

MANUAL PARA CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS DA REDE EBSERH NO ÂMBITO DO SUS

DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR
SERVIÇO DE CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



Serviço de Contratualização Hospitalar
Coordenadoria de Gestão da Atenção Hospitalar
Diretoria de Atenção à Saúde
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

**Manual para Contratualização dos Hospitais Universitários Federais da
Rede Ebserh no âmbito do Sistema Único de Saúde**

1ª Edição

Brasília/DF
2024

Presidente

Arthur Chioro

Vice-Presidente

Daniel Beltrammi

Diretora de Atenção à Saúde

Lumena Almeida Castro Furtado

Coordenador de Gestão da Atenção Hospitalar

Rodrigo Alves Torres Oliveira

Chefe de Serviço de Contratualização Hospitalar

Fábio Landim Campos

Expediente

Serviço de Contratualização Hospitalar

©2024, Ebserh. Todos os direitos reservados
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Elaboração, Distribuição e Informações:

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Diretoria de Atenção à Saúde
Coordenadoria de Gestão da Atenção Hospitalar
Serviço de Contratualização Hospitalar
Setor Comercial Sul - SCS, Quadra 09, Lote C, Ed. Parque Cidade Corporate,
Bloco C, 1º ao 3º pavimento - CEP: 70.308-200 – Brasília/DF
Telefone: (61) 3255-8900 | Site: www.ebserh.gov.br
E-mail: sch.sede@ebserh.gov.br

Elaboração:

Aretha Carolinne Cavalcante dos Santos
Débora Alves de Sousa
Diana Grazielle dos Santos
Enia Maluf Amui
Fábio Landim Campos
Max Wilian Silva Simões
Mayra Chaves dos Santos
Sibely Diani Mesquita Santos Gambaro

Colaboração:

Hospitais Universitários Federais da Rede Ebserh

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Benefícios da contratualização hospitalar	7
Figura 2 – Composição do Instrumento Formal de Contratualização (IFC)	12
Figura 3 – Composição do Documento Descritivo	14
Figura 4 – Parâmetros para o processo de definição de metas	16
Figura 5 – Indicadores gerais para avaliação de metas qualitativas	17
Figura 6 – Indicadores de meta qualitativa para hospitais com UTI	18
Figura 7 – Recursos federais para financiamento da média e alta complexidade	20
Figura 8 – Fluxo do processo de contratualização	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 LEGISLAÇÃO APLICÁVEL	9
3 INSTRUMENTO FORMAL DE CONTRATUALIZAÇÃO	12
3.1 TERMO DO INSTRUMENTO FORMAL DE CONTRATUALIZAÇÃO	13
3.2 DOCUMENTO DESCRITIVO	14
3.2.1 METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS	15
3.3 TERMO ADITIVO	19
4 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE CONTRATUALIZADOS	20
4.1 MODELOS DE ORÇAMENTAÇÃO	23
5 PROCESSO DE FORMALIZAÇÃO DO IFC	25
5.1 ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL	25
5.2 FLUXO DO PROCESSO	28
5.3 RELAÇÃO COM A GESTÃO DO SUS	30
6 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS	32
6.1 COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO	35
7 BOAS PRÁTICAS NO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO	37
REFERÊNCIAS	38

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista dos brasileiros na garantia do acesso universal à saúde. Em um país diverso e desigual como o Brasil, a conformação das redes de saúde, em cada região, é central na garantia de acesso e qualidade do cuidado. Uma rede como a Ebserh, com 45 Hospitais Universitários (HUs) em todo país, tem uma enorme importância, não apenas na construção de um cuidado integral e que respeite as singularidades e direitos, mas também na formação de profissionais e na condução de pesquisas visando a impulsionar a inovação no SUS. A contratualização com os gestores locais para cada HU é uma estratégia fundamental para desenhar essa inserção.

No âmbito do SUS, o processo de contratualização hospitalar ocorre mediante a formalização da relação entre gestores públicos de saúde, representados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, e hospitais integrantes do SUS, sejam eles de natureza jurídica pública ou privada, com ou sem fins lucrativos, por meio de um instrumento que expressa os acordos entre os partícipes envolvidos.

A contratualização objetiva:

1. Definir o papel de cada hospital na RAS, considerando as especificidades regionais;
2. Qualificar a gestão hospitalar, a assistência e o ensino e pesquisa; e
3. Buscar a sustentabilidade financeira;

Para o cumprimento desses objetivos, o processo de contratualização deve estabelecer as responsabilidades dos partícipes e definir critérios e métodos de monitoramento e avaliação dos resultados pactuados. Segundo o Ministério da Saúde¹, os principais benefícios da contratualização hospitalar são os apresentados na Figura 1.

Figura 1 – Benefícios da contratualização hospitalar



Fonte: Ministério da Saúde, adaptado pelo Serviço de Contratualização Hospitalar, 2024.

A contratualização hospitalar é um eixo estruturante da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída em 2013 pelo Ministério da Saúde com intuito de estabelecer diretrizes para a organização do componente hospitalar na RAS². Essas diretrizes foram consolidadas no Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2/2017. Conforme estabelecido pela PNHOSP, no capítulo III, seção VI, art. 35, as diretrizes da contratualização são as seguintes:

- I - adequação das ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou na CIR, quando houver;
- II - definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor;
- III - estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas quali-quantitativas;
- IV - aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais; e
- V - efetivação do controle social e garantia de transparência.

As diretrizes se aplicam a qualquer tipo de relação a ser estabelecida entre a gestão do SUS e os prestadores de serviços, sejam eles privados, filantrópicos ou públicos, e servem como referência para pactuação de resultados com unidades de gestão própria das instâncias municipais e estaduais. Em decorrência das especificidades da prestação de serviços por parte dos Hospitais Universitários Federais (HUFs) para com os sistemas de saúde locais, este manual foi elaborado para orientar a atuação dos HUFs na contratualização hospitalar com a gestão do SUS.

2 | LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

A seguir, estão listados os principais normativos que fundamentam os processos contratuais da administração pública e da contratualização hospitalar no âmbito do SUS. Destacam-se os aspectos mais relevantes à contratualização dos HUFs, sobretudo daqueles são vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), conforme suas especificidades:

a) Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990³ – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, essa Lei destaca em seu art. 4º que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, incluídos aqui os HUFs, constitui o SUS.

Observa-se, no art. 24, que a busca pela complementação de serviços por parte de instituições filantrópicas ou privadas só se justifica quando ocorrer um esgotamento dos recursos do setor público. Isso significa que a contratualização dos serviços dos HUFs deve ter prioridade em relação aos demais tipos de prestadores.

Ressalta-se, também, a responsabilidade dos serviços público que integram o SUS de serem campo de prática para ensino e pesquisa, atuando na formação de profissionais para a área da saúde, conforme mencionado no parágrafo único do art. 27. Dessa forma, a dimensão formativa que compõe o trabalho dos HUFs deve ser considerada, por exemplo, no planejamento assistencial e, por conseguinte, na definição de metas do instrumento contratual, sem acarretar prejuízos ao hospital.

Já o art. 45 estabelece que os hospitais universitários devem integrar-se ao SUS mediante convênio, garantindo sua autonomia multidimensional em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ao ensino e à pesquisa, e na gestão de seus recursos. Isso legitima o hospital universitário como ator para pactuar sua oferta dirigida ao sistema de saúde.

Para além dessas questões específicas já apontadas, é importante lembrar que a Lei n.º 8.080/1990 define os princípios e diretrizes que devem ser observados por qualquer instituição inserida no SUS.

b) Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011⁴ – Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

Conforme art. 3º, § 1º, as atividades de prestação de serviços de assistência à saúde prestadas pelos HUFs da Rede Ebserh devem estar inseridas integral e exclusivamente no âmbito do SUS.

O art. 5º dispensa a licitação para a contratação da Ebserh pela administração pública para realizar atividades relacionadas ao seu objeto social, ou seja, os Instrumentos Formais de Contratualização celebrados entre os gestores do SUS e a Rede Ebserh não são firmados mediante processo licitatório.

c) Lei n.º 13.303, de 30 de junho de 2016⁵ – Dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Essa lei, conhecida como “Lei das Estatais”, traz algumas inovações para a regulamentação das licitações e contratações das estatais. O Regulamento de Licitações e Contratos da Ebserh foi elaborado com base na referida lei.

d) Lei n.º 14.133, de 1º de abril de 2021⁶ - Estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Essa lei trata das regras gerais de licitação e administração de contratos, e suas dimensões abarcam, principalmente, a realização de contratos administrativos entre entes públicos e privados. As disposições desta lei também são aplicáveis aos convênios, no que couber, dada a ausência de norma específica, conforme prevê seu art. 184.

Um dos dispositivos dessa Lei, aplicável a qualquer tipo de instrumento contratual, e que foi considerado neste manual, é o art. 106, que estabelece o prazo máximo de vigência em até 5 (cinco) anos, sendo possível a prorrogação sucessiva até o limite de 10 (dez) anos, conforme estabelecido em seu art. 107.

Ressalta-se que, a depender do período, poderão incidir, no que couber, as disposições da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, uma vez que os ajustes firmados antes de 1º de abril de 2023 continuam a ser regidos de acordo com as regras previstas na legislação revogada.

e) Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017² – Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (Anexo XXIV – Política Nacional de Atenção Hospitalar e Anexo 2 do Anexo XXIV – Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS).

O Anexo XXIV e o Anexo 2 do Anexo XXIV dessa portaria apresentam os conteúdos das portarias revogadas n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013 e n.º 3.410, de 30 de dezembro de 2013, sem alterações. O processo de consolidação de normas foi uma medida adotada pelo Ministério da Saúde em 2017, com intuito de agrupá-las conforme sua aplicação, para com isso facilitar a utilização por parte dos gestores do SUS.

Como já mencionado, a PNHOSP e as Diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS² são as normativas mais importantes na fundamentação deste documento, tendo sido considerados os aspectos aplicáveis aos HUF.

f) Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017¹⁰ - Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.

g) Estatuto Social da Ebserh¹¹ – Constitui e regulamenta os direitos e deveres da Ebserh.

h) Regimento Interno da Administração Central da Rede Ebserh¹² – Dispõe sobre a estrutura organizacional, suas vinculações, colegiados internos e das competências comuns e específicas de cada área da Administração Central da Rede Ebserh.

i) Norma Operacional - SEI n.º 1/2022/VP-EBSEERH¹³ - Institui procedimentos para criação, ampliação, suspensão e extinção de serviços de assistência à saúde no âmbito dos HUFs da Rede Ebserh e critérios de avaliação de pleitos pela Administração Central.

j) Norma Operacional – SEI n.º 3/2023/DEPAS-EBSEH¹⁴ – Estabelece regras no âmbito dos HUFs da Rede Ebserh para contratualização com o SUS.

k) Portaria - SEI n.º 03, de 14 de dezembro de 2017¹⁵ - Institui a Diretriz Ebserh para orientar e subsidiar a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) no âmbito do SUS, a ser utilizada pelos HUFs da Rede Ebserh.

l) Portaria Ebserh - SEI n.º 08, de 09 de janeiro de 2019¹⁶ – Delega competências aos HUFs e unidades descentralizadas administradas pela Ebserh para a prática de atos de gestão administrativa, orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, de estoques, documental e de recursos humanos necessários ao funcionamento das unidades sob sua responsabilidade.

Essa portaria trata da delegação de competências aos hospitais da Rede Ebserh que, dentre outras, apresenta, em seu art. 6º, a responsabilidade do(a) Superintendente de estabelecer o Instrumento Formal de Contratualização com a gestão do SUS, bem como gerenciá-lo e avaliá-lo. Refere ainda que os HUFs devem submeter a minuta dos instrumentos para análise prévia da Administração Central da Ebserh. Essa normativa sustenta parte importante da definição de fluxo do processo de contratualização que está apresentado em item específico deste documento.

m) Portaria - SEI n.º 40, de 09 de agosto de 2022¹⁷ - Institui o fluxo de tramitação dos IFCs firmados entre os HUFs e a gestão do SUS, no âmbito da Rede Ebserh.

n) Portaria GM/MS n.º 1.604, de 18 de outubro de 2023¹⁸ - Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa portaria estabelece diretrizes, dimensões e eixos estruturantes que deverão orientar o modo de organização e funcionamento dos serviços de atenção especializada no âmbito do SUS.

o) Portaria GM/MS n.º 3.492, de 8 de abril de 2024¹⁹ - Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A referida portaria, além de estabelecer os objetivos e diretrizes do Programa, institui a organização das ações e serviços de saúde a partir de Ofertas de Cuidados Integrados – OCI, cuja finalidade é proporcionar uma atenção oportuna, integrada e com qualidade ao usuário.

p) Decreto n.º 11.674, de 30 de agosto de 2023²⁰ - Institui o Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários Federais Integrantes do Sistema Único de Saúde (PRHOSUS). O objetivo do Programa é criar condições para que os hospitais universitários federais possam desempenhar as suas ações assistenciais com qualidade e efetividade. Para isso, o decreto prevê a pactuação de contratos de objetivos, referentes às unidades hospitalares integrantes do PRHOSUS, os quais indicarão os resultados a serem obtidos no âmbito da qualificação e da reestruturação dos hospitais universitários federais.

q) Portaria SAES/MS n.º 1.640, de 7 de maio de 2024²¹ - Dispõe sobre a operacionalização do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, denominado Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), no âmbito do Sistema Único de Saúde. A portaria estabelece os requisitos para adesão ao Programa, trata de aspectos relacionados ao registro da produção, regulação, financiamento e controle.

3 | INSTRUMENTO FORMAL DE CONTRATUALIZAÇÃO

As normativas vigentes estabelecem que a contratualização poderá ser firmada pelos seguintes instrumentos: Convênio, Contrato Administrativo, Contrato de Gestão, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), Termo de Parceria, Termo de Compromisso, dentre outros.

A proposição do tipo de instrumento compete à gestão do SUS, uma vez que esse é o contratante na relação contratual. No entanto, a escolha do instrumento deve observar a normativa aplicável (art. 24 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2/2017), devendo ser proposto modelo que seja compatível com a natureza jurídica da Ebserh. Por exemplo, não é admissível que o gestor do SUS proponha firmar a contratualização mediante a assinatura de Termo de Parceria com a Ebserh, que não se caracteriza como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPI)

Considerando que os HUFs têm por finalidade a prestação de serviços gratuitos de forma integral e exclusivamente no âmbito do SUS e que a relação com a gestão do SUS compõe-se de interesse recíproco, entende-se que o convênio é o instrumento mais adequado à formalização da contratualização no âmbito da Rede Ebserh, visto que se destina a formalizar a comunhão de esforços entre a Ebserh e os gestores públicos, visando viabilizar o fomento e a execução de atividades na promoção de objetivos comuns.

Nesse contexto, adota-se como terminologia adequada o termo “concedente” ao referir-se ao financiador do acordo firmado – gestão do SUS, outrora denominado contratante, quando o tipo de instrumento pactuado é o contrato. Já quando nos referimos ao conveniente, diz respeito à entidade da administração pública que presta o serviço pactuado mediante convênio – hospitais, também denominado contratado, quando o instrumento firmado é o contrato.

O Instrumento Formal de Contratualização compõe-se por duas partes indissociáveis, conforme Figura 2:

Figura 2 - Composição do Instrumento Formal de Contratualização (IFC)



Fonte: Serviço de Contratualização Hospitalar, 2024.

3.1 TERMO DO INSTRUMENTO FORMAL DE CONTRATUALIZAÇÃO

O Termo do IFC apresenta, como estrutura mínima, as responsabilidades do hospital quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e de ensino e pesquisa; as responsabilidades da concedente/contratante, representada pelo Município, Estado ou Distrito Federal; os recursos financeiros, suas fontes e formas de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade da assistência prestada; as sanções e penalidades (no que couber); e a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC).

Na definição e pactuação das responsabilidades dos partícipes no IFC, deverão ser consideradas, como referência, aquelas previstas no Anexo 2 do Anexo XXIV, da Portaria de Consolidação GM/MS n. 2/2017², observadas as especificidades de cada HUF e do território em que se encontra inserido.

Para além das responsabilidades supramencionadas, o § 2º do art. 10 da Norma Operacional n.º SEI 03/2023/DEPAS-EBSEH¹⁴ define as responsabilidades inerentes à gestão interna do processo de contratualização, sob competência do Colegiado Executivo (COLEX), composto pela Superintendência e Gerências do HUF, não sendo necessário reproduzi-las no IFC.

A estrutura e conteúdo do IFC devem ser objetos de discussão e pactuação entre o hospital e a gestão do SUS, a fim de contemplar as especificidades e particularidades existentes entre os partícipes.

Conforme já mencionado, o prazo máximo de vigência do Termo do IFC é de até 5 (cinco) anos, podendo ser prorrogável até o limite de 10 (dez) anos, nos termos do art. 107 da Lei 14.133 de abril de 2021. A definição do prazo de vigência deve ser acordada entre os partícipes. Os gestores do HUF devem observar as condições propostas pela contraparte, analisar a conjuntura econômica e política, e mais diretamente a relação com a gestão do SUS, para balizar sua proposta de maior ou menor vigência para o instrumento. Se as condições forem desfavoráveis para o HUF, seus gestores devem propor um período de vigência menor, para ser possível uma revisão em menor tempo. Do contrário, deve-se buscar obter prazos maiores. Vale ressaltar que antes do término das vigências estabelecidas deve ocorrer a prorrogação, se couber, ou a celebração de novos instrumentos.

A vigência e outros aspectos do IFC podem ser alterados a qualquer tempo por meio de Termo Aditivo (TA), desde que acordado entre os partícipes. Considerando o prazo de vigência do instrumento, orienta-se o início do processo de revisão do documento com pelo menos 90 (noventa) dias de antecedência do término de sua validade.

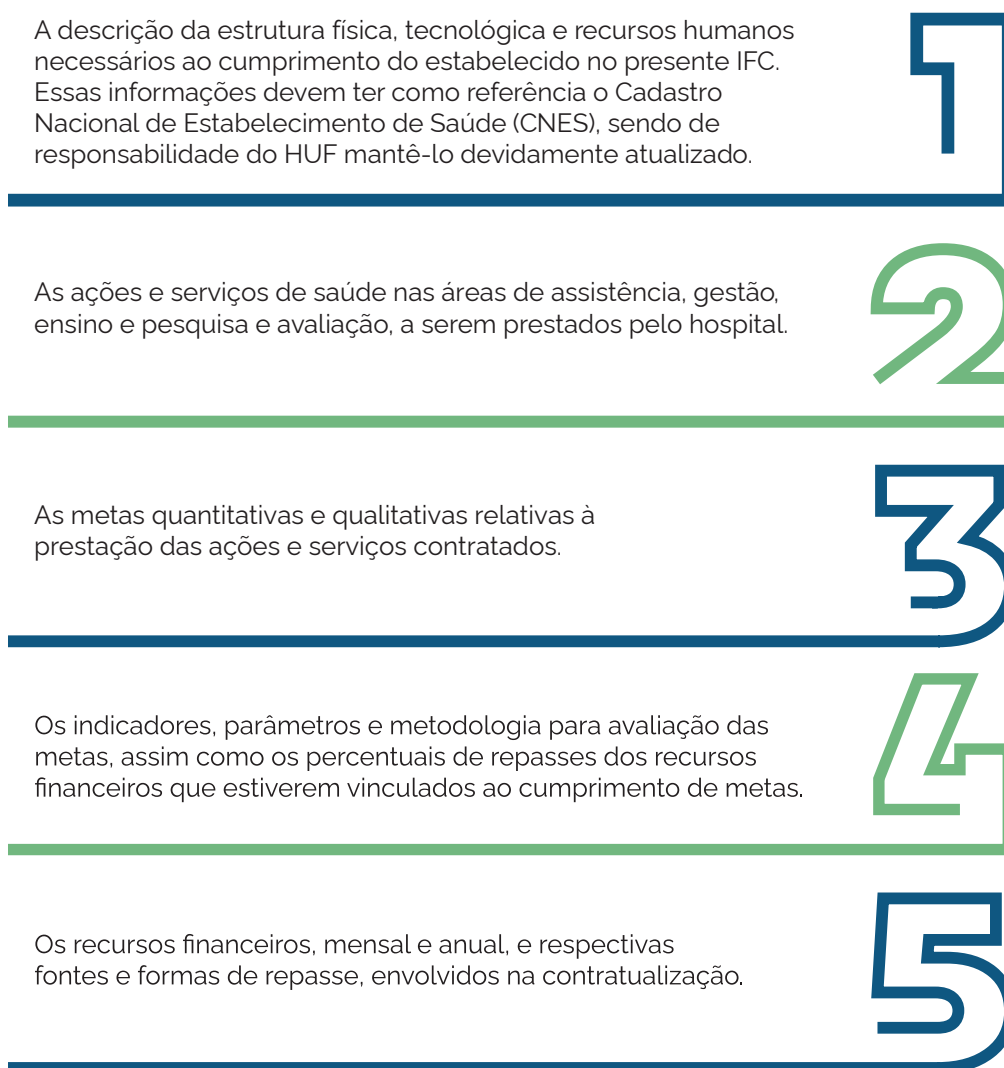
O IFC, incluídos seus aditivos, após observados todos os trâmites de pactuação, deverá ser assinado pelos representantes da Ebserh – Administração Central e HUF. Conforme normativas vigentes, somente após a aprovação pela Diretoria Executiva (DIREX) é que as assinaturas deverão ser efetivadas, de forma física ou digital. Para ambas as formas de assinatura, a data deverá ser coincidente ou posterior à referida aprovação. É recomendável, de igual modo, que os gestores do SUS também assinem e datem tais instrumentos consoante essa diretriz. Casos específicos deverão ser tratados previamente junto ao Serviço de Contratualização Hospitalar da Coordenadoria de Gestão da Atenção Hospitalar da Diretoria de Atenção à Saúde da Ebserh (SCH/CGAH/DAS).

3.2 DOCUMENTO DESCRITIVO

O Documento Descritivo (DD) é parte integrante e indissociável do IFC, sendo o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa, por meio de metas quantitativas e qualitativas, e respectivos indicadores.

A Figura 3 apresenta o que o DD deverá contemplar:

Figura 3 – Composição do Documento Descritivo



Fonte: Serviço de Contratualização Hospitalar, 2024.

Por ter um caráter mais dinâmico, o DD tem vigência máxima de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser alterado a qualquer tempo quando acordado entre os partícipes. A ponderação de pertinência quanto ao prazo de vigência estabelecido para o DD segue a mesma lógica do que já foi discutido referente ao Termo do IFC. Orienta-se iniciar o processo de repactuação, preferencialmente, com pelo menos 90 (noventa) dias de antecedência do término da vigência do instrumento. Quando da renovação do DD, esse deve ser inserido no IFC por meio de TA, visto que este é o documento capaz de realizar modificações no instrumento contratual original.

Se acordado previamente com a gestão do SUS que o hospital elaborará e apresentará proposta de IFC, importa mencionar que o SCH/CGAH/DAS disponibiliza aos HUFs modelos de minuta do Termo do IFC e do DD, para análise e adequação de conteúdo à realidade de cada hospital, com a finalidade de conferir maior agilidade ao processo de pactuação.

3.2.1 METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

A operacionalização das ações e serviços planejados nos eixos de gestão, de assistência, de avaliação e de ensino e pesquisa tem como instrumento norteador o DD, que contempla, dentre outros elementos, a definição de metas quantitativas e qualitativas relativas à prestação das ações e serviços contratualizados.

O repasse dos recursos financeiros pelos entes federativos aos hospitais contratualizados deve ocorrer de maneira regular, conforme estabelecido nos atos normativos específicos e no Instrumento Formal de Contratualização, e condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas, observado o método de avaliação previsto no IFC e as especificidades inerentes às modalidades de orçamentação – parcial e global.

Para os IFC estabelecidos com financiamento na modalidade de orçamentação parcial, conforme Anexo 2 do Anexo XXIV, da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2 de setembro de 2017, no § 1º do art. 28, as Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) referem que o valor pré-fixado dos recursos deve ser repassado mensalmente e distribuído da seguinte forma:

- I. 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas;
- II. 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas.

No entanto, está mencionado em seu § 2º, a possibilidade de ajuste desses percentuais, desde que pactuados entre o ente federativo concedente/contratante e o hospital, e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das categorias.

Já para os IFC estabelecidos sob a modalidade de orçamentação global, recomenda-se a adoção dos mesmos percentuais, uma vez que a portaria vigente não define parâmetros para essa modalidade. Mediante acordo entre os partícipes, para a orçamentação global, poderá haver pactuação de percentuais ou intervalos distintos da parcial.

O processo de definição de metas deve ter como balizadores os parâmetros apresentados na Figura 4, sendo esses não exaustivos:

Figura 4 – Parâmetros para o processo de definição de metas



Fonte: Serviço de Contratualização Hospitalar, 2024.

No caso de criação, ampliação ou extinção de serviços de assistência à saúde, com impacto nas metas contratuais, será necessário observar o cumprimento da Norma Operacional SEI n.º 1/2022/VP-EBSERH¹³.

As metas quantitativas deverão ser estruturadas segundo códigos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Tabela SUS), que podem ser consultados pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), nas respectivas possibilidades de apresentação, quais sejam – grupo, subgrupo, forma de organização e procedimento.

Cabe destacar que o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)²¹, instituído pelo Ministério da Saúde para promover a qualificação da atenção ambulatorial especializada, propõe às unidades aderentes ao programa a organização das ações e serviços de saúde a partir da Oferta de Cuidados Integrados (OCI). Cada OCI compreende o conjunto de procedimentos, tais como consultas, exames e tecnologias de cuidado inerentes a uma etapa da linha de cuidado para um agravo específico. Esse conjunto de procedimentos deverá ser identificado por meio de um código de procedimento principal, na Tabela SIGTAP, o qual terá um valor definido para a remuneração de todo o atendimento prestado ao usuário. A iniciativa indica que o valor a ser repassado por cada OCI aos gestores é superior ao somatório de cada procedimento isoladamente. Nesse sentido,

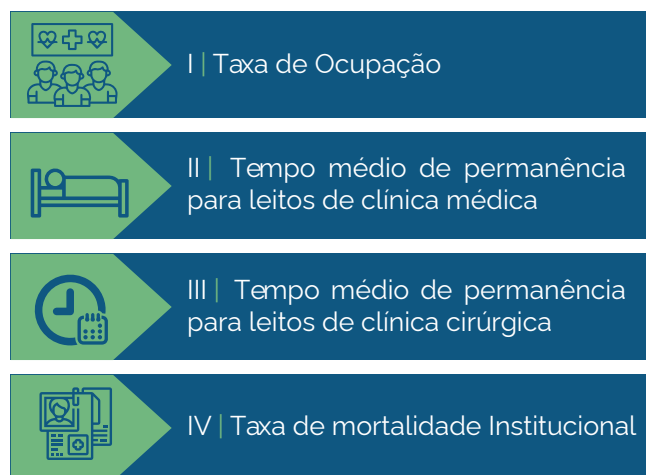
os compromissos pactuados pelos HUFs que aderirem ao programa deverão, gradativamente, ser reorganizados de maneira a atender ao modelo de OCI proposto. Sendo assim, a disposição das metas deverá considerar o estabelecido no PMAE e nas normativas específicas para cada OCI criada, ou seja, as metas deverão ser apresentadas por meio de "pacotes" de procedimentos, os quais compõem cada OCI.

Quanto às metas não estruturadas por meio de OCI, é importante avaliar a necessidade de sua maior ou menor agregação, tendo em vista as especificidades locais, especialmente no âmbito do processo de regulação e de processamento da produção assistencial. No menor nível de agregação, ou seja, por procedimento, enquanto se tem maior definição da meta, também pode haver o risco de engessamento dessa, fato que dificultaria a possibilidade de compensação mediante realização de outros procedimentos dentro da mesma forma de organização, grupo ou subgrupo, sendo esse aspecto especialmente importante nos períodos de sazonalidade. Por outro lado, nos maiores níveis de agregação, existe maior flexibilidade para a possibilidade de compensação, porém menor definição em relação às metas, fato que pode gerar situações de impasse junto ao gestor de saúde quanto à definição da oferta de serviço pactuada.

Essas metas deverão ser expressas em quantidade mensal e anual, sendo desnecessária a apresentação do valor correspondente ("meta financeira"). Os valores correlacionados às metas quantitativas constarão no quadro da programação orçamentária do IFC.

As metas qualitativas devem ser estruturadas com a definição de indicadores segundo a qualidade da atenção hospitalar nas dimensões – assistencial, gestão, ensino/pesquisa e avaliação. Devem ser considerados, minimamente, os indicadores obrigatórios apresentados na Figura 5, previstos na Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2 de setembro de 2017²:

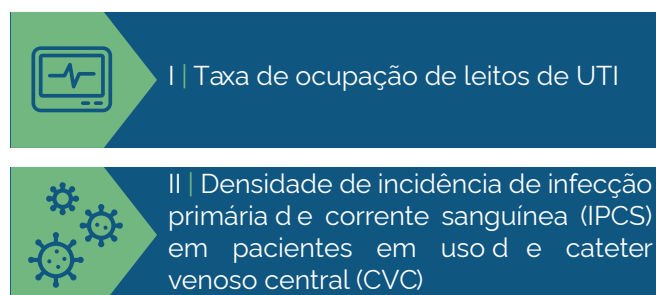
Figura 5 – Indicadores gerais para avaliação de metas qualitativas



Fonte: Serviço de Contratualização Hospitalar, 2024.

Para os hospitais que disponham de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), deverão constar também os indicadores da Figura 6:

Figura 6 – Indicadores de meta qualitativa para hospitais com UTI



Fonte: Serviço de Contratualização Hospitalar, 2024.

O indicador correspondente ao inciso II, Figura 6, foi atualizado, considerando o Anexo 4 da Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2023²².

Além dos indicadores relacionados (Figuras 5 e 6), poderão ser criados outros, mediante pactuação entre a gestão do SUS e o hospital, conforme necessidades ou especificidades locais.

Os hospitais que compõem as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, tais como: Rede Alyne, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; deverão monitorar e avaliar os compromissos e indicadores previstos nos atos normativos específicos de cada rede.

Vale ressaltar que, enquanto componentes da RAS, os HUFs constituem um ponto ou conjunto de pontos de atenção, sendo de competência da gestão do SUS a responsabilidade pela definição e coordenação dos diversos estabelecimentos integrantes da RAS, na perspectiva de garantir a resolução das demandas de saúde do território. Nesse contexto, a atuação dos HUFs deve restringir-se à dimensão da atenção hospitalar, como centros de referência de média e alta complexidade, conforme acordo estabelecido com a gestão do SUS por meio de IFC.

Assim, determinadas demandas oriundas da gestão do SUS podem não ser de responsabilidade de resolução dos HUFs, tais como aquelas referentes ao cuidado nos: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro Especializado em Reabilitação (CER), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), entre outros. Esses serviços não se constituem como unidades hospitalares, portanto, não podem ser geridos pela Ebserh, sendo de responsabilidade do gestor local do SUS.

A etapa de definição de metas deve envolver os diversos setores do HUF, preferencialmente por meio de uma equipe técnica multiprofissional, a fim de se obter metas factíveis.

Após pactuação e definição das ações e serviços de saúde, e sua devida inserção no IFC, esses deverão estar refletidos na Carta de Serviços do HUF, devendo ser atualizada, se necessário, conforme disposto no art. 11, caput, do Decreto n.º 9.094/2017²³.

No que se refere aos demais instrumentos de gestão do HUF e do SUS, faz-se necessária a observância de compatibilidade das responsabilidades e metas definidas para o IFC e dos

compromissos eventualmente assumidos nesses instrumentos, tais como: Plano Diretor Estratégico; Planos de Ação das Redes Temáticas; Plano Municipal e/ou Estadual de Saúde; Programação Anual de Saúde; Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), anteriormente denominada de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde (PPI); entre outros.

3.3 TERMO ADITIVO

O termo aditivo é o documento destinado a realizar alterações contratuais, como, por exemplo, revisões de cláusulas, valores, vigência, metas, responsabilidades, entre outras. É necessário atentar para a qualificação dos partícipes, a definição precisa do objeto do acordo, o detalhamento das alterações, a inserção de cláusula de ratificação, bem como dos campos de assinaturas, local e data.

Ressalta-se que o aditivo contratual pode abranger, no mesmo instrumento, objetos distintos, sendo desnecessária a formalização de um TA para cada objeto. Na pactuação de novo DD, este também deverá ser acompanhado de TA.

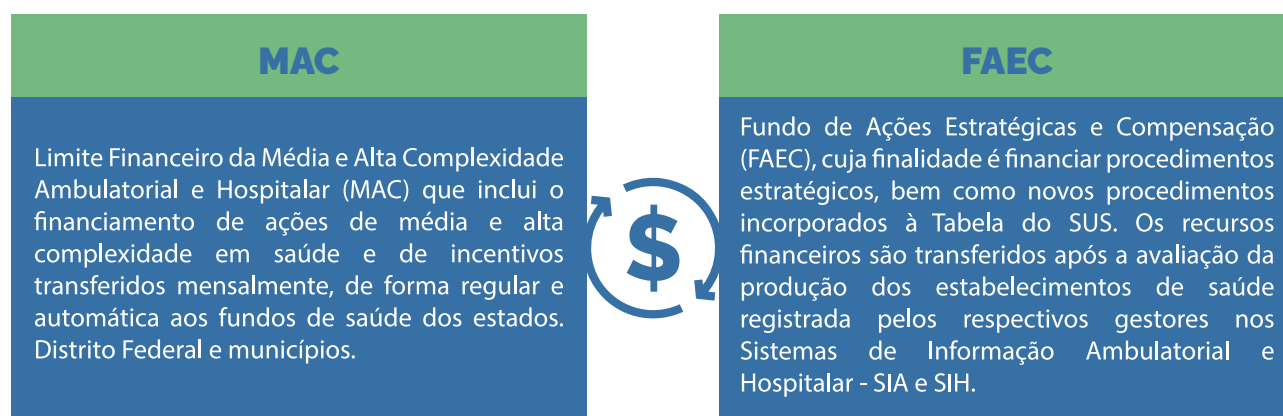
Cabe destacar que, mediante acordo entre os partícipes, não há limitação quantitativa para a celebração de TA, devendo ser observada a vigência do IFC. Outrossim, considerando os princípios da razoabilidade e da eficiência, bem como da economia processual, deve-se evitar a formalização excessiva e concomitante de aditivos contratuais. O processo de formalização do TA deve seguir o mesmo fluxo de tramitação do IFC de origem. Os termos aditivos devem ser publicados, por meio de extrato, em Diário Oficial, pelo ente federativo concedente/contratante, conforme normativa de cada esfera de governo.

Enfatiza-se que alterações substanciais nos instrumentos contratuais, necessariamente, deverão ser formalizadas por meio de TA. No entanto, caso haja a necessidade de eventuais ajustes que não alterem o objeto e as bases contratuais, esses deverão ser discutidos e analisados previamente junto ao SCH/CGAH/DAS, a fim de avaliar a viabilidade de aplicação de instrumentos congêneres.

4 | FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE CONTRATUALIZADOS

As ações e serviços de saúde da média e alta complexidade são financiados pelas três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal²⁴ e na Lei Orgânica da Saúde³. Os recursos federais destinados para esse fim, estão atualmente organizados em dois componentes (Figura 7):

Figura 7 – Recursos federais para financiamento da média e alta complexidade



Fonte: Serviço de Contratualização Hospitalar, 2024.

Para o custeio dos HUFs, além dos recursos de fonte federal, pode haver também os de fonte estadual e/ou municipal, porém, no caso de pactuação para o aporte de recursos dessas outras fontes, caracterizados como receita própria, há que se considerar a existência prévia de lastro orçamentário no HUF, para viabilizar a sua execução. Importa destacar que o Novo Arcabouço Fiscal²⁵, que instituiu limites para o montante global das dotações orçamentárias no âmbito da Administração Pública Federal, não incluiu no cálculo dos limites as universidades públicas federais, nem as empresas públicas da União prestadoras de serviços públicos para hospitais universitários federais. Essa exclusão possibilitou uma maior flexibilidade em relação à execução de despesas para a rubrica receita própria, visto que viabilizou a existência de disponibilidade orçamentária para os HUF.

Na ocorrência de repasses diretamente do ente concedente/contratante para o hospital, relativos à receita própria, a viabilização se dá por meio de Guia de Recolhimento da União (GRU), cujo preenchimento deve observar as normas aplicáveis, sob orientação da Diretoria de Orçamento e Finanças (DOF) da Ebserh. Embora a execução de recursos provenientes de fonte própria tenha sido facilitada, os repasses dessa rubrica não são realizados de forma automática, fato esse que pode ocasionar certa fragilidade no recebimento de valores. Assim, é recomendável que seja dada preferência às pactuações que envolvam o repasse de recursos de fonte federal.

Além disso, é possível que a gestão municipal ou estadual do SUS institua incentivos financeiros como recursos pré-fixados de fonte federal, com base no definido pelo art. 17, § 1º, inciso VIII, Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2 de setembro de 2017², para o custeio de insumos e/ou outras ações e serviços de saúde contratualizados, desde que não se configurem como recurso de complementação da Tabela SUS.

Conforme a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6 de setembro de 2017¹⁰, que consolida as normas sobre o financiamento e transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde no SUS, apenas para o caso em que os municípios, estados e Distrito Federal adotem tabela

diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde, deverão ser empregados recursos próprios para efeito de complementação financeira, sendo vedada a utilização de recursos federais para essa finalidade.

Nessa perspectiva, todos os valores que compõem o Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, podem ser aplicados às ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, desde que atendam, conforme definido no § 2º, art. 3º das disposições gerais da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6 de setembro de 2017¹⁰ e suas alterações:

I - a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados;

II - o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual do Estado, do Distrito Federal e do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e

III - o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do Sistema Único de Saúde - SUS em sua respectiva esfera de competência.

Cabe ressaltar, ainda, que a utilização dos recursos financeiros, referentes ao Bloco de Manutenção, pelo HUF, não deve se enquadrar em nenhuma das vedações previstas na portaria supramencionada e suas alterações, conforme a seguir:

Parágrafo único. Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Manutenção para o pagamento de:

I - servidores inativos;

II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;

III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;

IV - pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município ou do Estado; e

V - obras de construções novas bem como de ampliações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Sendo assim, não há restrição para a utilização dos recursos de fonte federal, oriundos do teto MAC, para o custeio de ações e serviços de saúde de média e alta complexidade do HUF, desde que observadas as questões mencionadas.

Em casos de ociosidade da capacidade instalada, atribuída às dificuldades do gestor local em regular a oferta de serviços e/ou em contratar a totalidade dos serviços disponíveis no HUF,

deve-se discutir com o ente federativo concedente/contratante a possibilidade de otimizar o uso dessa oferta no atendimento de outros municípios da região de saúde, cujo financiamento seria viabilizado mediante o remanejamento de teto MAC entre os entes envolvidos, por meio da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), anteriormente denominada de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde (PPI).

Importa mencionar que, entre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES)¹⁸, há a orientação de que o financiamento dos serviços de atenção especializada migre do modelo atualmente vigente, o qual está centrado no pagamento por procedimento, para um modelo cuja remuneração deverá estar direcionada para o cuidado integrado e integral do usuário. Nessa perspectiva, conforme o estabelecido no Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)²¹, o registro das ações assistenciais deverá ser realizado por meio da Oferta de Cuidados Integrados (OCI). Assim, cada OCI conterá um conjunto de procedimentos secundários compatíveis com o seu procedimento principal e que, quando realizados, deverão ser registrados na respectiva APAC de OCI.

Para fins de financiamento, a OCI será identificada por meio de um código de procedimento principal na Tabela SIGTAP, o qual terá um valor definido para a remuneração de todo o atendimento prestado ao usuário. De acordo com o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada¹⁹, o cálculo do valor da OCI considera a estimativa de valor dos procedimentos que a integram, acrescidos dos custos com tecnologias, como gestão clínica e saúde digital, valorizando a atenção integral e a coordenação do cuidado. O referido programa estabelece que o processo de contratualização do gestor estadual, municipal e distrital com os serviços e prestadores públicos e privados deverá considerar a PNAES e as OCI. Assim, gradativamente, os compromissos pactuados deverão ser reorganizados de maneira a atender ao modelo de OCI proposto.

Cabe salientar que tanto a PNHOSP² quanto a PNAES¹⁸ enfatizam a busca da sustentabilidade como uma das bases para o financiamento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Tendo isso em vista, importa mencionar que, entre as diretrizes da PNAES, estabeleceu-se a promoção de maior participação do governo federal no custeio, em pactuação com estados, Distrito Federal e municípios, para os serviços de atenção especializada, considerando o território e as desigualdades sociais e regionais. Nesse contexto, destaca-se tanto a instituição do PMAE quanto a criação do Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários Federais Integrantes do Sistema Único de Saúde (PRHOSUS)²⁰ como iniciativas que visam melhorar o financiamento das ações e serviços de saúde. Esse último foi instituído com a finalidade de ampliar e qualificar os serviços prestados pelo SUS, por meio da disponibilização de recursos para investimento e para prestação de ações e serviços de saúde aos Hospitais Universitários Federais, com o objetivo de criar condições para que as unidades hospitalares possam desempenhar as suas ações assistenciais com qualidade e efetividade.

Nesse contexto, destaca-se a adesão da Rede Ebserh ao PRHOSUS, formalizada por meio da pactuação do Contrato de Objetivos²⁶, firmado com o Ministério da Saúde. O instrumento possui como objetivos específicos o aprimoramento dos processos de gestão dos serviços hospitalares da Rede Ebserh e a ampliação e qualificação da oferta de ações e serviços de média e alta complexidade ao SUS. Cabe ressaltar que a ampliação da oferta deverá considerar, além das necessidades da RAS e o perfil do hospital, as linhas de cuidados consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde.

4.1 MODELOS DE ORÇAMENTAÇÃO

Conforme previsto nas Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS², os recursos públicos que compõem o orçamento do hospital estarão contidos no IFC, com identificação das respectivas fontes, quais sejam, federal, estadual, distrital ou municipal.

As seguintes modalidades de orçamentação podem ser aplicadas:

a) Orçamentação global: modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao conveniente/contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período de vigência do Instrumento Formal de Contratualização, podendo contemplar tanto recurso de investimento quanto de custeio;

b) Orçamentação parcial: a forma de financiamento é organizada em dois componentes:

- i. Componente pré-fixado: valor fixo com repasse condicionado ao cumprimento de metas qualitativas e quantitativas expressas no IFC. O valor tem como referência o custeio dos procedimentos de média complexidade (conforme a Tabela SUS) e todos os incentivos a que o hospital faz jus.
- ii. Componente pós-fixado: valor variável, pago mediante produção e aprovação pela gestão do SUS, relativo aos procedimentos de alta complexidade e todos aqueles financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Embora os incentivos possuam característica de repasse da forma pré-fixada, é possível também o repasse de incentivos da forma pós-fixada. Normalmente, essa situação ocorre quando os recursos têm origem de fonte estadual e/ou municipal. Nesses casos, o gestor de saúde efetua o repasse diretamente ao hospital, por meio de GRU, ou, se previsto o remanejamento de fonte, o repasse ocorrerá diretamente pelo FNS ao hospital, mediante autorização expressa do gestor ao Ministério da Saúde.

A Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2/2017 foi instituída para balizar as relações contratuais entre os entes federativos e hospitais públicos e privados, integrantes do SUS sob sua gestão, com ou sem fins lucrativos, na qual ressalta a preferência pela orçamentação parcial. Contudo, para a contratualização com os HUFs, caracterizada por uma relação no âmbito da esfera pública, recomenda-se optar pela modalidade de orçamentação global, uma vez que o seu financiamento considera a variável - custo de materiais e serviços, potencializando a busca pela garantia da sustentabilidade financeira da instituição.

Recomenda-se ainda a realização de estudos pelas partes envolvidas na contratualização, para subsidiar a definição da modalidade de orçamentação que melhor atenda a sustentabilidade financeira do hospital, a fim de se evitar o seu desequilíbrio econômico-financeiro. Como ferramenta de apoio à realização desses estudos, deverá ser utilizado o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS), instituído pelo Programa Nacional de Gestão de Custos do Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 55, de 10 de janeiro de 2018²⁷.

Independentemente da modalidade de orçamentação, o repasse dos recursos deve ocorrer de maneira regular, observado o estabelecido no IFC, tais como: o cumprimento de metas (quantitativas e qualitativas), produção assistencial, dentre outros regramentos específicos.

Conforme já apresentado, o repasse do componente pré-fixado, composto pela média

complexidade ambulatorial e hospitalar e incentivos financeiros, vincula-se ao alcance de metas qualitativas e quantitativas, para as quais é indicado o percentual de 40% e 60%, respectivamente. Os percentuais poderão ser alterados, desde que pactuados entre o ente federativo concedente/contratante e o hospital e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas.

No caso dos repasses de incentivos financeiros, entende-se que esses devem ocorrer de forma regular e automática, diretamente aos HUFs, condicionados ao cumprimento de metas e/ou compromissos específicos, definidos por regimentos próprios. Assim, o valor a ser repassado no âmbito do componente pré-fixado decorrente da análise de desempenho das metas quantitativas e qualitativas compreenderia apenas o valor relativo à média complexidade ambulatorial e hospitalar, para os hospitais cuja modalidade de orçamentação seja a parcial.

Já para os hospitais com orçamentação global, o valor a ser repassado compreenderia tanto a média quanto a alta complexidade, ambulatorial e hospitalar. Dessa forma, para ambas as modalidades de orçamentação, entende-se que o valor a ser repassado relativo aos incentivos financeiros não deve estar vinculado ao resultado da análise de desempenho das metas quantitativas e qualitativas, a fim de evitar a duplicidade de regramento para o repasse desse recurso.

O repasse do componente pós-fixado, composto pelo valor da remuneração das ações e serviços da alta complexidade ambulatorial e hospitalar e pagos pelo FAEC está associado à produção, ou seja, o hospital recebe pelo que efetivamente produzir e for aprovado pela gestão do SUS.

O não cumprimento das metas quantitativas e qualitativas pactuadas poderá implicar redução do repasse dos recursos financeiros. A norma vigente² define a possibilidade de revisão dos recursos financeiros provisionados, se o hospital não atingir 50% da meta por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) alternados. Recomenda-se que, caso o hospital alcance mais de 100% da meta, em igual período, reivindique reajuste no valor do IFC, para que não haja prejuízo financeiro por um período prolongado.

Apesar da previsão normativa, com menção de períodos específicos para a revisão contratual, havendo acordo entre os partícipes, a qualquer momento poderá haver ajuste, por meio de termo aditivo.

Considerando a legislação e normativas vigentes, a negociação para o financiamento das ações e serviços a serem contratualizados deverá ser fundamentada no perfil assistencial do hospital e na sua inserção na RAS, observando ainda as necessidades de saúde da população, bem como do ensino e da pesquisa. Durante a negociação do valor contratual é importante que o hospital tenha informações relativas às suas despesas e custos, podendo utilizar-se da ferramenta ApuraSUS, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, além de verificar a possibilidade de captação de recursos, oriundos de novas habilitações, participação em projetos ou programas específicos, como cirurgias eletivas, dentre outros.

5 | PROCESSO DE FORMALIZAÇÃO DO IFC

5.1 ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL

Dentro da estrutura organizacional do hospital da Rede Ebserh, existe o Setor de Contratualização e Regulação (STCOR), anteriormente denominado Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS), responsável pela condução das atividades relacionadas à contratualização.

O detalhamento das competências desse Setor, bem como de suas unidades vinculadas, a exemplo da Unidade de Contratualização (UCON), a depender da tipologia do hospital, constará em Regimento Interno dos HUFs a ser publicado pela Administração Central da Ebserh.

Embora o STCOR esteja vinculado diretamente à Superintendência do hospital, na discussão da contratualização é fundamental o envolvimento de toda a governança - Superintendência e Gerências - a fim de contemplar as áreas de assistência, de administração e de ensino e pesquisa no processo. A Gerência de Atenção à Saúde deve contribuir de forma especial na construção e no monitoramento das metas e demais compromissos contratualizados com a gestão do SUS.

Ressalta-se a importância da organização de um processo de trabalho interno no hospital, prévio à formalização do IFC com o gestor local, para levantamento e análise de informações. A definição de uma equipe multiprofissional, que represente e envolva todas as dimensões a serem contempladas no instrumento contratual, bem como a execução de atividades planejadas por essa equipe, constitui-se em mecanismo que qualifica o processo.

Algumas perguntas-chave podem orientar os trabalhos dessa equipe na construção de diagnósticos e embasar a elaboração e pactuação do IFC, tais como:

- Qual é o papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde?
- Qual é o perfil assistencial do hospital?
- Qual é a demanda locorregional?
- Houve alteração na produção do hospital ao longo dos anos?
- Qual foi o resultado da análise de desempenho das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no último IFC?
- Há possibilidade de ampliação da oferta?
- Houve necessidade de revisão de metas contratuais?
- Qual é a capacidade operacional do HUF? Há capacidade ociosa?
- Há serviço que o HUF não oferece e que tenha capacidade de ofertar?
- Quais são as necessidades do ensino e pesquisa que impactam na assistência?
- As unidades assistenciais e de ensino e pesquisa participam do processo de definição das metas contratuais?
- Qual é a situação de sustentabilidade financeira do hospital?

Considerando que no processo negocial poderá haver conflitos e tensionamentos, sendo necessárias habilidades de mediação e argumentação técnica, objetivando o consenso, essas são algumas questões norteadoras que ajudam no aporte de conhecimento sobre o potencial

do hospital e seu perfil de produção, constituindo-se em importantes subsídios para discussão da contratualização com o gestor local.

A construção do Instrumento Formal de Contratualização decorre do diálogo e das pactuações entre o ente federativo concedente/contratante e o hospital universitário conveniente/contratado. A identificação do hospital como um ponto de atenção no sistema de saúde ajuda a evitar políticas de saúde desvinculadas das necessidades do usuário, viabilizando a definição dos indicadores qualitativos e quantitativos desejados, permitindo ter uma previsão do recurso destinado ao serviço.

Importa destacar que, consoante o estabelecido pela PNAES¹⁸, a estruturação da Atenção Especializada em saúde no SUS se dará conforme 3 dimensões, quais sejam, sistêmica, organizacional e profissional.

A dimensão sistêmica trata da articulação dos serviços de atenção especializada com os demais pontos de atenção, com o intuito de promover a integralidade e a continuidade do cuidado. Nessa perspectiva, a gestão local do SUS deve identificar as necessidades de saúde da região e planejar a oferta das ações e serviços de saúde que devem atender a tais necessidades. É da gestão do SUS, também, a prerrogativa de coordenar e regular toda a oferta dos serviços de saúde dispostos no território sobre o qual é responsável. Além disso, conforme disposto pela PNAES, a regulação do acesso deve ocorrer na forma de linhas de cuidado ou de grupos de ofertas de cuidados integrados, dentro do nível de resolubilidade do estabelecimento de saúde, buscando evitar a vinculação definitiva do paciente, ou o prolongamento desnecessário de sua permanência.

A dimensão organizacional trata do modo como os serviços especializados organizam suas equipes multiprofissionais de forma interdisciplinar para garantir acesso, acolher, oferecer cuidado de qualidade e prestar apoio a outras equipes e serviços da RAS, contribuindo com a regulação do acesso e a continuidade do cuidado.

A terceira dimensão, denominada dimensão profissional, diz respeito à forma como os profissionais de saúde dos serviços especializados promovem o cuidado e interagem com os usuários, sendo influenciada pela capacidade técnica dos profissionais, pela postura ética e capacidade de se responsabilizar e produzir vínculo com os usuários.

Nesse contexto, enquanto a dimensão sistêmica está atrelada à atuação da gestão local, no que tange às dimensões organizacional e profissional, são os hospitais que detêm as informações técnicas referentes à sua capacidade operacional, que compreende sua infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos, necessários para a prestação dos serviços de saúde (consultas, internações, cirurgias e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT) ao SUS²⁸. Dessa forma, é responsabilidade da governança do HUF planejar e organizar os processos de trabalho de sua unidade, em conformidade com os compromissos pactuados e de forma sustentável.

Conforme previsto no art. 6º, da Portaria Ebserh - SEI n.º 08, de 9 de janeiro de 2019¹⁶, compete às Superintendências dos HUFs a prática de atos de gestão e controle da atenção à saúde no âmbito da unidade hospitalar, incluindo:

[...] II. gerenciar o processo de contratualização hospitalar junto à gestão local do SUS, compreendendo, entre outras atividades:

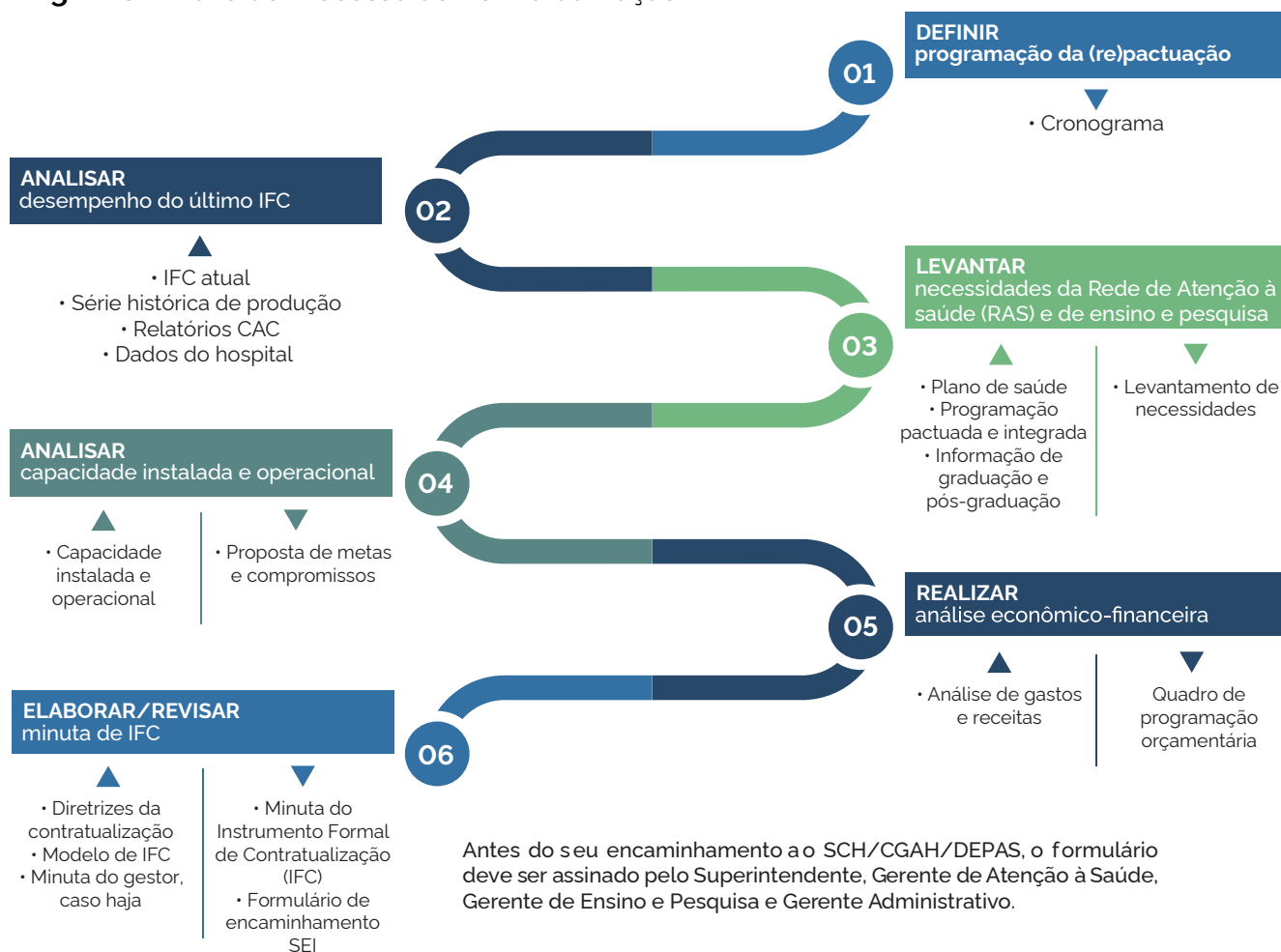
- a. elaborar, em conjunto com o gestor local de saúde, minuta de contrato a ser estabelecido entre as partes, bem como seus ajustes, termos aditivos, apostilamentos e outros instrumentos congêneres;
- b. submeter minuta de contrato à análise, aprovação e assinatura da Administração Central da Ebserh;
- c. monitorar e avaliar o desempenho da contratualização e realizar ações corretivas com vistas ao alcance das metas; e
- d. articular junto à gestão anterior a sub-rogação do contrato SUS à Ebserh, quando couber; [...]

Assim, é imprescindível a participação ativa da Ebserh (Administração Central e hospitais da Rede) no processo de contratualização, em busca da construção de instrumentos mais adequados e do fortalecimento da relação entre os partícipes, com vistas a melhorar a inserção dos HUFs na RAS local, contribuindo para o fortalecimento do SUS.

5.2 FLUXO DO PROCESSO

O fluxo do processo de formalização do IFC envolve etapas que ocorrem junto à gestão do SUS, ao HUF e à Administração Central da Ebserh. De forma resumida, apresenta-se na Figura 8 as principais etapas desse processo, sobretudo aquelas que acontecem no âmbito local – hospital e gestão do SUS.

Figura 8 – Fluxo do Processo de Contratualização



Fonte: Serviço de Gestão por Processos/Coordenadoria de Estratégia e Inovação

A seguir apresenta-se o detalhamento do fluxo, considerando suas etapas:

• **Etapa 1: Definir programação da (re)pactuação** - é o início do processo negocial entre o HUF e a gestão do SUS. Prevê a definição dos responsáveis e a atribuição dos papéis de cada um no processo. É importante também acordar qual dos partícipes irá elaborar a proposta inicial do instrumento contratual, bem como definir a periodicidade das reuniões e estipular data para a conclusão do processo, preferencialmente, mediante o estabelecimento de um cronograma. Embora, a formalização do IFC seja responsabilidade da gestão do SUS, cabendo a essa o direcionamento na elaboração do instrumento contratual conforme pactuação realizada, é imperativo que o HUF assuma um papel proativo no processo de elaboração do instrumento contratual junto à gestão do SUS;

- **Etapa 2: Analisar o desempenho do último IFC** - faz-se necessária a análise de desempenho do hospital em relação ao último IFC firmado. Para isso, é imprescindível que o HUF utilize as metas pactuadas em seu último instrumento contratual firmado como parâmetro de análise. Nesse sentido, a análise de desempenho poderá utilizar a série histórica de produção do hospital, utilizando-se as bases de dados oficiais disponibilizadas pelo Ministério da Saúde para a extração dos dados, os quais precisarão ser confrontados com as metas ora pactuadas. Recomenda-se que se estabeleça como período mínimo para o levantamento de tais informações os últimos 12 meses. Além disso, destaca-se que os relatórios da CAC são ferramentas cruciais para complementar a análise supramencionada, possibilitando maior robustez nas conclusões a respeito do desempenho do HUF. Outros dados considerados relevantes também podem ser utilizados pelo hospital para a referida análise;
- **Etapa 3: Levantar necessidades da Rede de Atenção à Saúde e de ensino e pesquisa** - trata do levantamento das necessidades assistenciais do território, das demandas da gestão do SUS e das necessidades de ensino e pesquisa do hospital, as quais balizarão a definição dos serviços a serem ofertados. Para isso, é imprescindível que seja feita uma avaliação do hospital sobre o seu papel na RAS, a qual precisa considerar o Plano de Saúde, o perfil epidemiológico da população, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), anteriormente denominada de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde (PPI), entre outros;
- **Etapa 4: Analisar capacidade instalada e operacional** - envolve a análise da capacidade instalada e operacional do hospital, que irá ser considerada para o estabelecimento de metas e compromissos quando da proposição de minuta de IFC a ser pactuada com a gestão do SUS. A produtividade do hospital precisa ser condizente com sua capacidade de oferta, com o objetivo de otimizar o uso dos recursos hospitalares;
- **Etapa 5: Realizar análise econômico-financeira** - elaboração de estudos para a análise econômico-financeira, a qual irá considerar os custos, gastos e receitas do hospital. Como resultado, serão estabelecidos os valores para o Quadro de Programação Orçamentária ou, até mesmo, a definição da modalidade de orçamentação para o HUF;
- **Etapa 6: Elaborar/revisar minuta de IFC** - organização das informações no formato da minuta de IFC, a qual será submetida ao Fluxo dos Instrumentos Formais de Contratualização, que se inicia com o encaminhamento do processo ao SCH/CGAH/DAS. A partir de então, o trâmite processual acontece no âmbito da Administração Central da Ebserh, o qual encontra-se definido, de forma detalhada, na Portaria Ebserh - SEI n.º 40, de 9 de agosto de 2022¹⁷.

Resumidamente, a minuta de IFC é encaminhada para o SCH/CGAH/DAS para análise técnica, por meio do formulário Instrumento Formal de Contratualização e, posteriormente, a minuta é submetida à Consultoria Jurídica da Ebserh para análise jurídica. Caso haja necessidade de ajustes na minuta, o HUF, junto à gestão do SUS, discutirá e promoverá as alterações necessárias e/ou justificará os apontamentos não atendidos, por meio de Nota Técnica emitida pelo STCOR. Após a realização de ajustes na minuta de IFC, o COLEX deliberará sobre a aprovação da minuta. Havendo a aprovação da minuta pelo COLEX, o processo será restituído para a Administração Central para elaboração de voto e deliberação pela DIREX. Após a aprovação pela DIREX, o IFC será datado e assinado por todos os representantes qualificados e, subsequentemente, a gestão do SUS publicará o extrato do instrumento contratual em Diário Oficial, e o HUF também deverá realizar a publicação do instrumento no Portal Eletrônico mantido pela Ebserh na Internet. Ademais, a gestão do SUS deverá providenciar o encaminhamento de cópia do IFC para o Ministério da Saúde para serem feitas as atualizações necessárias junto a esse órgão.

Destaca-se que o documento deve ser encaminhado para análise da Administração Central, sem assinaturas prévias, o que pode ser informado e tratado junto aos representantes da gestão do SUS durante a negociação de construção do IFC.

De acordo com a Portaria Ebserh - SEI n.º 08, de 9 de janeiro de 2019¹⁶, os instrumentos contratuais devem ser assinados pelo Superintendente, por um membro do COLEX do hospital e pelos representantes da Administração Central da Ebserh. Dessa forma, o IFC deve ser assinado pelo Superintendente, por outro membro do COLEX, pelo Presidente e pelo (a) Diretor(a) de Atenção à Saúde da Ebserh.

Além da assinatura física dos IFC, há a possibilidade de que os instrumentos contratuais sejam assinados digital ou eletronicamente, a depender do que for acordado entre os participantes. Nesse caso, enfatiza-se que a vigência será a partir da data da última assinatura. Destaca-se que, por conferir maior agilidade no trâmite processual e possibilitar maior sustentabilidade ambiental, os meios eletrônicos ou digitais deverão ser priorizados pelos hospitais.

Outro aspecto que deve receber atenção é o registro de data junto ao campo de assinaturas ao final do instrumento. Conforme a norma aplicável, o instrumento contratual só deve ter sua data registrada após a aprovação da minuta pela DIREX da Ebserh, assim, a data poderá ser a mesma da referida aprovação, ou posterior. Dessa maneira, é imprescindível que o IFC ou seus TA sejam enviados para a assinatura dos representantes da Administração Central sem data registrada.

O fluxo de tramitação do IFC no âmbito da Administração Central da Ebserh está definido na Portaria Ebserh - SEI n.º 40, de 9 de agosto de 2022¹⁷.

5.3 RELAÇÃO COM A GESTÃO DO SUS

O processo de discussão da contratualização deve ser precedido, preferencialmente, de um contato com o gestor local do SUS (estadual e/ou municipal), ou com a sua equipe técnica, com vistas a definir as estratégias de condução e alinhamento do trabalho (cronograma, plano de trabalho, definição dos responsáveis e a atribuição dos papéis de cada um no processo) para a elaboração e pactuação da minuta do Instrumento Formal de Contratualização. Esse trabalho conjunto deve fomentar discussões acerca da qualificação da inserção do hospital na RAS, considerando a visão da Rede Ebserh de consolidar-se como uma rede de hospitais universitários de excelência para o SUS²⁹.

O HUF deverá atuar de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS, de forma intersetorial, mediados pela gestão do SUS, visando garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado.

Conforme previsto na PNHOSP², o acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades. A regulação do acesso ao SUS, cuja responsabilidade é dos gestores de saúde, busca assegurar um acesso ordenado e qualificado aos serviços de saúde, que promovam equidade e eficiência na prestação do cuidado à população. Esse acesso será organizado em consonância com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES)³⁰ e da Política Nacional de Regulação², observadas as pactuações com a gestão local do SUS, bem como aquelas estabelecidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e/ou Comissão Intergestores Regional (CIR)³¹.

De acordo com o parágrafo único, art. 21, Anexo 2 do Anexo XXIV, da Portaria de Consolidação n.º 2/2017², os Instrumentos Formais de Contratualização que envolvam a prestação de ações e serviços de saúde em um mesmo estabelecimento devem ser celebrados pelo gestor público de saúde do respectivo ente federado concedente/contratante mesmo havendo cofinanciamento de ações e serviços por outro ente federado.

Essa condução respeita o princípio da direção ou comando único no SUS, onde cada esfera de governo detém a responsabilidade de gestão sobre a rede assistencial na sua área de abrangência, ou seja, um único gestor conduz a negociação com os prestadores de serviços de saúde e assume o comando das políticas de saúde no respectivo território.

Assim, a definição sobre a gestão do HUF ser municipal ou estadual é uma decisão dos gestores de saúde mediante pactuação interfederativa, no âmbito da CIR e ou CIB³¹.

No caso de cofinanciamento por outro ente federado, situação que normalmente ocorre entre a gestão municipal e a estadual, e vice-versa, é recomendável a participação do outro ente na forma de interveniente, a fim de trazer maior segurança jurídica aos partícipes envolvidos no acordo, sobretudo quando se tratar de aporte de recursos financeiros.

Outra situação de cofinanciamento que pode ocorrer é a alocação de recursos do limite financeiro de média e alta complexidade (teto MAC, fonte federal) do município de origem, no teto MAC do município contratante, via Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), anteriormente denominada de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde (PPI), permanecendo apenas o gestor contratante como signatário do IFC.

A contratualização dos serviços de saúde deve buscar estabelecer uma relação transparente e objetiva entre os partícipes, definindo, a partir desse processo de negociação, as metas e os resultados a serem atingidos, sempre com foco nas necessidades de saúde da população, observadas as especificidades do HUF enquanto hospital de ensino. Isso proporciona melhor inserção do hospital na rede de serviços de saúde, maior transparência na relação com a gestão do SUS, integração das atividades de ensino e assistência, adequada programação orçamentária e financeira e, facilitação dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços ofertados.

Vale ressaltar a importância da parceria entre o HUF e a gestão de saúde do município e/ou estado, promovendo ações de interesse mútuo, sobretudo no que diz respeito ao desenvolvimento de profissionais que atuam na RAS local, tendo em vista a expertise do HUF quanto às práticas de ensino e pesquisa. Tais iniciativas têm um grande potencial de fortalecer a relação entre os partícipes do acordo e podem repercutir positivamente no processo de contratualização.

6 | MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS

A legislação vigente determina que todas as esferas de gestão do SUS e o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), respeitando suas competências, são responsáveis pelas ações de monitoramento e avaliação dos serviços prestados por suas respectivas unidades assistenciais. O IFC deve conter, no eixo da avaliação, a responsabilidade do hospital em também realizar essa atividade.

Para esse fim, entende-se monitoramento³² como o acompanhamento continuado de compromissos (responsabilidades, metas e indicadores) explicitados no termo do IFC e no DD. Integradamente, a avaliação deve ser entendida como um processo de análise do alcance dos compromissos contratuais.

As ações de monitoramento e avaliação deverão incluir a emissão periódica de relatórios, com informações quanto ao alcance ou não das metas pactuadas. Esses relatórios são essenciais para reorganizar as ações e serviços e readequar metas e recursos financeiros presentes na contratualização dos serviços. Quando realizadas continuamente, permitem o realinhamento das ações desenvolvidas e readequação da produção assistencial para o alcance das metas contratuais.

Ressalta-se o papel do HUF nessa ação, sendo primordial para sua sustentabilidade avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores qualitativos e quantitativos estabelecidos no IFC, bem como monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento contratual. Essa ação sistemática do HUF deve ocorrer independentemente do funcionamento da CAC.

Neste sentido, para subsidiar o processo de planejamento e gestão, o STCOR deve elaborar relatórios mensais para apresentação ao COLEX do HUF, que deverá monitorar e avaliar sistematicamente os compromissos e metas pactuados na contratualização, bem como a qualidade das ações e serviços ofertados, e ainda, informar a estimativa de receita frente aos resultados do desempenho contratual.

É importante observar que, quando o desempenho do HUF sob a modalidade de orçamentação parcial é superior ao contratualizado para o componente pré-fixado – média complexidade ambulatorial e hospitalar, o hospital não recebe pela produção excedente, visto que o repasse dos valores pré-fixados ocorre conforme o estabelecido no IFC. Assim, na ocorrência frequente de tal situação, o hospital deverá solicitar a revisão oportuna de metas, mediante termo aditivo ou novo IFC, no sentido de buscar a ampliação de recursos, com vistas ao alcance de sua sustentabilidade.

No caso do componente pós-fixado, diferentemente do que ocorre no componente pré-fixado, o hospital recebe pelo que produz, mesmo que ultrapasse o valor contratualizado. Contudo, ressalta-se que essa é uma prerrogativa da gestão do SUS, ou seja, a produção excedente pode não ser aprovada e consequentemente não autorizado o pagamento. Tal qual pontuou-se acima, caso a produção excedente seja frequente, o hospital também deverá solicitar a readequação contratual.

O hospital deve acompanhar a ocorrência de produção excedente para, quando necessário e no momento oportuno, promover a readequação de metas, para que a oferta de serviços esteja, sempre que possível, atualizada e refletida no instrumento contratual.

A readequação de metas ao efetivamente realizado deve ser sempre orientada pelas necessidades do SUS local e pelo compromisso do HUF em otimizar sua capacidade plena de oferta de serviços.

Os casos de produção abaixo do esperado, para o componente pré-fixado, podem ser indicativos de corte de recursos após análise da CAC, e, para o componente pós-fixado, significa que os recursos do componente não foram acessados conforme previsto no instrumento contratual. Nesses casos, faz-se necessário que o HUF, por meio da atuação da Superintendência e das Gerências, assumam postura proativa junto às unidades assistenciais, com o intuito de intervir nas causas do baixo desempenho e assegurar o cumprimento dos compromissos contratualizados.

No caso dos hospitais com orçamentação global, as produções abaixo ou acima do contratualizado podem ter consequências similares ao apresentado no componente pré-fixado dos hospitais com orçamentação parcial, ou seja, produções abaixo do mínimo esperado podem ensejar corte de recursos, enquanto as produções acima do esperado não culminam em recebimento de valores excedentes ao contratualizado.

Nessa perspectiva, se o desempenho superior ou inferior ao contratualizado se mantiver constante (repetido por vários meses), o hospital deve realizar a revisão contratual de metas e valores, mediante pactuação com a gestão do SUS, para a readequação da oferta de serviços.

O hospital também deve estar atento à ocorrência de perda primária (vagas disponibilizadas e não reguladas pelo gestor) e ao absenteísmo (procedimentos agendados, cujos pacientes não comparecem), que impactam diretamente no cumprimento das metas. A solução desses dois problemas deve ser buscada de forma proativa pela direção do HUF, com mudança de processos internos e ou pactuação de novos fluxos com o gestor do SUS. Adicionalmente, faz-se necessária uma adequada gestão do processo de regulação interna do HUF, de forma a contribuir para um atendimento equânime e oportuno. O resultado desse monitoramento e avaliação poderá ensejar a necessidade de revisão do IFC.

No caso de eventual necessidade de redução de metas com potencial prejuízo ao financiamento do HUF, ações devem ser envidadas para se evitar o referido prejuízo, tais como:

- a)** avaliar a possibilidade de ampliação de oferta em outros procedimentos assistenciais, como medida compensatória à meta que precisará ser reduzida ou suprimida;
- b)** avaliar se a redução decorre de situação transitória ou temporária, com possibilidade de compensação futura, a partir da regularização da oferta, podendo isso ser acordado na CAC;
- c)** verificar se há relação do resultado com falhas no registro ou no processamento da produção assistencial, situação essa que uma vez identificada pode ser de rápida intervenção;
- d)** identificar outras ofertas de ações e serviços, inclusive nas áreas de ensino e pesquisa, que possam justificar a manutenção dos valores, ainda que ocorra a redução de metas de âmbito assistencial, visando garantir a sustentabilidade financeira do HUF.

O IFC deve trazer a metodologia da análise de desempenho das metas, para fins de repasse de recursos. Devido à inexistência de norma ministerial que defina um modelo metodológico, esse conteúdo precisará ser, necessariamente, objeto de discussão e pactuação com a gestão do SUS. Em que pese a referida inexistência, o SCH/CGAH/DAS possui um modelo, integrante da minuta sugerida de IFC, que poderá ser utilizado como referência para essa discussão.

De forma geral, chama-se a atenção para a necessidade de definir intervalos de desempenho que determinarão os percentuais de repasses e a opção de apuração da produção, se por grupo, subgrupo, forma de organização ou procedimento, sendo desejável que seja por grupo, a fim de

possibilitar a flexibilização e a consequente compensação na execução das metas.

Para a definição dos percentuais de repasses, é importante observar o princípio da razoabilidade e o interesse público, para a manutenção dos serviços pactuados e a sustentabilidade financeira do hospital.

Como é obrigatório constar no IFC a metodologia para a análise de desempenho das metas, conforme estabelece o art. 4º, inciso V, do Anexo 2 do Anexo XXIV, da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2 de setembro de 2017², deve-se considerar, necessariamente, para fins da referida análise, a metodologia pactuada no instrumento contratual. Em caso de dúvidas quanto à execução da metodologia, até que ocorra a devida correção por meio de TA ou celebração de novo IFC, recomenda-se discutir e pactuar tal situação na CAC, de modo a suprir temporariamente essa lacuna.

Os IFC firmados sob a modalidade de orçamentação parcial devem considerar:

- a)** para as metas quantitativas, 60% (sessenta por cento) do valor pré-fixado, constituído pela média complexidade ambulatorial e hospitalar, estará condicionado ao percentual de cumprimento das metas quantitativas discriminadas no DD, excetuando o valor dos incentivos que poderão observar regramento próprio, conforme estabelecido no parágrafo 8º do item 4.1 deste documento. As metas pactuadas deverão ser monitoradas e analisadas conforme metodologia e periodicidade definidas no IFC, devendo, ainda, ser submetida à apreciação da CAC.
- b)** para as metas qualitativas, 40% (quarenta por cento) do valor pré-fixado, constituído pela média complexidade ambulatorial e hospitalar, estará condicionado ao percentual de cumprimento das metas qualitativas discriminadas no DD, excetuando o valor dos incentivos que poderão observar regramento próprio, conforme mencionado anteriormente.
- c)** os percentuais identificados acima poderão ser pactuados em proporções distintas, desde que acordado entre os partícipes, respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das dimensões das metas – quantitativas ou qualitativas.
- d)** Os parâmetros acima descritos não contemplam as metas pactuadas no componente pós-fixado, uma vez que os procedimentos de alta complexidade e aqueles financiados pelo FAEC são remunerados a partir da produção apresentada. O reconhecimento e remuneração pela produção em alta complexidade requer aprovação por parte da gestão do SUS.

Por não possuírem componentes pré e pós-fixados, os IFC firmados sob a modalidade de orçamentação global possuem todo o repasse condicionado ao cumprimento de metas quantitativas e qualitativas, cujos percentuais, inclusive, poderão ser distintos do intervalo entre 40% e 60%, conforme pactuação entre os partícipes. No caso dos repasses dos procedimentos financiados pelo FAEC, vale ressaltar que a condição é a mesma da orçamentação parcial, ou seja, a remuneração ocorrerá a partir da produção apresentada pelo hospital e aprovada pela gestão do SUS, possuindo, nesse caso, característica de repasse similar ao componente pós-fixado da orçamentação parcial.

As metas qualitativas pactuadas deverão receber pontuação para cada um dos eixos - assistencial, gestão, ensino/pesquisa e avaliação - e, conforme a pontuação obtida, será aplicado o percentual de repasse conforme definido no instrumento contratual.

6.1 COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO

A instituição da CAC é de competência precípua do concedente/contratante, no entanto, o hospital pode e deve contribuir proativamente para sua instituição e funcionamento, uma vez que figura como parte interessada na relação contratual, sendo a instituição formal concretizada por meio da publicação, resguardada pelo princípio da publicidade. Para orientar e subsidiar os hospitais quanto à constituição e funcionamento da CAC, foi instituída em 2017 a Diretriz Ebserh para a constituição e funcionamento da CAC no âmbito do SUS, por meio do Anexo da Portaria Ebserh SEI n.º 03 de dezembro de 2017¹⁵.

Os regramentos relativos à constituição e funcionamento da CAC devem estar minimamente previstos nas cláusulas contratuais, sendo de competência da Comissão monitorar e avaliar a execução das ações e serviços de saúde contratualizados.

Para a constituição da CAC, a equipe deve ser composta por ao menos um representante da Secretaria de Saúde concedente/contratante e por um representante do hospital. Devido à relevância da temática, a qual envolve aspectos técnicos da contratualização, um dos representantes designado para compor a CAC do HUF será o (a) Chefe do STCOR, no entanto, caso haja possibilidade, poderão ser designados outros representantes do hospital, desde que definidos pelo(a) Superintendente, sendo esses indicados por meio de ofício ao gestor do SUS. Devido à maior pertinência com o objeto, recomenda-se que, além do Chefe do STCOR, seja considerada a inserção do (a) Gerente de Atenção à Saúde para compor a CAC.

Esse quantitativo pode ser definido livremente conforme entendimento e pactuação entre os partícipes, devendo ser observado o princípio da paridade, a fim de garantir a isonomia da representatividade.

O funcionamento da CAC se dará por meio de reuniões e devem ocorrer, preferencialmente, a cada trimestre e, extraordinariamente, sempre que houver necessidade.

A CAC tem as seguintes atribuições mínimas:

- I. Monitorar e avaliar o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas constantes no DD, e manifestar-se formalmente quanto ao seu cumprimento;
- II. Utilizar-se da informação de capacidade instalada e operacional do hospital no processo de monitoramento e avaliação da execução das metas; e
- III. Propor readequações das metas pactuadas, dos recursos financeiros e outras temáticas que se fizerem necessárias nas cláusulas contratuais, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores para a avaliação qualitativa.

Em localidades onde a CAC está estruturada e em efetivo funcionamento observa-se que os conflitos são minimizados e o processo de repactuação de compromissos e metas ocorre de maneira mais fluida, visto que é estabelecido um espaço constante para intercâmbio de informações e alinhamento dos processos, sendo, portanto, também, um importante instrumento facilitador das negociações entre os partícipes.

É importante ressaltar que o processo de monitoramento e avaliação do desempenho contratual

pelo hospital, deve ocorrer independentemente do funcionamento da CAC. Ainda, as atividades da CAC não impedem e nem substituem a atuação própria do Sistema Nacional de Auditoria, do Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde concedente/contratante e pelos responsáveis pelo monitoramento e avaliação do desempenho contratual nas respectivas áreas do hospital.

Nos casos em que o ente federativo contratante não instituiu a CAC, deverá o Superintendente enviar mensalmente ofício ao gestor do SUS, comunicando a obrigatoriedade da instituição da Comissão, para o fiel cumprimento do estabelecido no Art. 32 da Portaria de Consolidação n.º MS/GM 2/2017, Anexo 2 do Anexo XXIV², até que ocorra a devida formalização da CAC.

7 | BOAS PRÁTICAS NO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

No processo de contratualização devem ser consideradas boas práticas para a sua qualificação, tal qual dispõe o Anexo 2 do Anexo XXIV das Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do (SUS) em seu Cap. III, Seção II, art. 8º, inciso II e Anexo XXIV da PNHOSP, Cap. III, seção II, art. 20, ambas da Portaria de Consolidação n.º 2/2017², respectivamente. Entende-se que esse processo deve ser "vivo", não estando restrito aos momentos de (re)pactuação contratual, devendo orientar a gestão hospitalar em sua rotina, especialmente, como subsídio para as tomadas de decisão. Para tanto, faz-se necessária a adoção de estratégias ou iniciativas que fomentem a participação e envolvimento de todos os colaboradores do hospital, proporcionando maior dinamicidade ao processo, bem como potencializando o alcance das metas e dos compromissos pactuados, e ainda, direcionando a readequação do instrumento contratual. Nesse contexto, exemplifica-se algumas iniciativas, a saber:

- Campanhas educativas;
- Elaboração de conteúdo informativo;
- Estratégias de divulgação;
- Elaboração de painéis gerenciais;
- Realização de encontros, seminários e workshops;
- Criação de comissões internas, como a Comissão Interna de Acompanhamento da Contratualização (CIAC);
- Implantação de Contratos Internos de Gestão (CIG), sendo esse um dispositivo para a internalização dos compromissos firmados no instrumento formal de contratualização junto aos colaboradores do HUF, em suas diferentes áreas de atuação.

De forma simplificada, a melhor prática a ser buscada por cada HUF é a manutenção da situação regular de vigência do IFC, com metas e compromissos factíveis, buscando o equilíbrio entre as demandas de ensino e assistência, assim como a sustentabilidade financeira institucional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Contratualização Hospitalar** [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-especializada-e-hospitalar/contratualizacao>. Acesso em: 10 jul. 2024.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017** – Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (Anexo XXIV – Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e Anexo 2 do Anexo XXIV - Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do (SUS).
3. Brasil. **Lei n.º 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.
4. Brasil. **Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011** – Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.
5. Brasil. **Lei n.º 13.303, de 30 de junho de 2016** – Dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.
6. Brasil. **Lei n.º 14.133, de 1º de abril de 2021** – Estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados do Distrito Federal e dos municípios.
7. Brasil. **Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993** – Estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados do Distrito Federal e dos municípios, vigente até 01/04/2023.
8. Brasil. **Portaria n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013** – Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Revogada por Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017.**
9. Brasil. **Portaria n.º 3.410, de 30 de dezembro de 2013** – Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Revogada por **Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017.**
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017** - Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
11. Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ministério da Educação. **Estatuto Social da Ebserh, de 23 de junho de 2021** – Dispõe sobre a regulamentação e constituição dos direitos e deveres da Ebserh.

12. Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ministério da Educação. **Regimento Interno da Administração Central da Rede Ebserh, de 14 de junho de 2022** – Dispõe sobre a estrutura organizacional, suas vinculações, colegiados internos e das competências comuns e específicas de cada área da Administração Central da Rede Ebserh.
13. Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ministério da Educação. **Norma operacional SEI n.º 1/2022/VP-EBSEH, de 16 de fevereiro de 2022** – Dispõe sobre a criação, ampliação, suspensão e extinção de serviços de assistência à saúde no âmbito da Rede Ebserh.
14. Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ministério da Educação. **Norma Operacional SEI n.º 3/2023/DEPAS-EBSEH, de 17 de janeiro de 2023** – Dispõe sobre regras e procedimentos para contratualização com o Sistema Único de Saúde no âmbito dos Hospitais Universitários Federais da Ebserh.
15. Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ministério da Educação. **Portaria SEI n.º 03, de 14 de dezembro de 2017** – Institui a Diretriz Ebserh para a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização no âmbito do Sistema Único de Saúde.
16. Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ministério da Educação. **Portaria Ebserh - SEI n.º 08, de 09 de janeiro de 2019** – Delega competências aos Hospitais Universitários Federais e unidades descentralizadas administradas pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares para a prática de atos de gestão administrativa, orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, de estoques, documental e de recursos humanos necessários ao funcionamento das unidades sob sua responsabilidade.
17. Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ministério da Educação. **Portaria Ebserh - SEI n.º 40, de 09 de agosto de 2022** – Aprova o fluxo de tramitação dos Instrumentos Formais de Contratualização firmados entre os Hospitais Universitários Federais e a gestão do Sistema Único de Saúde, no âmbito da Ebserh.
18. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.604, de 18 de outubro de 2023** – Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde.
19. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.492, de 8 de abril de 2024** – Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, o qual é parte integrante da PNAES, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
20. Brasil. Ministério da Saúde. **Decreto n.º 11.674, de 30 de agosto de 2023** – Institui o Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários Federais Integrantes do Sistema Único de Saúde.
21. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/MS n.º 1.640, de 7 de maio de 2023** – Dispõe sobre a operacionalização do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde.
22. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2023**: Critérios diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) de

notificação nacional obrigatória para o ano de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-dire3-anvisa-no-03-2023-criterios-diagnosticos-das-infeccoes-relacionadas-a-assistencia-a-saude-iras-de-notificacao-nacional-obrigatoria-para-o-ano-de-2023/view>. Acesso em: 12 jul. 2024.

23. Brasil. Presidência da República. **Decreto n.º 9.094 de, de 17 de julho de 2017** – Dispõe sobre a simplificação do atendimento prestado aos usuários dos serviços públicos, ratifica a dispensa do reconhecimento de firma e da autenticação em documentos produzidos no País e institui a Carta de Serviços ao Usuário.

24. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 12 jul. 2024.

25. Brasil. Presidência da República. **Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023** – Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico.

26. Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ministério da Educação. **Contrato nº. 1/2024** – Contrato de Objetivos para adesão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH) ao Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários Federais integrantes do Sistema Único de Saúde (PRHOSUS).

27. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 55, de 10 de janeiro de 2018** – Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS).

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do Planeja SUS** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_construcao_coletiva.pdf Acesso em: 12 jul. 2024.

29. Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ministério da Educação. [Internet]. **Mapa Estratégico**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/estrategia-de-longo-prazo>. Acesso em: 12 jul. 2024.

30. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017** – Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. (Título I, Capítulo II – RENASES).

31. Brasil. Presidência da República. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011** – Regulamenta a Lei n.º 8080/1990 para dispor, dentre outros, sobre a articulação interfederativa: das Comissões Intergestores.

32. Brasil. Tribunal de Contas da União. **TC 032.519/2014-1, Acórdão n.º 436/2016 – TCU – Plenário**. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/egestao/ObterDocumentoSisdoc?codArqCatalogado=10641330>. Acesso em: 12 jul. 2024.

