sistema DRG criado nos hospitais do plano-piloto para corroborar a correta elaboração do sistema. Com os ajustes que sejam necessários.

e. Implantar o modelo em todos os hospitais do país.

No segundo cenário: de curto prazo, que permitiria introduzir a cultura do DRG no país, não se pode eliminar nenhum dos conteúdos descritos anteriormente. Basicamente, consistiria em introduzir, nos hospitais-piloto no Brasil, uma classificação DRG que já tenha sido implantada em um outro país. As vantagens de introduzir um sistema DRG já elaborado são importantes: por um lado, permitirá modificar hábitos de comportamento de codificação; por outro, introduzir a cultura de “exportação” de dados de produto final em todo o país.

Nesse cenário, a sugestão da consultoria do CHC é optar por sistemas DRG que consideram a classificação de usuários contemplando outros aspectos além dos pesos relativos de custo que permitam conhecer o nível de severidade dos usuários atendidos.

Deve-se considerar que uma implantação homogênea nos hospitais faz com que a informação derivada dessa permita uma comparação dos centros em igualdade de condições nos sistemas de informação.

Para o segundo cenário, seriam os seguintes passos:

a. Melhoria da codificação assistencial. Deveria se modificar a tabela de coleta dos dados. Devem-se incorporar os elementos que permitam conhecer o número de diagnósticos secundários, a comorbidade, as complicações e, também, outros aspectos vinculados com a coleta dos dados de acordo com o sistema DRG escolhido.

Mostrar aos profissionais as melhorias incorporadas na coleta de dados para que possam aplicá-las. Nesse processo, devem-se incluir os médicos (que devem ajustar os diagnósticos com CID-10) e, também, os registradores e codificadores do hospital que devem revisar as altas (e, se for necessário, os prontuários clínicos) para atingir uma “exportação” correta dos dados assistenciais.

Modificar os sistemas informatizados de elaboração e coleta de dados para que seja uniforme em todos os hospitais-piloto.

b. “Exportação” de dados dos DRG mediante um sistema de informação competente.

c. Aplicação dos resultados da “exportação” como elementos de contratação, de planejamento, de gestão.

A recomendação da consultoria é, nesse momento, empregar um sistema de classificação DRG de outros países aplicados no Brasil. A vantagem de empregar um sistema de outros países é que permite criar e desenvolver uma cultura de introdução de dados, classificação, leitura e interpretação de resultados mais rapidamente.

Se a opção for introduzir um sistema DRG de outro país, a recomendação da consultoria é empregar sistemas que consideram a severidade dos pacientes e, também, o custo deles. Como foi mencionado, esta última opção é muito mais rápida que a opção do primeiro cenário, mas não supõe anular, em nenhum caso, a opção principal que seria a introdução de DRG próprios no Brasil.

A) Atividade de Hospitalização – Pagamento por Alta

A fórmula de pagamento por altas seria, até que possa concretizar a complexidade da casuística atendida, a seguinte:

Pagamento total da hospitalização = preço médio alta hospitalar³ * número de altas contratadas

No momento que se introduzam elementos de classificação, tipo DRG, é possível averiguar qual é a complexidade atendida de cada centro; assim, o sistema de pagamento das altas hospitalares seria:

Pagamento total da hospitalização = $\sum \text{altas} * \text{ICM do hospital} * \text{preço médio da alta hospitalar}$

Sendo ICM = Índice Case Mix: $\text{ICM} = \frac{\sum (\text{altas} * \text{PR})}{\sum \text{altas}}$

³ Determinaremos o preço médio da alta hospitalar assim:

$\text{PmAlta} = \frac{\text{Orçamento destinado a altas de todos os hospitais}}{\sum \text{altas esperadas de todos os hospitais}}$. O preço médio da alta hospitalar pode ser determinado para todos os hospitais ou bem daqueles hospitais do mesmo grupo que o hospital que vamos a tratar.

B) Atividade de consultas ambulatoriais

Para pagar por atividade de consultas ambulatoriais, deveria se conhecer o que se espera de consultas ambulatoriais a serem realizadas pelo hospital. Se não é conhecida, a recomendação é iniciar um sistema de pagamento que reconheça a atividade realizada:

Pagamento de consultas ambulatoriais = número de consultas realizadas * preço médio da consulta

Devem-se reconsiderar os sistemas de informação de consultas ambulatoriais para que sejam mais confiáveis e ofereçam uma imagem fiel da realidade. Com isso, necessitam ser identificadas aquelas que seriam as primeiras consultas, aquelas que seriam consultas sucessivas, aquelas que seriam consequência das ações de referência e contrarreferência dentro das políticas de regulação etc.

C) Atividade de urgências

Do mesmo modo que acontece com o sistema de pagamento de consultas ambulatoriais, deveria se conhecer o número de urgências esperadas por hospital. A fórmula de pagamento pode ser a seguinte:

Pagamento de urgências = número de urgências realizadas * preço médio da urgência.

D) Pagamento por exames (SADT) e serviços especializados

Neste caso, deve-se determinar de que exame/terapêutica se trata e averiguar os seus custos. Nessa parte, estão incluídos:

- » Aqueles exames específicos e de maior custo que precisam de um monitoramento específico.

- » Aquelas terapêuticas específicas, como, por exemplo: a dialise renal crônica, a radioterapia em suas distintas complexidades, a reabilitação etc.

- » Novas terapêuticas integrais que implicam um pagamento por processo integral; por exemplo: tratamento cirúrgico da epilepsia, tratamento cirúrgico do Parkinson.

- » Aquelas inovações validadas para se integrar na carteira de serviços, porém, que precisam ser avaliadas antes de passar à compra de atividade em geral, como, por exemplo: intervenções neurorradiológicas complexas.

Todas elas deveriam ser pagas por caso e custo de cada uma.

E) Objetivos de Saúde/ resultados sanitários

Dentro dessa parte da contratação, devem ser introduzidos os objetivos relativos à melhora quantiquantitativa que queremos obter por meio dos resultados do contrato. Tais como:

Objetivos assistenciais quantitativos: atividade realizada *versus* contratada, ICM, taxa de ocupação atingida, emergências atendidas, emergências admitidas, consultas realizadas, exames de diagnóstico realizados. Tudo isso acompanhado de uma série de indicadores que relacionem o que foi feito em relação ao que foi contratado.

Objetivos da regulação de acesso: pacientes da área de abrangência tratados no hospital, pacientes da área de abrangência tratados em outros hospitais, encaminhamentos do hospital para outros hospitais, pacientes de outras áreas de abrangência tratados no hospital; patologias tratadas e rejeitadas no hospital e o porquê. Acesso com classificação de risco, tempo de espera na urgência e emergência. Primeiras consultas e consultas sequenciais disponibilizadas e agendadas.

Objetivos de qualidade: indicadores relacionados com a segurança do paciente, taxas de mortalidade, taxas de readmissão, estudos de combinação de casos relacionados a complicações/comorbidade de patologias específicas, taxas de infecções hospitalares, taxa de utilização de cateter venoso central, número de quedas em pacientes internados. taxas de reingresso pela mesma patologia, análise das atas das comissões de controle de infecção hospitalar, e outros indicadores relacionados com os serviços especializados do hospital.

Objetivos de rendimento hospitalar: taxa de mortalidade geral hospitalar, taxa de mortalidade institucional, taxa de cesáreas, taxa de parto normal, taxa de mortalidade materna hospitalar, taxa de mortalidade pós-operatória, taxa de mortalidade por anestesia, média de permanência em leitos clínicos, cirúrgicos e de UTI, percentual de partos de alto risco realizados na região de saúde, percentual de partos de baixo risco realizados na região de saúde e outros indicadores relacionados aos serviços especializados do hospital.

Os parâmetros dos indicadores, assim como a ponderação deles, em relação ao total da parte variável, devem ser determinados por cada SES considerando as suas prioridades nos aspectos de regulação, qualidade e objetivos de saúde a serem atingidos.

Essa proposta apresentada não significa que deva ser estabelecida em todos os hospitais de forma homogênea, na medida em que essa contratação dependeria de quatro fatores:

1. A vontade política na implementação das mudanças na forma de contratação e pagamento.
2. A capacidade real de contratação/monitoramento/avaliação dos contratos por parte das secretarias de saúde.
3. O grau de maturidade na relação gestor/prestador de serviço.
4. O grau de maturidade do sistema de informação disponível.

A proposta da consultoria seria a possibilidade de introduzir contratos com maior ou menor grau de complexidade:

- Em um momento atual, contratos baseados em **orçamento e objetivos de saúde**.

- Em um **nível avançado**, após introdução de sistema de classificação de pacientes e custos, inserir elementos de **contratação de atividade aos contratos de orçamento e objetivos de saúde**.

- **Contratação dos hospitais próprios**

Elaborar um **contrato programa** com os parâmetros pactuados no qual deve constar o orçamento total dividido em:

- » Orçamento fixo do hospital (% do total orçamentado).
- » Contratação de atividade (% do total orçamentado), observado o exposto acima.
- » Contratação de objetivos de saúde (% do total orçamentado).
- » Mecanismos de controle e seguimento da execução do contrato.

- **Contratação dos hospitais filantrópicos**

A contratação destes hospitais deve manter o modelo que foi descrito para os hospitais próprios. Nesse caso, seriam contratadas:

- » Compra de atividade.
- » Compra de objetivos saúde.

A proposta da consultoria do CHC é que a contratação de atividade de internamento seja realizada inicialmente considerando uma classificação de DRG com um valor alta pactuado e modulado por um ICM (como foi indicado anteriormente).

A consultoria do CHC entende não ser necessário passar por um período inicial de pagamento orçamentário porque esses hospitais têm contratada uma atividade e objetivos de saúde.

Evidentemente, seria empregado o mesmo sistema de controle e avaliação da atividade e os objetivos pactuados mediante a correspondente comissão de acompanhamento e avaliação do contrato prevista na portaria GM/MS nº 3.410/2013.

- **Contratação de hospitais privados com fins lucrativos**

A forma de contratação desses hospitais está descrita na Portaria GM/MS nº 3.410/2013. Assim, a contratação com esses hospitais tem caráter complementar em relação à atividade do sistema público de saúde. A consultoria do CHC entende que se deveria seguir pagando por aquela atividade que o SUS precise, com valores ajustados aos custos das patologias a serem contratadas. No caso em que se contratasse uma atividade global assistencial, a recomendação seria que a atividade seja monitorada, mediante índices de complexidade atendida, para evitar situações anômalas como a seleção adversa e as internações inapropriadas. A contratação da atividade deverá vir acompanhada de exigências de qualidade assistencial que a unidade de contratação terá que monitorar conjuntamente com o desenvolvimento/realização da atividade contratada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todo o avanço do SUS ao longo de mais de 30 anos, as áreas de Regulação da Atenção à Saúde e contratualização de serviços de saúde ainda têm muito a avançar. Espera-se que esta publicação auxilie os gestores e as equipes gestoras do SUS no que diz respeito à organização da Regulação da Atenção à Saúde nas SES, considerando-se que o componente da regulação que se tornou preponderante na organização institucional das SES foi a Regulação do acesso aos serviços de saúde. A Contratualização de serviços de saúde, que é parte da Regulação da atenção à saúde, avançou muito na contratação dos hospitais filantrópicos, mas ainda tem um longo caminho a percorrer na contratação dos serviços hospitalares de administração direta e nos demais serviços de saúde, como ambulatórios, laboratórios, clínicas que ofertam serviços de apoio e diagnóstico. Na contratualização dos hospitais próprios, seja por administração direta ou por alternativas de gerenciamento, espera-se que se possa estabelecer uma relação contratual que inove na modalidade de pagamento, por meio da contratação de objetivos

de saúde e de um acompanhamento e monitoramento dos contratos de forma que atenda às necessidades de saúde da população usuária do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 148, n. 123, p. 1, 29 jun. 2011a.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 149, n. 11, p. 1, 16 jan. 2012a.

BRASIL. Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015. Altera a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, “que estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 152, n. 239, p. 2, 2015a.

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. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 128, n. 182, p. 1, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 128, n. 182, p. 25694, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.286, de 26 de outubro de 1993. Dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços entre o Estado, o Distrito Federal e o Município e pessoas naturais e pessoas jurídicas de direito privado de fins lucrativos ou filantrópicas participantes, complementarmente, do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 131, n. 209, p. 16475, 3 nov 1993a.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 136, n. 92, p. 8, 18 maio 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 154, n. 159, p. 96, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 155, n. 58, p. 135, 26 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 154, n. 190 supl., p. 1, 3 out. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.863, de 20 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 140, n. 193, p. 56, 6 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.571, de 29 de junho de 2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação ou implementação de Complexos Reguladores. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 144, n. 125, p. 51-52, 2 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 145, n. 148, p. 48-49, 4 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 147, n. 94, p. 34, 19 maio 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 148, n. 130, p. 69-70, 8 jul. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.792, de 22 de agosto de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 149, n. 164, p. 29-30, 23 ago. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 160, de 27 de janeiro de 2022. Concede reajuste nos valores dos procedimentos de Diária de Unidade de Terapia Intensiva. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 160, n. 20, p. 126, 28 jan. 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 134, n. 216, p. 22932-22940, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 139, n. 219, p. 32-54, 12 nov. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 141, n. 242, p. 76-77, 17 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.035, de 17 de setembro de 2013. Estabelece novas regras para cálculo do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 150, n. 181, p. 94, 18 set. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 220, de 27 de janeiro de 2022. Habilita, com pendência, leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI Adulto e Pediátrico Tipo II e estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC a Estados e Municípios. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 160, n. 25, p. 57-67, 4 fev. 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 150, n. 253, p. 54-56, 31 dez. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no SUS. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 151, n. 2, p. 21-23, 3 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano, n. 40, p. 52-68, 28 fev. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes

Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 143, n. 39, p. 43-51, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, ano 147, n. 251, p. 88-93, 31 dez. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 131, n. 96, p. 6961-6965, 24 maio 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 571, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 138, n. 110-E, p. 4-6, 8 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 20-E, p. 23-31, 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores.** – 2.ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planejamento estratégico das secretarias estaduais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Descritivo sobre os incentivos financeiros permanentes de custeio do bloco MAC e incrementos relacionados à produção de procedimentos de média e alta complexidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso Básico de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de orientações para contratação de serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **CONASS Debate** – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2016. (CONASS Debate, 6)

CONSÓRCIO DE SAÚDE E SOCIAL DA CATALUNYA. Consultoria e Gestão-CHC. **Documento Técnico nº 2**, apresentado na parceria com o CONASS: Análise e Descrição da Atual Forma de Remuneração de Serviços Hospitalares no SUS. Brasília: CONASS, 2020a.

CONSÓRCIO DE SAÚDE E SOCIAL DA CATALUNYA. Consultoria e Gestão-CHC. **Documento Técnico nº 3**, apresentado na parceria com o CONASS: Análise e Descrição dos Atuais Sistemas de Pagamento de Serviços Hospitalares Utilizados na Catalunha e em Portugal. Brasília: CONASS, 2020b.

CONSÓRCIO DE SAÚDE E SOCIAL DA CATALUNYA. Consultoria e Gestão-CHC. **Documento Técnico nº 4**, apresentado na parceria com o CONASS: Proposta elaborada pelo CHC, em conjunto com a área técnica do CONASS, de Nova Forma de Remuneração dos Serviços Hospitalares do SUS. Brasília: CONASS, 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Values, norms and the reform of health care systems. In: SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J.; SAKELLARIDES, C. **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open University Press, 1998.

ESPANHA. **Constitución Española**, 1978. Publicado em Boletín Oficial del Estado no. 311 de 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 e 29424, www.boe.es/biblioteca_juridica.

ESPANHA. **Ley no. 14 de 25 abril de 1986 General de Sanidade**. Boletín Oficial del Estado, <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

FELICIELLO, D.; VILLALBA, J. P. (org.). **Regulação em Saúde no SUS**: Experiência de uma Região de Saúde – Região Metropolitana de Campinas em São Paulo. Campinas-SP: UNICAMP/NEEP/AGEMCAP, 2016.

FRANCESCO, J. M. *et al.* **La gobernanza de las redes integradas de salud (RISS)**: contextos, modelos y actores en América Latina. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2012.

LOMAS, J.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Regulating limits to medicine: towards harmony in public and self-regulation. In: EVANS, R. G.; MORRIS, L. B.; MARMOR, T. R. (ed.). **Why are some people healthy and others not?** The determinants of health of population. New York: Aldine de Gruyter, 1994.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária no SUS**: avanços e ameaças. Brasília, DF: CONASS, 2021. (CONASS Documenta v. 38)

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (org.). **A Política de Regulação do Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde)

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZUI, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A Regulação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012.

Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS

Conass Documenta

2022 – CONASS DOCUMENTA 40

Ciclos de Melhorias na Atenção Primária à Saúde

2021 – CONASS DOCUMENTA 39

Contribuições para a Avaliação da Efetividade da Planificação da Atenção à Saúde

2021 – CONASS DOCUMENTA 38

A Atenção Primária à Saúde no SUS: Avanços e Ameaças

2021 – CONASS DOCUMENTA 37

Pesquisa Multicêntrica Sobre Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos

2020 – CONASS DOCUMENTA 36

Estudos sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil 2008 a 2019: uma Revisão de Escopo

2020 – CONASS DOCUMENTA 35

As Escolas Estaduais de Saúde Pública: contribuições pedagógicas e político-institucionais para o SUS

2020 – CONASS DOCUMENTA 34

Aprimoramento da Gestão de Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023

2020 – CONASS DOCUMENTA 33

Guia de Contratação de Serviços e Aquisição de Soluções em Tecnologia da Informação para a Gestão Estadual do SUS

2019 – CONASS DOCUMENTA 32

Os desafios da Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil

2018 – CONASS DOCUMENTA 31

Planificação da Atenção à Saúde: Um Instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde

2018 – CONASS DOCUMENTA 30

O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS: ênfase na Educação Permanente em Saúde

2015 – CONASS DOCUMENTA 29

2º Levantamento da Organização, Estrutura e Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde

2015 – CONASS DOCUMENTA 28

Rede de Atenção às Urgências e Emergências:
Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

2013 – CONASS DOCUMENTA 27

Seminário Internacional
Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social

2013 – CONASS DOCUMENTA 26

A Lei n.141/2012 e os Fundos de Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 25

1ª Mostra Nacional de Experiências: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 24

Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

2011 – CONASS DOCUMENTA 23

Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS

2011 – CONASS DOCUMENTA 22

Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

2010 – CONASS DOCUMENTA 21

As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

2010 – CONASS DOCUMENTA 20

O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19

O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18

As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17

Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16

Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15

Violência: Uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14

Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

2007 – CONASS DOCUMENTA 13

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007

2006 – CONASS DOCUMENTA 12

Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil

2006 – CONASS DOCUMENTA 11

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

2005 – CONASS DOCUMENTA 10

I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

2005 – CONASS DOCUMENTA 9

I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

2005 – CONASS DOCUMENTA 8

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

2004 – CONASS DOCUMENTA 7

Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

2004 – CONASS DOCUMENTA 6

Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 5

Assistência Farmacêutica: Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 4

Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 3

Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 2

Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

2004 – CONASS DOCUMENTA 1

Estruturação da Área de Recursos Humanos nas
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

A ideia, ao se reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta*, está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que além de não possuir uma periodicidade definida, aborda uma diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o Programa Progestores se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública por meio do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas a fim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares, o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca, e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita um melhor contraste e fidelidade de cor.
