

[Digite texto]

**CONASS** | **progestores**

---

**NOTA TÉCNICA**

**24 | 2013**

---



# **Política Nacional de Atenção Hospitalar**

**Atualizada em 24 de setembro de 2012**

## INTRODUÇÃO

Em outubro de 2012 teve início a discussão da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) desencadeada pelo Ministério da Saúde (MS) na reunião do GT de Atenção à Saúde da CIT e pela a publicação, em novembro do mesmo ano, das consultas públicas nº19 e n.º 20, sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP e sobre a Contratualização Hospitalar, respectivamente.

Para discutir o tema junto às Secretarias Estaduais de Saúde, o CONASS elaborou um caderno de dados sobre a situação hospitalar em estados e regiões, e realizou 03 Oficinas de Trabalho sobre o tema, além de pautar este tema em discussão nas reuniões ordinárias de Câmara Técnica de Atenção à Saúde e nas Assembleias de Secretários. Vários estados e expertos colaboraram ativamente para o aprofundamento desta discussão, através de apresentações de seus processos regionais e elaboração de pareceres sobre o tema.

Esta Nota Técnica tem como objetivo apresentar o produto das discussões e o resultado do trabalho das reuniões do GT de Atenção CIT e apresentar aos gestores as minutas de portaria:

- I - que **“institui a Política de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS”**, estabelecendo as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar na RAS;
- II – que “estabelece as diretrizes para a Contratualização de Hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, em consonância com a Política Nacional de atenção Hospitalar”.
- III – que “estabelece requisitos e formas de repasse do Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IQGH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.
- IV – o informe do processo de pactuação sobre a portaria relativa aos Hospitais de Pequeno Porte.

## CONTEXTUALIZAÇÃO

A Instituição Hospitalar do século XXI, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000), é caracterizada como uma Instituição complexa, com a presença de diversos pontos de atenção, voltada para o manejo de eventos agudos com

incorporação tecnológica compatível com a sua atuação, eficiente, eficaz, dotado de ambiência física compatível com suas funções e acolhedora para seus usuários.

A portaria nº 4.279 GM/MS, de 30/12/2010, ao estabelecer diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde expôs o cenário de fragmentação de serviços e outros, e continua atual em sua análise dos desafios existentes a serem superados para o estabelecimento de uma Política de Atenção, no caso em tela, do componente Hospitalar, tendo em vista a implementação da rede de Atenção à Saúde. De acordo com a citada portaria observa-se como principais desafios:

- “lacunas assistenciais importantes”
- “financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde”.
- “configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas”
- “fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública”
- “pulverização dos serviços nos municípios”

Além destes, dadas as especificidades da Atenção Hospitalar, acrescentamos:

- Perfil Tecno-Assistencial
- Alocação Desigual Inter-Regional
- Complexidade Administrativa-Gerencial
- Ambiência Hospitalar
- Educação Permanente e Formação

Para análise da situação atual da atenção hospitalar no SUS o Ministério da Saúde enviou ao GT Atenção da CIT a 1ª versão de diagnóstico da rede hospitalar no Brasil em 25 de junho de 2013. A competência dos dados é relativa a janeiro de 2013. A 2ª versão nos foi encaminhada em 16 de setembro de 2013.

O Conass, a partir de novembro de 2012, iniciou levantamentos da rede hospitalar. O primeiro trabalho teve como competência o mês de setembro de 2012. Durante em maio de 2013, o Conass elaborou “Cadernos de Dados sobre Rede Hospitalar” trabalhou com os dados consolidados referentes ao ano de 2012. Estes dados estão mais desagregados por estado e região do que os apresentados pelo MS.

- Os dados apresentados pelo MS contêm informações sobre os montantes financeiros relativos aos diversos incentivos financeiros hoje praticados.
- Ao nosso entendimento, smj, as diferenças quantitativas existentes entre os dois trabalhos técnicos, não possuem significância estatística, uma vez que se tratam de duas bases de dados, a do sistema CNES e do SIHSUS e SIASUS.
- Este caderno foi distribuído secretários durante a 6ª assembleia do Conass, em 24/07/2013.

É inegável a importância do tema, principalmente após a pactuação e publicação das Portarias que instituíram as diretrizes de RAS, a PNAB e outras. É imperativa a necessidade de normalização deste componente, readequando seu papel frente as necessidades da RAS, a fim de qualificar a assistência oferecida e garantir a eficiência dos recursos alocados.

Esta Nota Técnica não tem como finalidade a análise do conjunto de dados disponíveis (disponibilizados aos secretários na Assembleia de julho de 2013), posto que se tornaria extensa e comprometeria seu objetivo. Apenas, a título de subsídio, serão citados alguns dados nacionais.

Segundo o MS, estiveram cadastrados no CNES 7.219 hospitais, sendo 50,09% privado e 77,91% públicos. Do total de 5.624 hospitais estão vinculados ao SUS, 2.904 (51,64) são públicos, 1.780 (31,65%) filantrópicos e 940 (16,72%) são privados correspondendo a 2.720 hospitais municipais, 594 hospitais estaduais, 68 hospitais federais e 2.720 hospitais privados (englobando os de caráter filantrópico).

Em 2012, foram produzidas 11.303.688 Autorizações de Internação Hospitalar – AIH, ao valor médio de R\$1.022,22, representando R\$11.554.833.845,59. Ao se desagregar por região e/ou estado, observa-se que o “valor médio da AIH varia

bastante, ficando Norte e Nordeste com os menores valores aprovados e o Sul e Sudestes com os maiores valores aprovados” (MS).

Destacamos que, de acordo com os dados levantados pelo Conass para 2012, existiam 3.314 hospitais com até 50 leitos, sendo 1.621 municipais, 167 estaduais, 7 federais e 1.519 privados.

Em 2012, em média foram ofertados 314.109 leitos (excluídos os complementares) ao SUS, e 18.123 leitos de UTI/CTI, importando uma relação nacional de 5,8%. Mais uma vez, apontamos que entre regiões, esta proporção varia de 3,0% (região norte) a 7,3% (região sudeste).

A fim de contribuir para a discussão tripartite sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar e com base no produto das oficinas e discussões já relatadas, o Conass, apresentou propostas em todos os seus capítulos da PNHOSP. Abaixo pontamos as mais relevantes:

- A PNHOSP deverá refletir as diretrizes nacionais para a mudança do quadro atual de distribuição, composição, financiamento, formação e gestão da força de trabalho e gerenciamento do setor hospitalar;
- A PNHOSP compreendida como instrumento de diretrizes para a Atenção Hospitalar, deverá se abster de definições de cunho operacionais que são próprias de pactuação gestor a gestor e que responde a determinadas circunstâncias de determinado estado e/ou região, dada as diversidades existentes no país;
- Os fundamentos desta mudança serão observados a partir da implementação da Rede de Atenção à Saúde loco-regional, com definição clara do papel deste componente frente aos demais pontos de Atenção, garantindo que a Atenção Primária em Saúde seja a coordenadora e articuladora do cuidado;
- O desenho da RAS buscará garantir que os princípios de equidade, acesso, escala e qualidade sejam observados. Este processo implica na qualificação dos leitos existentes (ampliação dos percentuais de leitos de UTI) bem com o financiamento estável para custeio (inclusive manutenção) e investimentos necessários, sejam para ampliação do número de leitos existentes, sejam na

transformação dos atuais pontos de atenção para outras finalidades assistenciais;

- Onde houver conflito nos pressupostos de acesso/qualidade versus escala, será garantido o acesso com qualidade as Unidades Hospitalares. Regiões com baixa densidade demográfica, de difícil acesso e grandes extensões territoriais deverão ter projetos adequados de modelo assistencial, gestão, financiamento e provimento de recursos humanos;
- A PNHOSP deve apontar mudanças nos mecanismos de custeio da atenção hospitalar, a fim de romper o binômio “tabela de procedimentos e incentivos”;
- A PNHOSP deve apontar a mudanças na gestão/gerência do setor hospitalar, na qualificação de seus dirigentes, na utilização de sistemas gerenciais adequada, na busca de autonomia gerencial pactuada através de metas quali-quantitativas e baseada nos fundamentos legais existentes.

## **DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR**

A minuta de portaria ora apresentada é resultado do trabalho das reuniões do GT de Atenção CIT e tem como finalidade “instituir A Política de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar na RAS”.

O documento está organizado da seguinte forma:

- **Capítulo I: Objetivos e Eixos Estruturantes:** estabelece os 06 eixos estruturantes, a saber: Assistência Hospitalar, Gestão para ampliação do acesso e qualidade na atenção hospitalar, Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho, Financiamento, Contratualização e Responsabilidades de cada Esferas de Gestão, conceitua Hospital e seu papel na Rede de Atenção à Saúde. Composta de 02 artigos;
- **Capítulo II: Dos Princípios e Diretrizes da Atenção Hospitalar:** composta de 01 artigo, com XIV incisos, dispõe sobre itens da garantia da universalidade, da regionalização, continuidade do cuidado, modelo de atenção centrado no usuário, acesso regulado, atenção humanizada, gestão

de tecnologia, qualidade da atenção, efetividade dos serviços, financiamento tripartite, garantia da atenção à saúde indígena, transparência e eficiência dos serviços, participação social e monitoramento e avaliação da Política de Atenção Hospitalar;

- **Capítulo III: Eixo I Assistência Hospitalar:** composto de 09 artigos dispõe sobre os pressupostos de modelo e organização assistencial, a consonância com as diretrizes da RENASES, o indicativo da implantação do Núcleo Interno de Regulação ou o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, a auditoria hospitalar no período mínimo a cada dois anos, a alta hospitalar responsável e as responsabilidades da equipe assistencial e outros dispositivos já expressos na Política Nacional de Humanização;
- **Capítulo IV: Eixo II Da Gestão Hospitalar:** composto de 07 artigos, dispõe dos compromissos da gestão Hospitalar frente a RAS, da responsabilidade do gestor com regulação preferencialmente através das centrais de regulação, da disponibilização das ações e serviços, de possibilidades de adoção de ferramentas para gestão: Plano Diretor, Contrato Interno de Gestão, dispositivos de Avaliação Interna (gestão participativa e democrática, ouvidoria e pesquisa de satisfação dos usuários), ambiência necessária, registro e dos Sistemas de Informação, profissionalização da administração, investimentos e integração com os demais pontos de atenção da RAS
- **Capítulo V: Eixo III Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho:** composto de 03 artigos dispõe que todos os Hospitais se constituem em campos de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica sem saúde, em consonância com as necessidades da RAS, da possibilidade de certificação como Hospital de Ensino, as estratégias de valorização dos trabalhadores e a importância da Gestão da Força de Trabalho direcionada para aperfeiçoar *“mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais...”*
- **Capítulo VI: Eixo IV Financiamento:** composto de 02 artigos, dispõe que o **financiamento deverá ser “efetivado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do**

**SUS**". Tem como *uma "das bases a sustentabilidade...considerando a sua população de referência, o território de atuação, a missão e o papel desempenhado na RAS, pactuados regionalmente"*; **"todos os recursos que compõe o custeio das ações e serviços para a atenção hospitalar no SUS deverão constar de um único instrumento legal de Contratualização, mediado pelo cumprimento de metas qualitativas de assistência, gestão, ensino/pesquisa"**. Explicita que regiões *"com populações dispersas e rarefeitas em grandes extensões territoriais como a Amazônia Legal, deverão ter mecanismos de financiamento que considerem especificidades regionais"*. Os recursos de investimento deverão considerar critérios de ampliação da capacidade instalada, renovação do parque tecnológico e inovações de tecnologias e seguirá os seguintes critérios de priorização: estar em consonância com as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde (Federal, Estadual e Municipal), contemplar a implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e programas prioritários do SUS bem como a priorização das regiões remotas com grandes vazios assistenciais.

- **Capítulo VII: Eixo V Contratualização:** composto de 03 artigos, dispõe sobre a formalização da relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS através de instrumento legal de Contratualização e seu conceito, estabelece suas finalidades e os critérios de priorização dos estabelecimentos: Hospitais Públicos, Hospitais de Direito Privado sem fins lucrativos 100% SUS, Hospitais de Direito Privado sem fins lucrativos que prestam o mínimo de 60% dos seus serviços ao SUS, Hospitais Privados sem fins lucrativos e Hospitais Privados com fins lucrativos.
- **Capítulo VIII: Eixo VI Das Responsabilidades de Cada Esfera de Gestão:** composto de 01 artigo, estabelece as competências do
  - **Ministério da Saúde:** composta de 14 incisos estabelece as suas competências: definir, implementar, monitorar, avaliar a PNHOSP, estabelecer no PNS as metas e prioridades da atenção hospitalar, *co-financiar a atenção hospitalar de forma tripartite, definir, monitorar e*



*avaliar a Contratualização, estabelecer as diretrizes nacionais para educação permanente na atenção hospitalar, o fomento a gestão de tecnologias em saúde, e outras;*

- **Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal:** composta de 11 incisos estabelece: coordenar a implantação, monitoramento e avaliação da PNHOSP de forma pactuada e integrada na CIB e CIR, estabelecer no PES metas e prioridades da atenção hospitalar em seu território, o desenho de rede da Atenção com definição dos pontos de atenção hospitalar, suas atribuições, de forma pactuada com os municípios, ***co-financiar a atenção hospitalar, de forma tripartite, estabelecer a Contratualização dos hospitais sob sua gestão, com respectivo monitoramento e avaliação das metas pactuadas,*** organizar, executar e/ou gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência e outras;
- **Secretarias Municipais de Saúde e Distrito Federal:** composta de 11 incisos estabelece: coordenar a implantação, execução, monitoramento e avaliação da PNHOSP de forma pactuada e integrada na CIB e CIR, estabelecer no PMS as metas e prioridades da PNHOSP, metas e prioridades da atenção hospitalar em seu território, o desenho de rede da Atenção com definição dos pontos de atenção hospitalar, suas atribuições, de forma pactuada com o estado, ***co-financiar a atenção hospitalar, de forma tripartite, estabelecer a Contratualização dos hospitais sob sua gestão, com respectivo monitoramento e avaliação das metas pactuadas,*** organizar, executar e gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência e outras.
- **Capítulo IX: Das Disposições Transitórias:** composta de 02 artigos prevê a implantação gradual desta PNHOSP, a partir das novas contratualizações, com prioridade para os Hospitais que fazem parte das Redes Temáticas de atenção à Saúde e Programas prioritários do SUS e a criação, através da SAS, de Comitê Gestor da Atenção Hospitalar, de composição tripartite, com a finalidade de aprofundar “as discussões para o aprimoramento de seus

eixos estruturantes” a “**reformulação do modelo de financiamento da Atenção Hospitalar no SUS**”.

- **Capítulo X: Das disposições Finais:** composto de 06 artigos dispõe: os Hospitais certificados como de Excelência deverão cumprir esta PNHOSP, o processo de regulamentação da Contratualização terá suas regras definidas em portaria específica bem como os Hospitais abaixo de 50 (cinquenta leitos), a publicação de manuais e guias com o detalhamento operacional e orientações específicas a ser elaborado pela secretaria de Atenção à Saúde – SAS, a revogação da portaria 2.224, de 05/12/2002.

## CONSIDERAÇÕES DA PROPOSTA

- I. A atual proposta de PNHOSP contempla as propostas de escopo aprovadas nas I, II e III Oficinas realizadas pelo CONASS, notadamente ao instituir os eixos estruturantes, dentre eles o de financiamento e gestão da força de trabalho;
- II. A PNHOSP contempla as legislações protetivas estabelecidas em leis federais;
- III. A PNHOSP prevê Capítulo II art.4º inciso XI– *“garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando suas especificidades socioculturais e direitos estabelecidos em legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com compactuação com subsistema indígena”*.
- IV. A PNHOSP contempla os ordenamentos conceituais estabelecidos nas Políticas Nacionais de Regulação, Rede de Atenção à Saúde, Atenção Básica, Atenção à Urgência, Política Nacional de Humanização, dentre outros;
- V. Foram retirados da PNHOSP itens relativos a classificação hospitalar e leitos, remetidos a glossários e/ou portarias específicas, bem como gestão interna dos estabelecimentos hospitalares;

- VI. Ainda persistem itens de cunho operacional, notadamente no eixo Assistencial;
- VII. O tema financiamento é abordado em 03 capítulos, a saber: no Capítulo II, art 4º: “São princípios e diretrizes da Atenção Hospitalar no SUS: ...X – *“Financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão”*”; no Capítulo IV Eixo V – Financiamento, art.24º “*O Financiamento da Atenção Hospitalar deverá ser efetivado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS*” e por fim no Capítulo VIII- Eixo VI Das Responsabilidades de Cada Esfera de Gestão, nas competências do MS, Estados, Distrito Federal e Municípios: “*Co-financiar a atenção hospitalar, de forma tripartite*”.

A discussão deste tema nos fóruns do Conass tem apontado a necessidade de definição clara, neste componente, de quais as responsabilidades dos entes federados frente ao financiamento. O componente hospitalar, segundo dados do MS, envolveu o gasto total federal de R\$ 22.814.854.357,96, somando os valores pagos nos sistemas SIH, SIA e Incentivos diversos.

A sugestão da assessoria técnica do Conass é, em relação ao financiamento tripartite, seja utilizado o artigo 2º da portaria GM 841/12 (RENASES) assim disposto:

“O financiamento das ações e serviços será tripartite, conforme pactuação e a oferta das ações e serviços pelos entes federados deverão considerar as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários entre municípios e regiões, e a escala econômica adequada.”

**Não houve consenso** no Grupo de Trabalho de Atenção da CIT na redação apresentada no Capítulo II, art.4º, parágrafo X “***Financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão***”;

- VIII. No Capítulo IV Eixo V Financiamento, a redação do art.24º: “***O Financiamento da Atenção Hospitalar deverá ser efetivado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS***” não é a mesma ao se reportar no Capítulo VIII

Eixo VI Das Responsabilidades de Cada Esfera de Gestão, nas competências do MS, Estados, Distrito Federal e Municípios: ***“Co-financiar a atenção hospitalar, de forma tripartite”***;

- IX. Não houver consenso no GT Atenção da CIT sobre a inclusão de busca de autonomia gerencial com metas quali-quantitativas como mecanismo de aprimoramento de qualidade dos serviços ofertados;
- X. No capítulo V – Eixo III- Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho, artigos 20º a 22º, a ênfase é com relação à formação, cabendo apenas um artigo, o 22º, apontando que a gestão da força de trabalho ***“será direcionada para aperfeiçoar mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais, ...”***;
- XI. A PNHOSP contempla no Capítulo VI- Eixo V- Financiamento, art.23º, inciso 3º ***“As regiões com populações dispersas e rarefeitas em grandes extensões territoriais como a Amazônia Legal, deverão ter mecanismos de financiamento que considerarem as especificidades regionais.”***;
- XII. A PNHOSP não prevê, no momento, mudanças nos mecanismos de financiamento do custeio das atividades hospitalares, superando o binômio “tabela de procedimentos e incentivos”. Aponta que o Comitê Gestor deverá aprofundar a reformulação do modelo de financiamento.
- XIII. A PNHOSP prevê no Capítulo IX Das Disposições Transitórias:
- a. , art.31º: a implementação de seus dispositivos de forma gradual, ***“a partir da celebração de novas contratualizações e com prioridade para os hospitais que fazem parte das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritários para o SUS”***;
  - b. Art.32º: a SAS ***“criará Comitê Gestor Da Atenção Hospitalar, de composição tripartite, que terá a atribuição de monitorar, a avaliar e aprofundar as discussões para o aprimoramento dos seus eixos estruturantes”***.
- XIV. A PNHOSP prevê no Capítulo X, Das Disposições Finais: que os Hospitais de certificados como de Excelência deverão cumprir seus ordenamentos, que a regulamentação do processo de contratualização e a regulamentação

específica sobre Hospitais de Pequeno Porte se darão em portarias específicas bem como a SAS publicará manuais e guias com o detalhamento operacional.

## **DA PROPOSTA ATUAL DA CONTRATUALIZAÇÃO**

A minuta de portaria ora apresentada é resultado do trabalho das reuniões do GT de Atenção CIT e “estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS – em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar”.

O referido documento tem a seguinte apresentação:

- (i) Considerandos e Resoluções (art. 1º ao 3º);
- (ii) Capítulo I: Das Responsabilidades de cada esfera de gestão, Objetivos e Eixos Estruturantes (art. 4º e 5º) - estabelece as competências do Ministério da Saúde e do Gestor Contratante;
- (iii) Capítulo II: Das Responsabilidades dos Hospitais (art.6º ao 10) - estabelece as competências dos hospitais a serem contratualizados com o SUS divididas em 4 eixos operacionais: assistência, gestão, avaliação, ensino/pesquisa – quando couber;
- (iv) Capítulo III: Seção I: Financiamento dos Hospitais (art.10 ao 13) - apresenta dispositivos relativos ao financiamento, cálculos de médias, orçamentação global e parcial, percentuais mínimos admitidos, composição dos valores pré e pós fixados;
- (v) Capítulo III: Seção II – Subseção I: Do Instrumento Legal de Contratualização (art. 14 ao 16) – define os instrumentos de contratualização e seus itens obrigatórios na formalização, dá exemplo de instrumentos possíveis e seus respectivos conceitos, prevê a possibilidade de alteração do instrumento.
- (vi) Capítulo III: Seção II – Subseção II: Do Documento Descritivo (art.17 ao 23) – apresenta o conceito de documento descritivo, itens mínimos para sua composição, tempo de vigência e alterações.
- (vii) Capítulo III: Seção II – Subseção III: Do Repasse dos Recursos Financeiros (art.19 ao 23) – apresenta as condições de repasse financeiro,

sua tempestividade, a variação do cumprimento de metas quali-quantitativas e a consequência no repasse financeiro e a previsão de desconto no Teto MAC do gestor contratante de valor de incentivo de fonte federal não repassado à prestador;

- (viii) Capítulo III: Seção II – Subseção IV: Da Comissão Permanente de Acompanhamento da Contratualização (art. 24) – estabelece a obrigatoriedade de constituição de comissão para acompanhamento da contratualização e suas competências;
- (ix) Capítulo IV: Do Monitoramento e Avaliação: (art. 25 e 26) estabelece que o monitoramento e avaliação dos serviços prestados pelos hospitais deve ser executados por todos os entes, respeitadas suas competências, estabelece o uso de *softwares* e visitas in loco e indica o SNA como avaliador da aplicação financeira.
- (x) Capítulo V: Das Disposições Finais (art. 28 ao 31) – indica que o IQGH substituirá o IAC, que a regulamentação do processo de contratualização de hospitais menores que 25 leitos operacionais dar-se-á em instrumento próprio, que o Ministério da Saúde desenvolverá e implementará *software* para auxiliar no monitoramento da contratualização, que a Secretaria de Atenção à Saúde publicará instrutivo acerca da gestão dos incentivos aplicáveis às redes temáticas e confere ao gestor prazo de 365 dias para formalizar seus respectivos instrumentos de contratualização.

#### **CONSIDERAÇÕES DA PROPOSTA**

- I. A minuta de portaria da contratualização deve ser vista no contexto da PNHOSP e IQGH e de todas as premissas ali contidas;
- II. As questões atidas à forma (maiúsculas e minúsculas, numeração de artigos, capítulos, §§, incisos e alíneas, erros de concordância verbal ou nominal, etc.) serão alvo de apreciação em momento oportuno, sendo de fundamental importância, por ora, o conteúdo contido nos enunciados.

- III. A atual minuta de portaria apresenta considerações às redes de atenção à saúde, ao decreto regulamentador da lei 8080/90 (COAP) e à comissão Intergestores regional.
- IV. A minuta anterior da portaria, que saliente-se sofreu poucas alterações, foi apresentada na Assembleia do Conass de Julho/13, com discussão acerca dos itens, todavia sem deliberação.
- V. Interessa chamar atenção para o atual conteúdo dos itens considerados importantes pela Assembleia, quando da exposição da portaria de contratualização:

**Artigo 1º:** Art. 1º Estabelecer as diretrizes da contratualização dos hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para hospitais com 25 ou mais leitos operacionais.

As discussões referentes à portaria de contratualização tinham por base que seu objeto tratava de hospitais com número igual ou superior a 50 leitos, enquanto, os estabelecimentos com número de leitos menor que 50 seriam alvo de portaria própria. Todavia, após o posicionamento do Ministério da Saúde acerca do incentivo destinado aos hospitais filantrópicos – a proposta agora é de que esta portaria seja **aplicada aos hospitais com 25 ou mais leitos** operacionais, abrangendo, por conseguinte um número bem maior de hospitais que o inicialmente previsto.

Outro item que merece atenção é que o conceito de **leitos operacionais** não foi trazido à portaria da contratualização.

**Art. 4º:** Na contratualização é responsabilidade do Ministério da Saúde:

II. financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizadas, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada.

**Art. 5º:** Na contratualização dos hospitais sob sua gestão, é de responsabilidade do gestor do SUS – contratante:

III. financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizadas, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada.

O item do **financiamento** foi debatido fortemente, quer seja nas Câmaras Técnicas, no Grupo Técnico da CIT ou na própria Assembleia do CONASS – em todas as ocasiões em que foi pautado. Assim como na PNHOSP a redação do artigo

referente ao financiamento (Ministério da Saúde ou Gestor Contratante) é baseado na Portaria 841/13 (RENASES) já aprovado em CIT. Trata-se de termos mais conceituais, vez que remete sempre à pactuação e que considere padrões aplicáveis às especificidades regionais.

**Art. 4º:** Na contratualização é responsabilidade do Ministério da Saúde:

III – estabelecer financiamento específico, de fonte federal, para a atenção à saúde indígena nos hospitais.

**Art. 5º:** Na contratualização dos hospitais sob sua gestão, é de responsabilidade do gestor do SUS – contratante:

IV – prever metas e compromissos específicos para a atenção à saúde indígena, respeitando seus direitos normatizados em Lei e suas especificidades socioculturais, conforme pactuação com o subsistema de saúde indígena;

**Art. 6º:** No eixo assistência da contratualização, é de responsabilidade dos hospitais:

XIII - garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com legislações específicas;

XIV – prestar atendimento ao indígena, respeitando seus direitos normatizados em Lei e suas especificidades socioculturais de acordo com o pactuado com o subsistema de saúde indígena;

A discussão acerca da **saúde indígena** passou a constar da portaria de contratualização desde junho/2013 e foi apresentada à Assembleia em julho/2013. Em suma, a portaria de contratualização traz que cabe ao Ministério da Saúde a definição de financiamento específico à saúde indígena, enquanto cabe ao gestor contratante, especificar metas e compromissos e conseqüentemente acompanhar, monitorar e avaliar seu cumprimento no âmbito de sua competência.

Interessa indicar que o cumprimento da portaria requer a necessária pactuação com o que estabelece o subsistema de saúde indígena – seja para o financiamento (União), seja para a execução de ações e serviços de saúde.

O subsistema de saúde indígena é regulado na lei 9.836/99 – da qual interessa chamar a atenção para os artigos 19-A<sup>1</sup>, 19-C<sup>2</sup>, 19-D<sup>3</sup>, 19-E<sup>4</sup> e 19-G<sup>5</sup>. A partir de tais

---

<sup>1</sup> Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

<sup>2</sup> Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

<sup>3</sup> Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

<sup>4</sup> Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

<sup>5</sup> Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.



dispositivos legais o Conass deve posicionar-se quanto à manutenção, alteração ou exclusão dos itens na referida normativa.

**Art. 6º.** No eixo assistência da contratualização, é de responsabilidade dos hospitais:

XI – garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no documento descritivo no artigo 17 desta portaria.

Os debates da Assembleia Julho/2013 indicaram que a portaria de contratualização deveria preocupar-se em inibir a “seleção de clientela”, motivo pelo qual o inciso XI foi inserido dentre as responsabilidades do hospital.

**Art. 10.** Os hospitais deverão monitorar, no mínimo, os indicadores dispostos nesta Portaria, de acordo com o seu perfil e missão, que poderão ser acrescidos de outros por meio de pactuação entre o gestor e o prestador hospitalar.

§ O Ministério da Saúde deverá criar ferramenta que viabilize o monitoramento do rol mínimo de indicadores, além dos indicadores das redes temáticas.

**Art. 29.** O Ministério da Saúde desenvolverá e implementará um sistema de monitoramento da contratualização dos hospitais integrantes do SUS.

Na versão anterior da portaria havia a previsão do **monitoramento** de um rol mínimo de indicadores – composto por indicadores gerais e alguns dos indicadores das redes de atenção à saúde. Foram considerados os questionamentos de que a seleção de indicadores das Redes de Atenção à Saúde (RAS) poderia enfraquecer os demais, permanecendo então, à título de monitoramento para os hospitais: os indicadores chamados gerais, de UTI (quando se aplicar) e todos os indicadores das RAS.

Conforme se lê na minuta de portaria, está sob a responsabilidade do Ministério da Saúde o desenvolvimento e implementação de **software auxiliar** ao monitoramento da contratualização – todavia, a portaria não estabelece prazos.

**Art. 11.** Todos os recursos públicos de custeio e investimento que compõem o orçamento do hospital deverão ser informados no instrumento

---

§ 1o O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2o O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3o As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

legal de contratualização, com identificação das respectivas fontes, quais sejam: federal, estadual, do DF e municipal.

§ único: Deverá ser informado o valor estimado relativo às renúncias e isenções fiscais e subvenções de qualquer natureza nos instrumentos legais de contratualização com hospitais privados sem fins lucrativos. (grifos nossos).

As discussões havidas na Assembleia de Julho/2013 indicadores das redes de atenção à saúde consideraram importante constar nos instrumentos de contratualização, os valores referentes às renúncias/isenções e subvenções, mesmo que estimados e tal item passou a constar no § único do artigo 11.

**Art. 13.** Para fins desta Portaria, a orçamentação parcial é a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado.

§ 1º O valor pré-fixado é a parte dos recursos financeiros que é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para desembolso no período do contrato, que deverá ser composto pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade e por todos os incentivos de fonte federal, estadual, municipal e do Distrito Federal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas qualitativas.

§ 2º Para efeito desta portaria, considera-se incentivo financeiro, todo valor pré-fixado destinado ao custeio de um estabelecimento hospitalar, repassado de forma regular e automática aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, ou diretamente às universidades federais, condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas específicos, definidos por regimentos próprios.

§ 3º Os incentivos financeiros que devem integrar o componente pré-fixado dos contratos firmados são:

I – Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IQGH), que passa a substituir o Incentivo de Adesão à Contratualização – IAC, e será regulamentado em portaria específica;

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

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

IV – Recursos do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais/REHUF

V – Valores referentes ao extinto Fator de Incentivo ao Ensino e Pesquisa/FIDEPS, conforme a portaria GM 1082/2005;

VI – Integrasus;

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

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

§ 4º O gestor contratante poderá definir valores adicionais à parte pré-fixada, caso tenha capacidade de financiamento com fonte própria. (grifos nossos)

§ 5º A parte pós-fixada deverá ser composta pelo valor de remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação – FAEC, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante.

§ 6º O gestor contratante poderá definir valores adicionais à parte pós-fixada, caso tenha capacidade de financiamento com fonte própria. (grifos nossos)

§ 7º Quando acordado entre as partes, a contratualização poderá ser feita no modelo de orçamentação global, que é a modalidade de financiamento

na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto investimento quanto custeio, e, devendo ser calculado levando-se em consideração: a infraestrutura tecnológica (porte, equipamentos e serviços), o perfil assistencial, a capacidade e produção de serviços (recursos humanos, desempenho de produção), e o custo regional de materiais e serviços, sendo que o recurso deverá estar condicionado ao cumprimento das metas e compromissos formalizados, monitorados e avaliados periodicamente.

O artigo 13, em toda a sua composição, revela que o financiamento vai se dar em duas partes distintas: pré-fixado e pós-fixado. O pré-fixado está vinculado aos incentivos e respectiva série histórica (12 meses) da Média Complexidade e o pós-fixado constituído pelo FAEC e Alta Complexidade, conforme previsão em metas e autorização do gestor. Chama a atenção que o gestor contratante **PODERÁ** definir valores adicionais para qualquer das partes (pré ou pós-fixada). Há que se verificar a possibilidade de que os hospitais passem a “exigir” complementação da tabela, uma vez que a mesma está permitida na portaria da contratualização. A rigor esta possibilidade tanto existe quanto é praticada pelos gestores e não confronta a legalidade – todavia, enseja, de forma indubitável, argumentação em favor dos hospitais.

**Art. 14.** A contratualização será formalizada por meio de instrumento legal celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar.

**§1º:** Para fins da contratualização, recomenda-se que todos os recursos que envolvam a prestação de ações e serviços de saúde sejam celebrados em um único instrumento legal pelo respectivo gestor, mesmo havendo a oferta e co-financiamento de ações e serviços por outro ente federado. (grifos nossos).

As discussões que permearam o artigo 14 e seu § 1º diziam do pleito de que a portaria de contratualização previsse em seus ditames – o que foi chamado de “contrato único”. Todos os valores financeiros do SUS, independentemente do ente transferidor (União, Estados, DF ou Município), em favor do hospital passassem a constar de um único instrumento. Ponderou-se, contudo, pela impossibilidade de que tal instrumento fosse elaborado, pois, por vezes o instrumento trata de transferência voluntária e sem caráter continuado ou ligado à compra/venda de serviços aos SUS. Ainda assim, como forma de minimizar possíveis efeitos danosos

à gestão, no que se refere aos hospitais que servem a mais de um ente federado – entendeu-se por recomendar – que os recursos fossem regulados por um único instrumento, portanto, um único gestor contratante – o que carece, portanto, de apreciação e posicionamento da Assembleia.

**Art. 20.** O repasse dos recursos financeiros fica condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Documento Descritivo, assim distribuído:

**I** - quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado será repassado, mensalmente, condicionado ao cumprimento do percentual das metas de qualidade discriminadas no Documento Descritivo.

**II** - sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado será repassado, mensalmente, condicionado ao cumprimento do percentual das metas quantitativas discriminadas no Documento Descritivo.

**§1º** Os percentuais poderão ser pactuados entre o gestor e o hospital, desde que mantenham o percentual mínimo de 40% em um dos dois valores, conforme definido no inciso I do caput deste artigo.

**§ 2º** O não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local.

**Art. 21** O hospital que não atingir pelo menos 50% das metas quali-quantitativas pactuadas por três meses consecutivos ou cinco meses alternados terá o instrumento legal de contratualização e Documento Descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor financeiro de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local.

**Art. 22** O hospital que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% por 12 (doze) meses terá as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados, com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária.

Os artigos de 20 a 22 referem o repasse dos recursos financeiros. Especificam que 40% do valor pré-fixado será repassado sob a condição do cumprimento de percentual de metas qualitativas e os 60% restantes sob a condição do cumprimento de percentual de metas quantitativas – podendo variar desde que respeitado o percentual mínimo de 40% em um dos dois valores. Previram ainda que nos casos de não cumprimento das metas quali-quantitativas (definidas no documento denominado Documento Descritivo) poderá implicar em suspensão parcial ou redução do repasse financeiro.

Indica, o artigo 21, que o hospital que não alcançar 50% das metas quali-quantitativas durante 3 meses consecutivos ou 5 meses alternados deverá ter seu instrumento contratual e respectivo documento descritivo (metas) revisado para que seja adequado à produção do hospital – acarretando conseqüentemente – a adequação do valor financeiro. O artigo 22 prevê situação em que o hospital tenha

capacidade de superar as metas previstas por 12 meses – sem a especificação de se consecutivos ou alternados – acarretando revisão de instrumento contratual e documento descritivo, conforme disponibilidade orçamentária e aprovação do gestor.

**Art. 24** Os incentivos de fonte federal deverão ser repassados de forma regular aos hospitais, de acordo com normas específicas de cada incentivo, previstas no instrumento legal de contratualização.

**Parágrafo Único.** O não cumprimento do disposto no caput deste Artigo poderá resultar em desconto pelo Ministério da Saúde dos valores não repassados aos prestadores de saúde hospitalares, a ser subtraído do Teto de Média e Alta Complexidade - MAC do respectivo ente federado.

O artigo 24 e seu § único indicam obrigação ao gestor de que os incentivos de fonte federal (previstos na composição da parte pré-fixada dos contratos: IQGH, IAC, incentivos das RAS, IAE-PI, REHUF, Pesquisa/FIDEPS, IntegraSUS e outros que venham a ser instituídos) sejam repassados regularmente aos hospitais – de acordo com as normas de cada um. Nos casos em que não houver o repasse regular aos hospitais – o valor não repassado será DESCONTADO DO TETO MAC – do ente federado.

Para tal descrição é importante considerar o que dispõe a Lei Complementar 141/12 explicita condiciona a entrega dos recursos à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação e à elaboração do Plano de Saúde<sup>6</sup>. Outro caso de suspensão das transferências, refere-se às voluntárias, conforme estabelece o artigo 39 da LC 141/12.<sup>7</sup> Há ainda aquela prevista pelo artigo 26 da LC 141/12<sup>8</sup> quando do descumprimento da aplicação de percentual mínimo em ações e serviços de saúde.

---

<sup>6</sup> **LC 141/12: Art. 22.** É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:  
I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e  
II - à elaboração do Plano de Saúde.

<sup>7</sup> **LC 141/12: Art. 39.** Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

<sup>8</sup> **§ 6º** O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

<sup>8</sup> **LC 141/12: Art.26.** Para fins de efetivação do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do

Pelo demonstrado a lei complementar é específica nas questões em que não se permite a transferência financeira.

O descumprimento de pagamento de incentivo ao prestador hospitalar não se enquadra nas condicionantes da lei e se por ventura viesse a ser identificado como impropriedade ou irregularidade - tal descumprimento seria alvo de apuração e trâmites específicos ao processo de instauração de tomada de contas especial. Não há que se falar em desconto no teto financeiro do MAC.

Cumprir ainda chamar atenção para o fato de que sendo admitida tal condicionante como fator para resultar em desconto a ser subtraído do teto MAC – o artigo 23 da minuta de portaria não indica: (i) como serão apurados tais valores; (ii) nos casos em que forem efetuados os descontos, como se dará sua reaplicação no SUS; (iii) como serão apuradas as responsabilidades dos que tiverem descumprido os dispositivos legais; e, (iv) qual o cálculo, competência e fluxo para a subtração no teto e sua respectiva realocação. Este assunto necessita de deliberação da Assembleia e salienta-se que, sobre o assunto já houve exaustivos debates das áreas técnicas no GT CIT – e não se chegou a bom termo.

**Art. 32** O gestor do SUS terá o prazo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, a partir da publicação desta portaria, para formalizar o instrumento legal de contratualização com os estabelecimentos hospitalares, sob sua gestão.

O artigo 32 estabeleceu prazo de um ano, a contar da publicação da portaria, para que os instrumentos de contratualização sejam formalizados.

E cumpre salientar, que as portarias enumeradas no artigo 33, serão compatibilizadas com as demais portarias que referem atenção hospitalar no SUS e devidamente conferidas quanto ao comando que prevê revogação integral.

---

percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 1º No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal.

## **DO INCENTIVO DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR - IQGH**

Inicialmente, o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar - IQGH era instituído na portaria de Contratualização, que foi a consulta pública, de nº 20, em 2012.

O IQGH substitui o Incentivo de Adesão à Contratualização – IAC, que tinha como finalidade a concessão de “Incentivo à Contratualização às Entidades Beneficentes sem Fins Lucrativos participantes do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos ou do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde (SUS).” Diz respeito, portanto a um Incentivo calculado a partir da média anual da produção aprovada dos procedimentos da média complexidade - MAC, excluídos aqueles remunerados via FAEC.

Na proposição inicial, faziam jus ao IQGH os mesmos estabelecimentos do IAC e reforçava o corte de 50 leitos no mínimo para o Incentivo. Previa a entrada “excepcional de Hospitais especializados em pediatria, cuidados prolongados e maternidade com o mínimo de 40 leitos.” Os percentuais envolviam os valores de 30% para os Hospitais de Ensino, 25% para os Hospitais com a certificação CEBAS e com 80% a 100% dos leitos SUS e 20% para os Hospitais sem CEBAS e com 60% a 79% dos leitos SUS.

Em maio de 2013, o MS modificou a proposta de valores para 35% para os Hospitais de Ensino, 30% para os Hospitais com CEBAS, e 26% aos Hospitais sem CEBAS, A partir das discussões do GT de Atenção, em julho de 2013, a proposta apresentada em 22 de julho de 2013, foi modificada para os seguintes valores de incentivo:

- 50% para os Hospitais Públicos certificados como Hospitais de Ensino, com 50 leitos ou mais contratualizados no SUS;
- 50% para os Hospitais Privados Filantrópicos, com 50 leitos ou mais contratualizados no SUS.
- + 10% para os Hospitais Privados Filantrópicos e certificados como Hospitais de Ensino

- + 20% para os Hospitais Privados Filantrópicos e que destinem 100% dos leitos ao SUS.

Os dois últimos itens eram cumulativos.

Não faziam jus os hospitais especializados em psiquiatria.

Em agosto, tendo em vista que não ocorreu a pactuação do IQGH prevista para julho, o MS anunciou no 23º Congresso da Confederação das Misericórdias do Brasil que será reajustado os valores do IAC, extensivos a todos os Hospitais privados sem fins lucrativos.

Em 16 de setembro, o Ministério da Saúde apresentou a atual proposta de IQGH e em 17 de setembro publicou a portaria de Nº 2.035/2013, que reajustou os valores, percentuais e outras regras para o Incentivo de Adesão à Contratualização – IAC.

### **Proposta de IQGH:**

A proposição atual contém 19 artigos e tem por finalidade estabelecer os requisitos e formas de repasse do IQGH no âmbito do SUS, em conformidade com a portaria de Contratualização; os objetivos e que substitui o Incentivo de adesão à Contratualização – IAC.

Farão jus ao IQGH:

I - Estabelecimentos hospitalares constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com ou sem certificação de Hospital de Ensino, desde que: a - possuam no mínimo 30 leitos operacionais e 25 ou mais leitos operacionais disponibilizados ao Sistema Único de Saúde, devidamente cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

b – possuam o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-Saúde) ou já tenham protocolado pedido de certificação originária ou renovação.

II- Estabelecimentos hospitalares constituídos como pessoa jurídica de direito público, que possuam mais de 50 leitos ativos, e sejam certificados como Hospital de Ensino (HE), de acordo com a Portaria Interministerial nº 2.400/MEC/MS, de 2 de outubro de 2007 ou outra que a substituir. (*em decisão no MS o corte de 50 leitos ativos*)



§ 1º Os estabelecimentos hospitalares constituídos como pessoa jurídica de direito privado que possuírem de trinta a cinquenta leitos deverão possuir taxa de ocupação dos leitos SUS de no mínimo 30% (trinta por cento), no período definido como série histórica para cálculo do IQGH.

Art. 4º Não farão jus ao IQGH os estabelecimentos hospitalares que destinem ao SUS exclusivamente leitos classificados como psiquiátricos e exclusivamente leitos classificados como crônicos, de acordo com a classificação do CNES. ( *em decisão no MS*)

Art. 5º O IQGH corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do valor contratado entre o gestor de saúde responsável e o estabelecimento hospitalar para a Média Complexidade.

Paragrafo Unico - O valor do IQGH dos Hospitais Universitários Federais do Ministério da Educação que fazem jus ao Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários/REHUF e dos Hospitais Federais do Ministério da Saúde será definido de acordo com a disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde, não podendo ser maior que o previsto no caput deste artigo.

Art. 7º Mantém os acréscimos de 10% e 20% respectivamente para os Hospitais Privados sem fins lucrativos e certificados como de Ensino e os que destinam 100% dos seus leitos ao SUS, cumulativamente.

Art. 8º Até a renovação do instrumento de contratualização, os estabelecimentos que fizeram jus ao IAC, continuaram a percebê-los.

Art. 9º Apresenta a possibilidade do valor da produção da média complexidade a ser contratado considerar o valor da produção apresentado, na série histórica das competências compreendidas entre agosto de 2012 a julho de 2013 ( *em decisão no MS*).

*Art 10º...*

§ 1º Para os contratos celebrados em 2013 e até 31 de julho de 2014, será considerada a série histórica compreendida entre as competências agosto de 2012 a julho de 2013. ( *em decisão no MS*).

§ 3º—Excluir-se-ão do cálculo descrito no “caput” os valores referentes aos procedimentos de Média Complexidade dos leitos classificados como

psiquiátricos e leitos classificados como crônicos, de acordo com a classificação do CNES, quando estes representarem mais de 30% (trinta por cento) dos leitos operacionais do estabelecimento que está sendo contratualizado. *(em decisão no MS, proposta de modificação para não penalizar os estabelecimentos em processo de mudança assistencial)*

Os artigos 10º a 14º modificam os ritos procedimentais anteriores e definem o início do processo a partir da solicitação do estabelecimento hospitalar ao gestor e deste a CGHOSP/DAHU/SAS/MS, bem com o a documentação necessária. Estabelece que o IQGH será repassado a partir da competência de agosto, se a solicitação do hospital for realizada até 31 de outubro de 2013 e o gestor municipal/estadual encaminhar ao MS até 30 de novembro de 2013. A cada mês de dezembro a CGHOSP monitorará a manutenção dos requisitos estabelecidos no art. 3º.

Art.15º

§ 1º O IQGH dos estabelecimentos públicos gerenciados ou administrados por entidades privadas, ou por Organizações Sociais, nos termos da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; e dos estabelecimentos públicos gerenciados com a participação de concessionárias de serviços públicos na área da saúde, com base nas Leis nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, e nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, deverá compor a contratação original ou termo aditivo do contrato do gestor com o parceiro que gerencia o hospital, explicitando sua destinação, em consonância com o previsto no artigo 2º desta portaria. *(em discussão no MS, a proposta anterior vetava explicitamente esta possibilidade).*

#### **CONSIDERAÇÕES DA PROPOSTA**

A proposta atualmente apresentada pelo Ministério da Saúde ampliou de forma significativa o escopo apresentado em 2012.

A proposta inicial contemplava basicamente os Hospitais privados sem fins lucrativos, acima de 50 leitos, com ou sem CEBAS. Além da mudança dos valores percentuais de 30% para, no mínimo 50%, incorporou os Hospitais Públicos, certificados como de Ensino, com mais de 50 leitos e não haverá distinção para a presença ou não da certificação CEBAS.

Em agosto estabeleceu a necessidade, para os Privados sem fins lucrativos, de 30 leitos existentes e o mínimo de 25 leitos operacionais SUS, ampliando a cobertura de estabelecimentos hospitalares. Esta medida não atingiu os estabelecimentos públicos, permanecendo a exigência de mínimo de 50 leitos e ser certificado como hospital de Ensino.

Em julho de 2013, o valor financeiro anual sem modificações era estimado em R\$ 1.072.018.160,26, com as propostas daquele mês, foi estimado em R\$ 2.822.438.191,17, significando um impacto financeiro de R\$ 1.752.744.317,02.

Com a ampliação apresentada em setembro de 2013, o valor financeiro projetado é de R\$ 3.138.428.704,99, ampliando o impacto financeiro para R\$ 2.380.174.564,22.

Estes valores não consideraram a proposta de ampliação para os estabelecimentos nomeados no §1 do art.15º, sendo que sua possível incorporação está sendo analisada pelo MS. Estes valores foram divulgados na Nota Técnica da CGHOSP/DAHU/SAS/MS em anexo.

## **A PROPOSTA ATUAL PARA HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE - HPP**

Na discussão do GT de Atenção até julho/13 considerava – se que o número de leitos para classificar os hospitais em Pequeno Porte/HPP estaria entre 31 a 50 leitos, nesta situação existem 1.163 hospitais no país. O CONASS havia preliminarmente colocando a importância de considerar as exceções para regiões que associassem situação de grande extensão territorial, grande dispersão populacional e vazios de cobertura de leitos sem alternativa de curto e médio prazos, onde o corte mínimo poderia ser de 20 leitos, com destaque para a Amazônia Legal e Nordeste.

Na última reunião, ocorrida em 16/07/2013, a representação do CONASEMS informou que no Congresso Nacional da entidade realizado no início daquele mês foi deliberado em fórum específico para discutir a política, como linha de corte mínimo 21 leitos, nesta perspectiva passaria a um total de 1.788 hospitais. Do ponto de vista técnico, não houve aprovação do DAHU/SAS/MS, que justificou que quanto maior o

investimento em hospitais de pequeno porte, maior será o tempo para a criação de unidades hospitalares com escopo e escala que garantam a eficiência, e que conforme já discutido as exceções teriam tratamento diferenciado.

Para o financiamento dos HPP foi apresentada proposta que previa o repasse de fonte federal no valor de R\$ 82.290,00/ mês com base na estimativa de custo da equipe assistencial com 30% de encargos, mais 20% para demais despesas. Este valor significaria 50% do custo estimado. Para a Amazônia Legal este valor seria acrescido de 20% (R\$115.206,00). A memória de calculo encontra-se no quadro a seguir.

**Tabela I**

**Estimativa de despesas e proposta de financiamento dos HPP de 31 a 50 leitos**

RH	Valores	Observação
<b>Médico</b>	R\$ 67.000,00	4 (30h) x R\$ 7.000 + 09 plantões diurnos de 12h de R\$ 1.000,00 e 30 plantões noturnos de 12h de R\$ 1.000,00
<b>Enfermeiro</b>	R\$ 17.500,00	5 x R\$ 3.500,00/mês
<b>Técnico de enfermagem</b>	R\$ 12.000,00	12 x R\$ 1.000,00
<b>Farmacêutico</b>	R\$ 3.500,00	1 x R\$ 3.500,00
<b>Nutricionista</b>	R\$ 3.500,00	1 x R\$ 3.500,00
<b>Administrativo</b>	R\$ 2.000,00	2 x R\$ 1.000,00
<b>Total RH</b>	<b>R\$ 105.500,00</b>	
<b>+ 30% de encargos</b>	R\$ 137.150,00	R\$ 105.500 + R\$ 31.650 (30%)
<b>+ 20% do RH para operacional e insumos</b>	<b>R\$ 164.580,00</b>	R\$ 137.150,00 + R\$ 27.430,00 (20%)

**Unidades de 31 a 40 leitos**

<b>50% Sul e Sudeste</b>	<b>50% de 164.580,00</b>	<b>R\$ 82.290,00</b>
<b>70% Norte/NE e Centro-oeste</b>	<b>70% de 164.580,00</b>	<b>R\$ 115.206,00</b>

Com a finalidade de melhor discutir a proposta de recursos financeiros que aproximassem mais da realidade das despesas realizadas nestes hospitais, foi realizada pelo um pesquisa rápida com a participação dos estados e Cosems de valores de despesas junto aos HPP, através de planilha padrão simples, que deveria avaliar a aproximação ou não deste valor inicialmente proposto, ao praticado. Houve diferentes compreensões do que deveriam ser as respostas às informações solicitadas, mesmo havendo planilha padrão simplificada.

Após o processamento das informações, o CONASS e CONASEMS propuseram valor de referencia para o financiamento de HPP que não realizam partos nem cirurgias de R\$164.000,00/mês, e de R\$250.000/mês para aqueles que realizam partos e/ou cirurgias, devendo ainda ser consideradas especificidades regionais. Foram construídos cenários para o financiamento dos HPP, inicialmente um cenário com HPP de 21 a 50 leitos e sete cenários para HPP de 31 a 50 leitos. O impacto financeiro variava de R\$775.785.600,00 a R\$ 3.091.142.400,00/ano.

Considerando o grande impacto financeiro dos cenários apresentados, e a fragilidade ainda existente no conhecimento destes mais 3.200 estabelecimentos de saúde com até 50 leitos, o Ministério da Saúde está formatando proposta, que será discutida com o CONASS e CONASEMS, de realização de diagnóstico destes estabelecimentos de saúde, com vistas à construção de proposta para este segmento, que contemple a definição de seu papel no sistema regional ou local de saúde e respectivo financiamento.

**ANEXO I – HISTÓRICO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA SE/CONASS  
NA DISUCSSÃO DA PNAHOSP**

Abaixo, o detalhamento histórico do processo, a fim de possibilitar a compreensão das mudanças substanciais ocorridas nestes 09 meses de trabalho.

## **2012:**

### **Outubro:**

a) Em reunião com a Secretaria de Atenção à Saúde- SAS, com representantes do CONASS, CONASEMS e entidades representativas do setor filantrópico, acordou-se discutir a elaboração de Política de Atenção Hospitalar, com a finalidade de estabelecer as diretrizes do componente Hospitalar, frente ao processo de implementação da rede de Atenção à Saúde.

### **Novembro:**

a) Publicação, em 05/11, de Consulta Pública N°19 da “Política Nacional de Atenção Hospitalar” pelo Ministério da Saúde. A proposta continha:

- 07 Capítulos e 48 artigos;
- Os Capítulos apresentados: Objetivos, Organização do Hospital na RAS, Inserção do Hospital na RAS, Modelos de Gestão e Atenção Hospitalar, da Contratualização Hospitalar, Responsabilidades, Disposições Transitórias e Finais;
- Hospital com mínimo de 50 leitos;
- Classificação Hospitalar por perfil assistencial e esfera administrativa;
- Apresentação de tipologia de leitos;
- Implantação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar – NAQH, com a presença de coordenadores internos do hospital e gestor local, em todos os hospitais;
- Vedação de novos credenciamentos em hospitais com menos de 50 leitos, incluso recursos de investimento de fonte federal em readequação física e tecnológica (somente se aderir ao novo perfil hospitalar em prazo de 03 anos). Exceção maternidades com 40 leitos;
- Sem a nomeação de Hospitais de Pequeno Porte;

b) Realização, em 21/11, da Oficina: A Atenção Hospitalar no SUS na Visão da Gestão Estadual, pelo CONASS, com a participação de expertos e representantes de estados convidados. As principais conclusões/sugestões foram:

- A discussão do modelo de Atenção Hospitalar deve estar contida na estratégia de regionalização, acompanhadas das condições estabelecidas pela rede de atenção e seus respectivos recursos (financeiros, humanos, logísticos e outros).
- A dimensão e a diversidade do país não permitem adoção de solução única, a exemplo do item específico sobre a mudança de perfil dos HPPS. Tal determinação confrontaria as realidades e conformações regionais.
- Onde houver conflito entre a “escala” e o “acesso” – este último deve ser privilegiado.
- A regionalização pressupõe monitoramento, controle, avaliação e regulação bem constituídas, o que remonta novamente o papel do Estado.
- A estrutura hospitalar atual não atende adequadamente patologias de caráter crônico. Neste contexto outros países estão constituindo 3 ou 4 redes: (i) atenção primária; (ii) hospitalar; (iii) cuidados sanitários (crônicas e de pacientes que saíram do regime agudo e permanecem em cuidados hospitalares intermediários) ; e, (iv) saúde mental (em alguns países).
- É importante adequar os sistemas de informação e conseqüentemente os sistemas geradores de pagamento – tornando-os mais ágeis, simples e eficientes.
- A adequação da gestão hospitalar deve compreender também o funcionamento em cada unidade, o que envolve: (i) definição e organização do processo de trabalho; (ii) gestão da clínica; e, (iii) processos de responsabilização pela assistência prestada ao paciente.
- É consenso que a gerência dos hospitais não se resume a um único modelo, sendo que a decisão sobre a adoção de quaisquer das alternativas legais existentes deve observar a realidade local, a estrutura existente e a coordenação da região.
- A gestão hospitalar carece de profissionalização, formação de quadros técnicos, educação permanente e carreira para gestores hospitalares.
- A realidade demonstra que o financiamento deve evoluir do critério exclusivo de pagamento por procedimento, para um financiamento conjugado: (i) base

populacional no que for pertinente; e, (ii) com cálculos de custo fixo que dê garantias para a unidade atuar em rede.

**Dezembro:**

- a) Realização, em 17/12, do Fórum Nacional sobre a PNHOSP, de iniciativa do MS, DAE e CGHOSP/MS, tendo como palestrante o Prof. Doutor Luis Cecílio.
- b) Prorrogação por mais 30 dias, do prazo para sugestões e outras questões, da Consulta Pública N°19 e N°20.
- c) Constituição de Grupo de Trabalho interno do Conass, para acompanhamento das discussões.

**2013**

**Fevereiro:**

- a) Apresentação na I Assembléia de Secretários CONASS, da proposta de PNHOSP e avaliação/sugestões iniciais de encaminhamento, aprovadas na Assembléia, dentre elas a realização da II Oficina de Trabalho sobre o tema.

**Março:**

- a) Realização, em 11 e 12/03, da 1ª reunião da Câmara Técnica de Atenção à Saúde do CONASS. Estiveram presentes 16 estados e houve discussão sobre as portais da PNHOSP e Contratualização, bem como a apresentação das experiências (no tema) dos estados da Bahia, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul. A reunião contou ainda com a participação da coordenadora da CGHOSP/DAE/SAS/MS, dra Ana Cavalcante, que informou os resultados das consultas públicas em termos estatísticos: 434 contribuições, sendo 35,48% das proposições sobre o Cap II, relativo a “Da organização do hospital na RAS e 22,12% sobre o capítulo IV, relativo a Modelos de Gestão e Atenção Hospitalar diversas.

**Abril:**

- a) Apresentação de nova proposta de PNHOSP, em 18/04 contendo:
  - o 07 capítulos e 53 artigos. As principais modificações, frente a proposta inicial foram:



- Capítulos: Objetivos, Diretrizes da Atenção Hospitalar (novo), Definições e Classificações (novo), Modelos de Gestão e Atenção Hospitalar, da Contratualização Hospitalar, Responsabilidades, Disposições Finais;
- Hospital com mínimo de 31 leitos;
- Presença de Hospitais de Pequeno Porte - HPP, com 31 a 50 leitos;
- Proposta de HPP – Geral e HPP- Maternidade, com especificações obrigatórias e opcionais;
- Presença de Hospitais de Médio e Grande Porte, que deverão implantar o Núcleo de Atenção à Qualidade Hospitalar - NAQH, cuja composição não inclui o gestor local;
- Vedação de credenciamento de hospitais com menos de 31 leitos;
- Vedação de construção, com recursos de fonte federal, de hospitais com menos de 100 leitos;

**Maio:**

a) Realização de reuniões do GT de Atenção da CIT em 02, 08, 09 e 14/05, de reuniões do GT de Atenção da CIT das portarias da PNHOSP, HPP e Contratualização. No período destas reuniões, foi realizada a II Oficina de trabalho sobre este tema pelo CONASS. As suas conclusões foram apresentadas no GT Atenção, que apontou:

- Proposição de nova estruturação da PNHOSP: análise-situação, Finalidade, Objetivo, Fundamentos, Diretrizes, Financiamento, Estratégias, Responsabilidades, Disposições Transitórias e Finais;
- Retirada de itens relativos à conceituação e composição de leitos, porte hospitalar e temas similares, que serão objeto de glossário e/ou portarias específicas;
- Elaboração de portaria específica sobre os Hospitais de Pequeno Porte, que tratará de estabelecer seu porte, perfil assistencial, mecanismos de financiamento, responsabilidades das esferas de gestão, dentre outros itens;
- Estabelecimento de eixos “estruturantes” para a PNHOSP: atenção hospitalar, gestão hospitalar, financiamento, gestão da força de trabalho e educação permanente, contratualização.

- b) Realização, em 07/05, a II Oficina de Trabalho do CONASS sobre PNHOSP com a participação de 08 Estados que apontou:
- Proposta PNHOSP de abril/13 complexa, extensa e com itens desnecessários;
  - Nova proposição de organização da PNHOSP: análise-situação, Finalidade, Objetivo, Fundamentos, Diretrizes, Financiamento, Estratégias, Responsabilidades, Disposições Transitórias e Finais. Em parte esta proposição foi acatada no GT de Atenção da CIT
  - Importância de articular outra Oficina, com a presença do Ministério da Saúde, a fim de que os representantes estaduais possam coletivamente expor suas sugestões e aprofundar o debate;
  - Referenda a proposta de nova configuração da PNHOSP, que estava sendo discutida ao mesmo tempo no GT Atenção da CIT;
  - Reafirma a importância de ser estabelecida, na PNHOSP, o papel do componente hospitalar na RAS, os mecanismos de financiamento de custeio e investimento estáveis, a importância das discussões regionais para definição dos tipos de pontos de atenção necessários a sua população e a garantia de acesso com qualidade a serviços hospitalares em regiões de difícil acesso;
  - Propõe portaria específica para HPPs, com a definição de seu perfil assistencial a ser estabelecido no processo de discussão regional;
  - Os valores previstos na PNHOSP para custeio dos HPPs é considerado insuficiente, notadamente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste.
- c) Apresentação na 5ª Assembleia do CONASS, dos encaminhamentos realizados e definido a realização da III Oficina de trabalho sobre o tema, com o convite a todos os Estados.
- d) Realização, em 28/05, da II reunião da Câmara Técnica de Atenção do CONASS, em Minas Gerais. A reunião contou com a presença de 24 estados e da Secretária de Estado de saúde do Amapá. Foram reafirmadas as proposições até então encaminhadas, com o comprometimento dos estados presentes em participar da III Oficina bem como preparar seus dados técnicos a fim de subsidiar a elaboração das propostas.

**Junho:**

a) Realização, em 05 e 06/06, da III Oficina de Trabalho sobre a PNHOSP, HPP e Contratualização, em Brasília, com a participação de representantes de 18 Estados. Em relação à PNHOSP, a III Oficina recomendou:

- A PNHOSP deve apresentar diretrizes políticas que contemple a sua adequação frente as necessidades regionais;
- Acatar a proposição dos eixos discutidos no GT de Atenção;
- Reiterar a importância de garantia de acesso coerente com os mecanismos de regulação assistencial adotados no SUS, monitoramento e avaliação de desempenho das ações gerenciais e assistenciais;
- Reitera a necessidade de qualificação de leitos como uma das diretrizes da PNHOSP;
- Propor de previsão específica de financiamento e modelo de atenção para a região da Amazônia Legal;
- Importância de previsão escalonada da implantação da PNHOSP;
- Previsão de comissão para discussão e proposição de remodelação do financiamento e de projeto para a Amazônia Legal.

b) Enviado, em 25/06, pela CGHOSP/DAE/SAS, documento preliminar contendo informações e análise sobre a situação da Atenção Hospitalar no Brasil. Este documento estará disponível conjuntamente com a portaria, pois tem como finalidade dar subsídios para seu entendimento.

c) Realização, em 25, 26, 27 e 28/06, de reuniões do GT de Atenção da CIT, específicas sobre o tema. Objetivo: rediscutir a minuta de portaria da PNHOSP, HPP e Contratualização. Os representantes do Conass apresentaram as avaliações e sugestões sobre cada uma das portarias, discutidas na III Oficina. Nova definição em relação às portarias: será elaborada uma 4ª portaria instituindo especificamente o Incentivo de Qualificação à Gestão Hospitalar – IQGH.

**Julho:**

a) Realização de 03 reuniões do GT de Atenção da CIT(03, 04 e 16/07) para avaliação das novas minutas de portarias, fruto da discussão do mês anterior.

b) A reunião do dia 16/07, cuja pauta propunha a releitura para acertos finais das 04 portarias (PNHOSP, HPP, Contratualização e IQGH), foram apresentadas novas pendências e não foi possível finalizar a contento os trabalhos. A principal foi a respeito do corte mínimo de leitos para as considerações sobre os HPPs. O CONASEMS informou a sua posição de que o corte mínimo deverá ser de 20 (vinte) ou mais leitos. O GT discutiu também os cenários de custeio para os HPPs, levando em consideração aqueles que possuem apenas atendimento à clínica médica, à clínica médica e obstetrícia, os situados nas regiões metropolitanas, os da Amazônia Legal, e aqueles que podem ter agregados outros serviços clínicos. Proposto e acatado novo cronograma de reuniões ( 23, 30 e 31/07) do GT Atenção da CIT a fim de encaminhar para a reunião extraordinária da CIT a ser realizada em 05 de agosto de 2013.

c) Em reunião do GT de Atenção CIT os representantes do MS comunicaram que, tendo em vista as estimativas de cenários e seus respectivos valores financeiros, a proposta de corte de leitos de no mínimo 20 ou mais leitos e a “fragilidade do conhecimento destes mais de 3.200 estabelecimentos de saúde” (NT/CGHOSP/DAHU/SAS/MS em anexo), não seria possível a pactuação da portaria específica de HPPs neste momento. A posição até então das representações do CONASS e CONASEMS era de não se pactuar as demais portarias em separado da proposta para os HPPs. Instalado o impasse, foi suspensa a realização da reunião extraordinária da CIT proposta para o dia 05 de agosto. Naquele momento o MS propôs a realização de um amplo diagnóstico sobre os Hospitais de 50 ou menos leitos.

O MS também informou durante a realização do 23º Congresso da Confederação das Misericórdias do Brasil, em Brasília, seriam informados os novos valores a serem praticados no Incentivo à Contratualização – IAC, até a pactuação do Incentivo à Qualificação à Gestão Hospitalar – IQGH.

### **Agosto**

a) Realização do 23º Congresso da Confederação das Misericórdias do Brasil, nos dias 06 e 07/08/2013. Na abertura do evento, o sr Ministro anunciou o reajuste de valores referentes ao Incentivo à Contratualização – IAC e mencionou que o

mesmo abrangerá todas as Instituições Filantrópicas. No dia 07/08/2013, a diretora do DAHU/SAS informou que os reajustes do IAC serão válidos para as Instituições Filantrópicas com 25 ou mais leitos operacionais contratualizados para o SUS, significando uma ampliação da proposta inicial, que era de 50 ou mais leitos.

### **Setembro**

a) Reunião do GT Atenção da CIT, no dia 17/09/2013, sobre as portarias de PNHOSP, Contratualização e Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar. Não houve mudanças na proposta de julho sobre a PNHOSP. A proposta relativa à Contratualização continua com as pendências já apontadas e com relação ao IQGH, surgiram novas pendências.

Salientamos que o IQGH é substituto do Incentivo a Adesão à Contratualização – IAC. Foi publicado, em 17/09/2013, nova redação, através da portaria Nº 2.0345 GMS, estabelecendo “novas regras para o cálculo do 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)”

A citada portaria destina o IAC aos estabelecimentos hospitalares sem fins lucrativos, com ou sem certificação de Hospital de Ensino, desde que:

I – possuam trinta ou mais leitos ativos, devidamente cadastrados no SCNES e salienta que os hospitais com 30 a 50 leitos deverão “adicionalmente ter 25 ou mais leitos disponíveis para o SUS e taxa de ocupação dos leitos SUS de no mínimo 30 %, no período definido como série histórica para cálculo do IAC.”

Principais artigos:

Art. § 2º Não fazem jus ao IAC:

I - os estabelecimentos hospitalares que tenham mais de 30% (trinta por cento) de leitos psiquiátricos ou leitos de crônicos, em relação ao total de leitos existentes;

II - os estabelecimentos públicos gerenciados ou administrados por entidades privadas;

III - os estabelecimentos públicos administrados por Organizações Sociais, nos termos da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; e

IV - as concessionárias de serviços públicos na área da saúde, com base nas Leis nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, e nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995.”

Art. 4º O valor da produção de média complexidade a ser contratado a partir da publicação desta Portaria e até 31 de julho de 2014 poderá considerar a produção apresentada na série histórica compreendida entre junho de 2012 e maio de 2013.

Art. 9º O IAC será repassado a partir da competência de agosto de 2013, desde que:

I - o estabelecimento hospitalar tenha encaminhado o pedido de contratualização ou aditamento à contratualização ao gestor de saúde responsável até 31 de outubro de 2013; e

II - o gestor de saúde responsável tenha encaminhado a documentação necessária à CGHOSP/DAHU/SAS/MS até 30 de novembro de 2013.

§ 1º Em caso de descumprimento do prazo definido no inciso I, o gestor de saúde responsável poderá, a seu critério, encaminhar a documentação necessária até 30 de novembro de 2013, de modo a garantir o recebimento do IAC a partir da competência agosto de 2013.

§ 2º Caso a documentação necessária seja encaminhada pelo gestor responsável após 30 de novembro de 2013, o IAC será repassado a partir da data da efetiva contratação do estabelecimento hospitalar.

Art. 11. A cada mês de dezembro será monitorada pela CGHOSP/DAHU/SAS a manutenção dos requisitos estabelecidos no art. 2º desta Portaria.

Parágrafo único. Após cada ciclo de monitoramento, será disponibilizada no sítio <http://www.saude.gov.br/sas> a relação de estabelecimentos pré-qualificados para recebimento do IAC.

Art. 12. O IAC será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde, cabendo ao gestor de saúde responsável o repasse dos valores ao estabelecimento hospitalar contemplado.

A proposta de portaria do IQGH é baseada nestes pressupostos, e foi discutida em item específico nesta Nota Técnica. A última reunião do GT indicou várias questões e o MS está avaliando as ponderações realizadas.

O MS disponibilizou a Nota Técnica em Referência - PNHOSP, Contratualização, IQGH e HPPs, que está em anexo bem como o Diagnóstico da Atenção Hospitalar.

**ANEXO II - LEGISLAÇÃO RELACIONADA AO TEMA****HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE**

- Portaria nº 1.044, de 01 de junho de 2004, institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte.
- Portaria nº 287/SAS/MS, de 28 de junho de 2004, define o financiamento do valor leito para os Hospitais de Pequeno Porte;
- Portaria nº 852/GM/MS, 07 de junho de 2005, adequa a operacionalidade da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte.
- Portaria nº 94/SAS/MS, de 14 de fevereiro de 2005, regulamenta o fluxo operacional da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte;

**HOSPITAIS DE ENSINO**

- Portaria Interministerial nº 1006, de 27 de maio de 2004, cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação.
- Portaria MS/GM nº 1.702, de 17 de agosto de 2004, cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Portaria MS/GM N° 1.703, DE 17 de agosto de 2004 Destina recurso de incentivo à contratualização de Hospitais de Ensino Públicos e Privados, e dá outras providências.
- Portaria MS/GM nº 1.721 de 21 de setembro de 2005, cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.
- Portaria MS/SAS nº 635, de 10 de novembro de 2005, regulamento Técnico para a implantação e operacionalização do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde.
- Portaria MS/GM nº 3.123, de 07 de dezembro de 2006, homologa processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos.
- Portaria GM/MS N° 3.276, de 28 de dezembro de 2007 - Estabelece que as instituições que optarem por desenvolver projetos de apoio ao

desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS deverão atender as etapas de habilitação e a apresentação de projetos.

- Decreto nº 4.481, de 22 de novembro de 2002, que dispõe sobre os critérios para a definição dos Hospitais Estratégicos, no âmbito do SUS, e dá outras providências;
- Decreto Nº 7.237, de 20 de julho de 2010 - Regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências.

## **LEITOS DE UTI**

- Portaria MS/GM Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, estabelece critérios para credenciamento.
- Portaria MS/GM Nº 598, de 23 de março de 2006, define o fluxo a ser seguido.
- Portaria MS/GM 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.
- Portaria MS/GM Nº. 3.024, de 21 de dezembro de 2011 - Institui incentivo financeiro destinado aos estabelecimentos hospitalares que se caracterizem como entidades beneficentes de assistência social na área da saúde e que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços de saúde exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Incentivo 100% SUS).
- Decreto nº 7.237, De 20 de julho de 2010 - Regulamenta a Lei no 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências.
- Portaria Interministerial MEC/MS Nº 2.400, de 2 de outubro de 2007 - Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.



- Portaria MS/GM N° 3.123, de 07 de dezembro de 2006 - Homologa o Processo de Adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria MS/GM n° 2.352, de 26 de outubro de 2004 Regulamenta a alocação dos recursos financeiros destinados ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências.
- Portaria Interministerial MEC/MS N° 1.006, DE 27 DE MAIO DE 2004 - Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS.
- Portaria MS/GM N° 2.256, de 10 de dezembro de 2002 - Declara como Hospital Estratégico, em conformidade com os critérios de enquadramento estabelecidos pelo Decreto nº 4.481, de 22 de novembro de 2002, os hospitais relacionados no Anexo desta Portaria.

### **Portarias Redes**

- Portaria GM/MS n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
- Portaria GM/MS n° 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS.
- Portaria N° 930, de 10 de maio de 2012 - Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria GM/MS N° 2.351, de 5 de outubro de 2011 -- Altera a Portaria n° 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha.
- Portaria GM/MS n° 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011 - institui a Rede de Atenção às Urgências.
- Portaria GM/MS N° 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011 - Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS.

- Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012 - Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS
- Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito SUS.