



EFICIÊNCIA **Hospitalar**

Relatório de Acompanhamento sobre ações de monitoramento e avaliação da eficiência hospitalar pelo Ministério da Saúde.

Plano de auditoria: Relatório de Acompanhamento sobre ações de monitoramento e avaliação da eficiência hospitalar pelo Ministério da Saúde.

“A documentação de auditoria deve incluir uma estratégia de auditoria e um plano de auditoria.” (ISSAI 100 – 42).

TC 039.551/2020-2 Fiscalis 225/2020

Relator: Ministro Benjamin Zymler

Modalidade: Relatório de Acompanhamento

Ato originário: Despacho de 26/10/2020 do Min. Benjamin Zymler (TC 35.933/2020-8)

Objetivo: acompanhar as atividades do Ministério da Saúde sobre monitoramento e avaliação do desempenho da atenção especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS

Ato de designação: Portarias de Fiscalização emitidas pela SecexSaúde nº 577/2020 (planejamento), 78/2021 e 211/2021 (execução e relatório).

Período de realização da auditoria: fase de planejamento de 9/11/2020 a 26/2/2021, fase de execução e relatório de 1/3/21 a 21/5/21.

Unidades fiscalizadas: Ministério da Saúde, especialmente a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES.

Volume de recursos fiscalizados: o volume de recursos fiscalizados estimado é de R\$ 52,7 bilhões em 2020 (valor destinado à média e alta complexidade em 2020). Ressalta-se que este acompanhamento não se propõe a fiscalizar diretamente os recursos, pois se trata de uma fiscalização em procedimentos de controle do Ministério da Saúde para monitorar e avaliar o desempenho dos hospitais do SUS (serviços de média e alta complexidade).

Equipe de auditoria

Nome do AUFC	Matrícula	Lotação
Alexandre Giroux Cavalcanti	7592-2	SecexSaúde
Éric Luis Barroso Cavalcante	7698-8	SecexSaúde
Martin Mastelaro Pompeu de Barros	10213-0	SecexSaúde
Samir Freitas Maia Porto	10174-5	SecexSaúde

EM RESUMO:

Por que a auditoria está sendo realizada?

Riscos de insustentabilidade do SUS somados a indícios de ineficiência elevada na média e alta complexidade são os motivos que deram origem a esta fiscalização.

Estudo do banco mundial, estimou nível de 71% de ineficiência relativa média nos serviços de média e alta complexidade prestados no âmbito do SUS, o que, teoricamente, poderia representar uma economia de R\$ 12,7 bilhões.

O TCU realizou um levantamento (processo TC 015.993/2019-1) sobre o nível de eficiência dos hospitais no SUS e obteve resultados semelhantes.

Diante disso, o TCU decidiu conhecer como o Ministério da Saúde lida com o desempenho dos hospitais que atendem ao SUS e a necessidade de melhorar a relação produtos/insumos, sem deixar de lado a entrega de valor ao usuário do SUS.

Onde estamos?

O Tribunal verificou que, embora seja atribuição do Ministério da Saúde acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos pactuados com hospitais no âmbito do SUS, essa atividade de controle não é realizada de forma sistemática e estruturada. A situação revela a necessidade de se promover uma reavaliação, não apenas das normas, mas das políticas públicas ligadas à temática.

Relatório de Acompanhamento sobre ações de monitoramento e avaliação da eficiência hospitalar pelo Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde não monitora o desempenho dos hospitais, embora tenha controle de forma sistematizada da produção de procedimentos.

O Ministério da Saúde pretende reformar o modelo de financiamento da média e alta complexidade, migrando de um modelo que remunera procedimento para um que remunera valor baseado em grupos de diagnósticos relacionados – DRG.

O que vamos acompanhar?

Este relatório de acompanhamento se propõe a acompanhar três objetos ligados ao monitoramento e avaliação da eficiência hospitalar, quais sejam:

- o **processo de revisão normativa** do Ministério da Saúde no monitoramento e avaliação do desempenho dos hospitais do SUS;
- o projeto de formulação do **modelo de financiamento com base na ferramenta DRG-SUS**, incluindo-se a cooperação Brasil-Dinamarca; e
- a formulação da **Política Nacional de Monitoramento e Avaliação** do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS) e suas implicações o sobre o desempenho dos hospitais.

Por que vamos acompanhar?

É um dever do Ministério da Saúde exercer o papel de direção do SUS naquilo que compete à União, art. 9º, inciso I, da Lei 8.080/1990. Sabendo disso, pretende-se saber:

- se o processo de revisão normativa é capaz de tornar claro o papel do Ministério sobre os serviços de saúde prestados por hospitais e definir um conjunto de atividades de monitoramento viáveis de serem executadas sistematicamente e úteis para a tomada de decisão;
- se a formulação do DRG-SUS priorizou os principais problemas relacionados ao atual modelo de financiamento e à atual base de custos, compreendendo suas causas e efeitos, e se inseriu ações na agenda para corrigi-los no novo modelo, permitindo que se construa um parâmetro seguro no financiamento da atenção especializada, com base no projeto DRG-SUS;
- se o processo de formulação da PNMA possui instrumentos para assegurar que as informações geradas por sua implementação serão úteis para a tomada de decisão dos gestores, especialmente no que tange a média e alta complexidade prestada por hospitais; e
- se o processo de revisão normativa da contratualização de hospitais levará em conta a existência da PNMA e do Módulo de Gestão de Dados e Indicadores (MGDI), conectando as atividades de monitoramento previstas na norma com as ferramentas institucionalizados pelo Ministério da Saúde através da PNMA e do MGDI.

De quais recursos vamos precisar?

Para a realização deste acompanhamento, pretende-se programar encontros trimestrais com os gestores até agosto de 2022, emitindo-se um relatório ao final. O relatório poderá propor a continuação do acompanhamento por mais um ano, alcançando o segundo semestre de 2023.

Lista de siglas

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

Apurasus – Sistema de Apuração e Gestão de Custos do Sistema Único de Saúde

CCMA-SUS – Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde

CGES – Coordenação-Geral da Economia da Saúde

CGMIND – Coordenação-Geral de Monitoramento de Indicadores de Serviços na Atenção Especializada

CGSI – Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMD – Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Covid-19 – Coronavirus Disease of 2019

Daet – Departamento de Atenção Especializada e Temática

Dahu – Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgências

DEA – Data Envelopment Analysis

Demas – Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde

Desid – Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento

DHDA – Danish Health Data Authority

Drac – Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

DRG – Diagnosis Related Group

DVR – Diagrama de Verificação de Risco

E-Car – Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FNS – Fundo Nacional de Saúde

IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

ISO – International Organization for Standardization

MAC – Média e Alta Complexidade

MGDI – Módulo de Gestão de Dados e Indicadores

MIE – Matriz de Indicadores Estratégicos

MS – Ministério da Saúde

PNGC – Programa Nacional de Gestão de Custos

PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar

PNMA-SUS – Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde

PPA – Plano Plurianual da União



RAS – Rede de Atenção à Saúde

RNDS – Rede Nacional de Dados em Saúde

RTS – Repositório de Terminologias em Saúde

Saes – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Sage – Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SEI – Sistema Eletrônico de Informações

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SIH – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SMI – Selo de Metadados de Indicadores

SUS – Sistema Único de Saúde

Swot – Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats

TCU – Tribunal de Contas da União

USP – Universidade de São Paulo

Lista de figuras

- Figura 1 – Esquema resumido sobre o contexto da avaliação de desempenho dos hospitais por parte do MS.
- Figura 2 – Esquema sobre a perspectiva utilizada para construção da visão geral do objeto.
- Figura 3 – Esquema sobre a lógica de atuação implícita no PPA.
- Figura 4 – Orçamentos do SUS de 2016 a 2019.
- Figura 5 – Detalhamento do Orçamento do SUS de 2016 a 2019: (a) Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social; (b) Recursos Não Orçamentários.
- Figura 6 – Recursos do bloco MAC Ambulatorial e Hospitalar de 2015 a 2020.
- Figura 7 – Fluxo de produção/pagamento do FAEC.
- Figura 8 – Modalidades de financiamento hospitalar.
- Figura 9 – Composição da orçamentação parcial.
- Figura 10 – Esquema sobre a proposta de mudança no mecanismo de financiamento da atenção especializada SUS.
- Figura 11 – Esquema exemplificativo do algoritmo a ser aplicado na base de dados do CMD e visualização de um exemplo de agrupamento na especialidade de cardiologia.
- Figura 12 – Alvos potenciais no uso de metodologia *DRG*.
- Figura 13 – Esquema sobre a lógica preconizada pelo Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU.
- Figura 14 – Esquema de apuração de custos para geração de tarifas no modelo de financiamento a ser construído.
- Figura 15 – Alimentação do Apurasus.
- Figura 16 – Processo de gestão de riscos da ISSO 31000 (ABNT, 2009).

Lista de quadros

Quadro 1 – Orçamento da Atenção Especializada à Saúde de 2020-2023.

Quadro 2 – Orçamento Fortalecimento do SUS de 2016-2019.

Quadro 3 – Recursos do bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Quadro 4 – Diretrizes da PNHOSP.

Quadro 5 – Etapas do projeto de cooperação Brasil-Dinamarca que preveem atividades relacionadas ao tema custo dos procedimentos.

Quadro 6 – Etapa de implementação da sistemática de monitoramento e avaliação.

Sumário

1. Introdução	8
1.1. Problema	8
1.2. Objeto	10
1.3. Escopo da fiscalização	10
1.4. Risco da fiscalização e medidas mitigadoras	10
2. Visão geral do objeto	11
2.1. Diagnóstico do problema e definição de objetivos na atenção especializada	12
2.2. Alocação dos recursos orçamentários e financeiros	15
2.3. Avaliação do desempenho da prestação de serviços	22
3. Variáveis de acompanhamento	23
3.1. Monitoramento do desempenho dos hospitais	23
3.2. Formulação do novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no Projeto DRG-SUS	28
3.3. Formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS)	41
4. Limites de tolerância e variáveis definidos para o acompanhamento	47
5. Metodologia	48
6. Comentários dos Gestores	48
7. Conclusão	49
8. Propostas de encaminhamento	51
Apêndice I – Marco regulatório - Sintético	53
Apêndice II – Cronograma estimado do próximo ciclo de acompanhamento	56
Anexo I – Quadro de requisitos para classificação dos indicadores no MGDI:	57

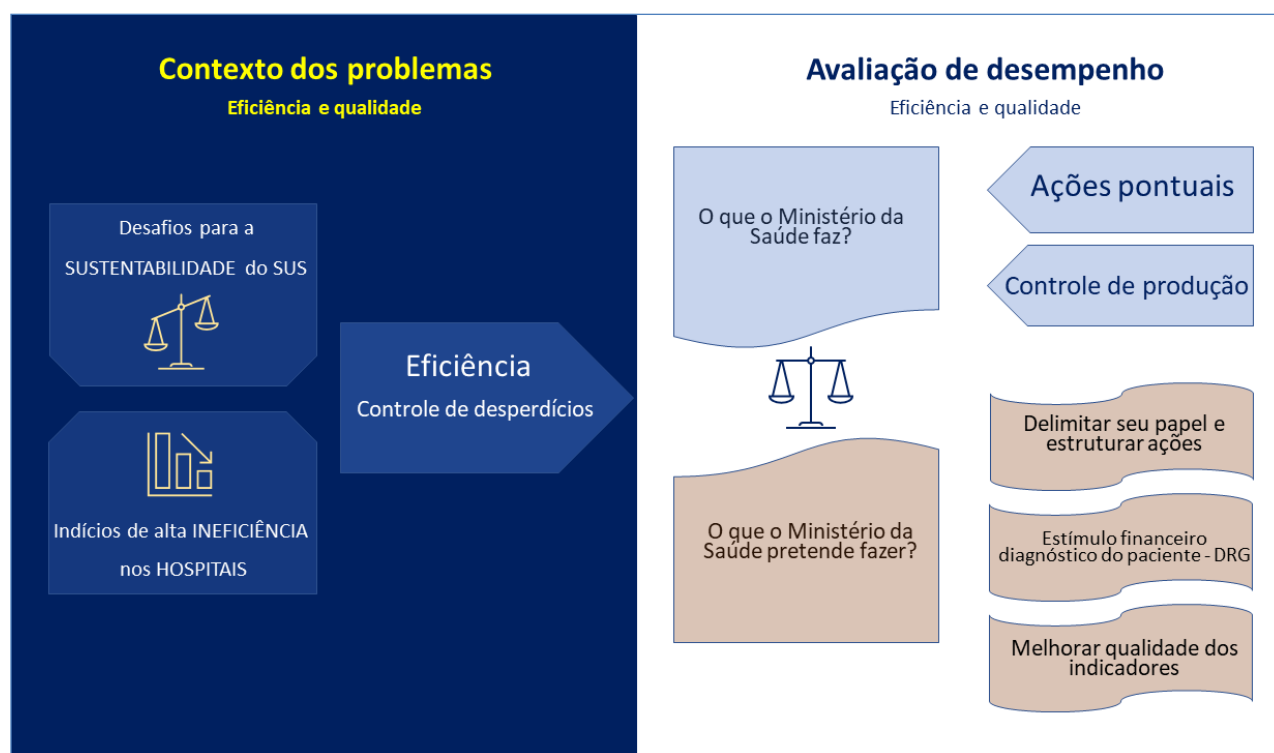
1. Introdução

1. Trata-se de relatório de acompanhamento das atividades do Ministério da Saúde (MS) sobre o monitoramento e avaliação do desempenho da atenção especializada, com ênfase em unidades hospitalares, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A fiscalização decorre do Acórdão 1.108/2020 – TCU – Plenário, de Relatoria do Ministro Benjamin Zymler, proferido nos autos do TC 015.933/2019-1.

1.1. Problema

2. Índícios de insustentabilidade do SUS indicados pelo Tribunal de Contas da União (TC 014.791/2019-6, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler) e elevados índices de ineficiência no sistema apontados pelo Banco Mundial (in Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil, 2017) são os problemas que ensejaram esta fiscalização. Segundo modelo de Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis - DEA*) concebido pela mencionada entidade, haveria 71% de ineficiência média nos serviços de média e alta complexidade prestados no âmbito do SUS, o que se traduziria em economia potencial teórica de R\$ 12,7 bilhões, sem que houvesse prejuízo no nível de serviços prestados. Por outro lado, na atenção primária, o nível estimado de ineficiência média seria bastante inferior (37%), mas ainda significativo, com a economia potencial equivalente de R\$ 9,3 bilhões.

Figura 1 - Esquema resumido sobre o contexto da avaliação de desempenho dos hospitais por parte do MS.



Fonte: construção própria da equipe de fiscalização.

3. No tema eficiência hospitalar, o Tribunal realizou um levantamento (TC 015.993/2019-1), cuja pretensão era conhecer o nível de eficiência relativa dos hospitais públicos e identificar critérios para a realização de auditoria de avaliação de desempenho dessas unidades. Ao desenvolver seu próprio modelo de *DEA*, o levantamento expôs níveis de eficiência técnica dos hospitais públicos brasileiros muito similares ao que foi encontrado no trabalho realizado pelo Banco Mundial. Diante disso, propôs um plano de ação que, entre outras coisas, criasse uma linha de pesquisa sobre eficiência hospitalar. Essa

proposta foi acatada pelo Plenário da Corte de Contas no Acórdão 1.108/2020, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler.

4. Dado esse contexto que aponta para uma preocupação com a eficiência e qualidade da atenção hospitalar em todo o país, cresce a importância de conhecer como o MS lida com o desempenho dos hospitais que atendem ao SUS, razão de existência desta fiscalização. O emprego de grande volume de recursos na saúde será desafiador frente ao acelerado envelhecimento da população e aos desafios fiscais que o país está enfrentando. Portanto, este cenário nacional indica a necessidade de melhorar a relação insumos e produtos, especialmente na atenção especializada, sem perder de vista o objetivo de se entregar valor no momento de atender o cidadão.

5. Nos termos do art. 4º da Portaria GM/MS 3.410/2013, compete ao MS acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos pactuados com hospitais no âmbito do SUS. Apesar dessa obrigação, o MS asseverou fragilidades substanciais nesse processo, reconhecendo não haver um procedimento sistemático ou estruturado para exercer tal competência prevista no referido normativo infralegal.

6. Corroborando com isso, percebe-se que as atividades de acompanhamento mais contundentes são aquelas em que se mede a produção dos hospitais, especialmente por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH). Ocorre que essas informações não fornecem subsídios relevantes para controlar ou fomentar a eficiência e a qualidade na atenção à saúde.

7. Apesar disso, ao longo da construção da visão geral do objeto dessa fiscalização, informou-se a esta equipe de auditoria que há um projeto do MS para alterar o modelo de financiamento do SUS na atenção especializada, centrado na utilização da metodologia de classificação de pacientes denominada Grupo de Diagnósticos Relacionados (*Diagnosis Related Group - DRG*).

8. No ano de 2020, foi assinada a segunda etapa do acordo de cooperação entre Brasil e Dinamarca para desenvolvimento de um sistema baseado na metodologia *DRG*. A expectativa é que, com a implantação dessa sistemática, a remuneração dos serviços hospitalares seja mais justa, passando a considerar condições intrínsecas a cada paciente, remunerando mais o prestador que atende os pacientes mais complexos, portanto, mais onerosos. Outro benefício é a possibilidade de avaliações de desempenho mais justas, uma vez que se conseguiria classificar o nível de complexidade dos pacientes atendidos.

9. Contudo, a migração para um modelo baseado em *DRG* exige aperfeiçoamento ou substituição de sistemas, mudanças de legislação, convencimento dos gestores estaduais e municipais, treinamento e suporte com abrangência nacional, a adoção disciplinada de controles de custos em cada unidade hospitalar, entre outros desafios. Na temática específica de custos, o MS instituiu, mediante a Portaria GM/MS 55/2018, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos dos SUS (Apurasus) e tem como um de seus objetivos a promoção de eficiência no uso dos recursos do SUS.

10. Sua adesão é voluntária e, aparentemente, pouco atrativa à maior parte das secretarias estaduais e municipais de saúde. Atualmente, apenas cerca de 230 unidades hospitalares que atendem o SUS utilizam o sistema e possuem algum grau de adesão ao PNGC. Assim, o conhecimento sobre os custos, especialmente dos serviços hospitalares, precisa ser amadurecido.

11. Diante disso, apesar de a construção do novo modelo de financiamento trazer esperanças na melhoria da eficiência e da qualidade na atenção hospitalar, pela possibilidade de se ajustar os estímulos aos prestadores e de se obter melhores informações gerenciais para os entes, há uma série de desafios para configurar essa transformação no sistema. Nessa esteira, o diagnóstico dos problemas que se enfrenta no modelo atual parece ser uma tarefa básica para se obter objetivos amadurecidos e para formulação dessa política.

12. Outra oportunidade detectada pela equipe de acompanhamento nesse tema foi a iniciativa do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (Demas) de aprimorar sua capacidade gerencial, instituindo o Módulo de Gestão de Dados e Indicadores (MGDI) pela Portaria GM/MS 1.839/2020, o qual se propõe ser uma ferramenta e fonte de dados institucional para promoção da sistematização e uso de dados e indicadores para a gestão da saúde pública, sendo concebido para ser a fonte principal de consulta para monitoramento e avaliação de políticas públicas em saúde. Contudo, o MGDI ainda não se encontra operacional.

13. Assim dada a relevância que esse nível de atenção à saúde tem para os cidadãos usuários do SUS anteposta às limitações de monitoramento dos resultados da atenção à saúde de média e alta complexidade e a viabilidade de definição do objeto a ser fiscalizado, estão presentes os requisitos de risco, materialidade e relevância para justificar a ação de controle.

1.2. Objeto

14. Acompanhamento de eventuais atividades de monitoramento e avaliação da eficiência e da qualidade (desempenho) dos hospitais financiados pelo SUS, realizadas atualmente pelo MS, e ações em processo de formulação que possam agregar valor nessas atividades.

1.3. Escopo da fiscalização

15. O objetivo desse trabalho é delimitar os riscos e oportunidades referentes às atividades de monitoramento e avaliação da eficiência e da qualidade (desempenho) dos hospitais financiados pelo SUS, realizadas atualmente pelo MS, e às ações em processo de formulação que possam aprimorar essas atividades. Com base nessa delimitação de riscos e oportunidades, configurar um acompanhamento dos processos de maior relevância a fim de promover o uso regular, eficiente, econômico e efetivo dos recursos neles empregados em benefício da sociedade.

16. Após a fase de planejamento e da construção da visão geral do objeto, foi possível destacar o escopo deste trabalho, materializados como variáveis de acompanhamento, expostos com mais detalhes no capítulo 3 deste relatório, em sintonia com a Portaria-Segecex 27/2016, que aprovou o manual de acompanhamento do TCU.

17. As variáveis a serem acompanhadas são as seguintes:

a) produtos e atividades que compõem o processo de revisão normativa conduzido pelo Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgências (Dahu) da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) do MS sobre contratualização de hospitais;

b) produtos e atividades que compõem a formulação do novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no projeto DRG-SUS; e

c) conjunto de indicadores qualificados do MGDI e atividades que compõem a implantação da PNMA-SUS, em especial as que possam interferir na avaliação do desempenho hospitalar.

1.4. Risco da fiscalização e medidas mitigadoras

18. Os riscos deste relatório de acompanhamento são divididos em três grupos, a saber: risco inerente, risco de controle e risco de detecção.

1.5.1 Risco inerente

19. O processo de monitoramento e avaliação do desempenho de unidades hospitalares exige, em especial, a definição prévia de conteúdos mínimos dos instrumentos de contratualização a serem periodicamente informados pelos gestores dessas unidades. É preciso também que a informação fornecida pelo gestor seja correta e tempestiva. Para tanto, o SUS deve possuir regras que incentivem os

gestores locais a realizar esse correto preenchimento e envio de informações ao MS. Essas atividades podem apresentar falhas em diversas etapas do processo incorrendo no comprometimento do monitoramento e avaliação do desempenho das unidades hospitalares pelo MS.

1.5.2 Risco de controle

20. O risco de controle é bastante influenciado pela maturidade do processo organizacional do MS em monitorar e avaliar o desempenho de unidades hospitalares e como sua gestão de riscos e controles internos lidam com tal processo. O risco de controle também é impactado pelos controles internos de cada unidade hospitalar do SUS, a qual deve ter seu desempenho monitorado e avaliado.

21. Em avaliação preliminar, a equipe de auditoria obteve evidências de baixa maturidade do MS no monitoramento e avaliação das políticas públicas da atenção especializada. Não se verificou a existência de uma atividade monitoramento sistemático do desempenho dos hospitais ou um acompanhamento via sistema de elementos mínimos da contratualização com essas unidades.

1.5.3 Risco de detecção

22. O risco de detecção, isto é, o risco de que os procedimentos empregados pela equipe de fiscalização não identifiquem distorções, inconformidades ou falhas relevantes, dependerá do nível de risco inerente e risco de controle do objeto acompanhado, bem como da robustez dos procedimentos empregados na fiscalização. Quão maior forem os riscos inerente e de controle, mais robustos devem ser os procedimentos aplicados pela equipe.

23. Pelo baixo nível de maturidade dos controles do MS dedicados ao processo de monitoramento e avaliação de desempenho de unidades hospitalares e pela dependência dos controles internos de cada unidade hospitalar, o risco de detecção é potencialmente elevado e deve ser mitigado através de uma delimitação e compreensão do objeto acompanhado. A isso, soma-se a implementação de procedimentos de fiscalização que possam garantir razoável certeza sobre seus resultados.

24. O fato de a escolha do instrumento de fiscalização ser um acompanhamento ajusta as expectativas geradas a respeito dos resultados esperados, uma vez que não se trata de uma auditoria em que se tem ao mínimo uma asseguarção razoável ou limitada sobre o objeto de controle.

25. Na modalidade selecionada para essa ação de controle, o que se tem é um controle concomitante que pode, inclusive, desencadear outras ações mais contundentes e aprofundadas.

2. Visão geral do objeto

26. Para construir a visão geral do objeto deste trabalho, além das fontes de informação normalmente acessadas nas auditorias (ordenamento jurídico e normas infralegais que regem a matéria, trabalhos já realizados por entidades de controle, literatura especializada, etc.), buscou-se conhecer, especialmente sob a perspectiva dos gestores, por meio de entrevistas telepresenciais, a política do MS em relação ao desempenho dos hospitais que prestam serviço para o SUS, em especial ações para gerar eficiência e qualidade na atenção ao usuário dos serviços.

27. De acordo com o Referencial de Controle de Políticas públicas do TCU, a construção de uma política passa por um ciclo de três estágios, de forma simplificada: **formulação da política, implementação e avaliação**. De forma mais detalhada, segundo o mencionado documento, todo o fluxo deveria percorrer nove fases: diagnóstico do problema, formação da agenda, análise de alternativas, tomada de decisão, desenho e institucionalização da política, estruturação da governança e gestão, alocação e gestão de recursos orçamentários e financeiros, operação e monitoramento, avaliação e extinção.

28. Cabe destacar que não se adotou aqui todos os procedimentos para se avaliar a política, mas, entender em linhas gerais as principais características desses três estágios mencionados, uma vez que se

trata da construção da visão geral sobre o objeto. Alguns aspectos de cada estágio, conforme mostrado na Figura 2, foram mais explorados nesse momento do trabalho.

Figura 2 - Esquema sobre a perspectiva utilizada para construção da visão geral do objeto.



Fonte: construção própria da equipe de fiscalização.

Aspectos relacionados ao estágio de formulação da política

2.1. Diagnóstico do problema e definição de objetivos na atenção especializada

29. A gestão da atenção especializada, por parte do MS, concentra-se na Saes, a qual cabe participar da formulação e da implementação da política de atenção especializada à saúde, observados os princípios e as diretrizes do SUS. Destacam-se algumas subunidades nessa seara:

- a) Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgências (Dahu), ao qual cabe, dentre outras atribuições, elaborar, coordenar e avaliar as políticas e os programas de abrangência nacional sobre atenção hospitalar do SUS;
- b) Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (Drac), ao qual cabe, dentre outras atribuições, monitorar e avaliar a assistência de média e alta complexidade quanto à capacidade operacional e potencial da rede instalada, à oferta de serviços de saúde e à execução dos recursos financeiros;
- c) Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet), ao qual cabe, dentre outras atribuições, elaborar, coordenar e avaliar as políticas e as ações de atenção especializada em saúde; e
- d) Coordenação-Geral de Monitoramento de Indicadores de Serviços na Atenção Especializada à Saúde (CGMIND), vinculada diretamente ao gabinete da Saes.

30. Além dessa estrutura, pode-se destacar também o Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (Demas), subordinado diretamente à Secretaria Executiva do MS, que tem como uma de suas competências a coordenação da formulação e execução da política de monitoramento e avaliação do SUS.

31. Ao longo do trabalho foram feitas entrevistas com os gestores dessas áreas a fim de se compreender, de uma forma geral, quais são os principais objetivos do MS no que concerne ao desempenho dos hospitais que prestam serviço para o SUS e, em especial, quais são as ações para gerar eficiência e qualidade na atenção aos usuários dos serviços de saúde.

32. Além de questionar os objetivos nessa seara, inquiriu-se quais são os principais desafios enfrentados e virtudes para o alcance desses objetivos, tanto no ambiente interno quanto externo ao MS. Os extratos de entrevistas estão todos documentados e trazem uma farta fonte de informações sobre o assunto (peças 8 a 26).

33. Com base nisso, pode-se dizer que, de uma maneira geral, há uma preocupação dos gestores em manter o sistema de financiamento dos hospitais com base na produção de serviços, uma vez que assim foi concebido historicamente, especialmente após a nova Constituição Federal de 1988. Diante disso, a gestão propriamente dita do desempenho atualmente está nas mãos dos entes subnacionais.

34. Sob essa perspectiva, a fonte principal de informações para os setores do MS provém dos sistemas SIA e SIH. Os dados da produção são processados, especialmente pelo Drac, e dão origem à programação financeira, a qual é executada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).

35. Assim, não se tem, pelo menos de forma estruturada, um diagnóstico nacional sobre a eficiência e a qualidade da atenção prestada pelos hospitais aos usuários do SUS. O que se tem é um levantamento permanente do que é produzido em termos de procedimentos de saúde.

36. Em que pese essa situação, a definição de objetivos e diretrizes, especialmente de origem normativa, podem ser destacadas aqui. De acordo com a Lei 8.080/1990, o MS é o responsável por acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

37. A Portaria GM/MS 3.410/2013 estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS. Nos termos do artigo 4º dessa portaria, compete ao MS, dentre outros aspectos, acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos pactuados por essas unidades. Apesar disso, por meio das entrevistas efetuadas neste trabalho, não ficou claro qual o papel e o propósito da União nessa atividade mencionada neste dispositivo infralegal. Esse assunto será mais bem explorado neste relatório, especialmente no capítulo 3, na primeira variável de acompanhamento sugerida nesta fiscalização.

38. Além desses objetivos de espectro mais amplo, citados nas normas, temos algo mais específico materializado no Plano Plurianual da União (PPA) para o período de 2020 a 2023 (Lei 13.971/2019), em que se prevê, no seu objetivo 1229, “ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais”.

39. Paralelamente a isso, esse mesmo dispositivo legal indica uma leve redução do orçamento da atenção especializada a partir de 2021: dividindo-se o valor previsto de 2021 a 2023, que é de cerca R\$ 235,7 bilhões, tem-se R\$ 78,6 bilhões, quantia menor do que a de 2020: R\$ 78,9 bilhões.

40. Diante dessas informações, está-se diante de um quadro em que se pretende aumentar a oferta de serviços especializados associado a uma leve redução do orçamento nesse setor. Em direção contrária, há também o envelhecimento acelerado da população brasileira, pressionando ainda mais a demanda hospitalar. Ou seja, há um desafio posto pela própria União em que a geração da eficiência hospitalar se mostra como condição necessária para o alcance dos objetivos.

Figura 3 - Esquema sobre a lógica de atuação implícita no PPA.



Fonte: construção própria da equipe de fiscalização, com base no PPA 2020 a 2023.

41. O aumento da cobertura e da resolutividade da atenção primária, previstos na Diretriz 11 do PPA logicamente tem o potencial de amenizar a demanda por atendimentos na atenção especializada. No entanto, o mesmo desafio da eficiência está posto na atenção primária, pois o seu orçamento também sofrerá leve redução em relação ao de 2020, de acordo com a referida lei orçamentária.

42. Outra norma importante relacionada ao assunto em tela, recém editada pela União, é o Decreto 10.531/2020, no qual se institui a estratégia federal de desenvolvimento para o Brasil no período de 2020 a 2031. No Eixo Social, especificamente no desafio 5.3.2, está preconizada a melhora no acesso aos serviços de saúde e na sua qualidade.

43. Para essa finalidade, o Decreto traz algumas orientações, das quais se destacam as seguintes:

adequar os serviços de saúde para atendimento às **novas demandas decorrentes do envelhecimento populacional** de forma integrada com outras ações e outros serviços públicos, com ênfase na promoção do envelhecimento saudável e do aumento da autonomia dos idosos, observando os vínculos intergeracionais; (...)

aprimorar a gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, avançando na articulação entre os setores público e privado (complementar e suplementar), aperfeiçoando os mecanismos de regulação e **aumentando a eficiência e a equidade do gasto com adequação do financiamento às necessidades da população;**

integrar as informações de saúde provenientes das redes pública e privada, a partir da criação de **padrão de dados único** e da implementação de **prontuário eletrônico** pelo SUS, a fim de atender à demanda com equidade e eficiência; (...)

reduzir os vazios assistenciais, **revisando modelos de financiamento** do sistema de saúde e considerando a equidade e a eficiência como critérios para investimentos em saúde;

44. Vale mencionar que, para se saber se houve melhora na eficiência e na qualidade da atenção primária e especializada, é necessário se obter informações sobre isso, diagnosticar os problemas existentes nesse assunto, para se propor uma agenda adequada aos objetivos almejados.

45. O MS já está estruturando projetos para viabilizar alguns desses objetivos na atenção especializada, a exemplo da adequação do financiamento às necessidades da população: projeto com base na metodologia *DRG*, que será mais bem discutido no capítulo 3 deste relatório; e do projeto de

implantação da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDSRND) e Conjunto Mínimo de Dados (CMD), relacionado ao objetivo de integrar as informações de saúde.

46. Diante desse contexto, pode-se afirmar que o MS não realiza um diagnóstico dos problemas relacionados à eficiência e à qualidade na atenção hospitalar, pois, na prática, prioriza as informações referentes à produção dos serviços. Em que pese esse cenário, a União almeja, nos próximos anos, aumentar o acesso à atenção especializada, mesmo com orçamento estagnado, e aumentar a eficiência do gasto em saúde com adequação do financiamento às necessidades da população.

Aspectos relacionados ao estágio da implementação da política

2.2. Alocação dos recursos orçamentários e financeiros

47. No passado, antes da existência do SUS, os recursos federais destinados a hospitais eram diretamente repassados dos cofres da União aos prestadores de serviços de saúde, inclusive às unidades hospitalares. Essa sistemática se dava por meio do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Com a institucionalização do SUS, após a promulgação da Constituição de 1988, a saúde pública brasileira passou a se organizar com maior ênfase na descentralização da gestão dos serviços de saúde, alçando os entes federativos (estados, Distrito Federal e municípios) como responsáveis por organizá-los em seu território, bem como as redes de atenção à saúde que abrangem esses serviços.

48. Com essa mudança, a União passou a ter um papel de organizador central da saúde pública e formuladora de diretrizes, tornando-se também financiadora indireta desses serviços. Com efeito, foram instituídos instrumentos para que os recursos federais fossem enviados aos entes federativos e não mais serem, em regra, diretamente aplicados pela União nos serviços assistenciais à saúde. Estes entes, portanto, deveriam se encarregar em aplicar os recursos nos serviços e nas estruturas de saúde de seu território, desonerando a União de ter de acompanhar diretamente cada serviço de saúde prestado em território nacional custeado com recursos federais.

49. Essas alterações nos papéis dos entes tem um sentido lógico pautado nos princípios de organização federativa, os quais assumem a premissa de que problemas locais são melhor tratados por gestores locais, que estão próximos a eles e vivem suas consequências. Na saúde, por ser uma necessidade social de primeira ordem, indispensável para a sobrevivência, tal lógica é aplicada com grande validade. Contudo, se por um lado essa alteração de papéis dos entes trouxe um melhor funcionamento do sistema de saúde como um todo, por outro tornou mais complexa (e em alguns casos inviável) a obtenção centralizada de certos dados, como a destinação precisa da aplicação dos recursos federais transferidos. O motivo disso é que, uma vez que os recursos federais são enviados aos fundos de saúde dos entes federativos, a União deixa de ter gerência direta sobre o recurso, não mais sabendo que unidade e quais serviços ela financiou exatamente.

50. Essa contextualização é importante para esclarecer que, atualmente, não é possível se extrair com precisão os valores dos recursos federais destinados a custear hospitais que prestam serviços ao SUS, pois essa informação é gerida por cada ente federado ao apurar as produções dos hospitais e efetuar os pagamentos com os recursos de seus respectivos fundos de saúde; fundos estes que recebem aportes federais, estaduais e/ou municipais. Ademais, uma vez que o recurso federal é recebido na conta de um fundo de saúde estadual ou municipal, a separação das origens apenas pela movimentação da conta se torna um controle pouco viável dada a fungibilidade do recurso. Outrossim, inexistente um sistema que unifique as movimentações dos recursos. Expostas essas limitações, far-se-á exposição das informações que mais se aproximam ao objeto desta fiscalização.

Quadro 1 - Orçamento da Atenção Especializada à Saúde de 2020-2023.

Esfera	Valor 2020 (mil R\$)	Valor 2021-2023 (mil R\$)
Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social	60.210.741	170.849.630
Despesas Correntes	58.082.381	167.790.219
Despesas de Capital	2.128.361	3.059.411
Recursos não orçamentários	18.713.678	64.828.755
Gastos tributários	18.713.678	64.828.755
Valores Globais	78.924.419	235.678.385
	314.602.804	

Fonte: Anexo I da Lei 13.971/2019 (PPA 2020-2023)

51. Nada obstante, é possível se obter informações sobre os recursos federais destinados à atenção especializada à saúde, conceito que se aproxima aos serviços de saúde prestados por hospitais. No que tange aos aspectos orçamentários e financeiros da atenção especializada à saúde, o Programa “Atenção Especializada à Saúde”, previsto no PPA 2020-2023, tem como programação orçamentária anual aproximada de R\$ 79 bilhões por ano (ver Quadro 1).

Quadro 2 - Orçamento Fortalecimento do SUS de 2016-2019.

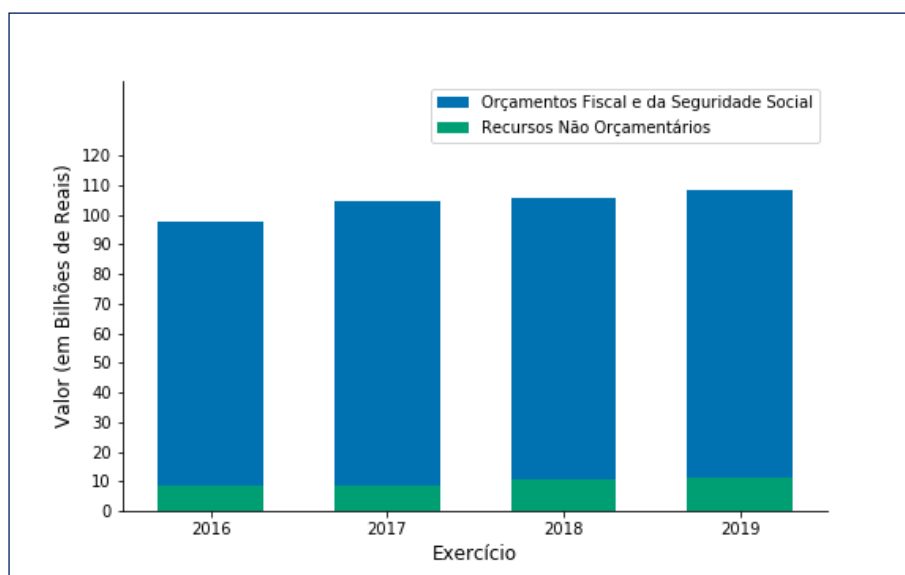
Esfera	Valor 2016 (mil R\$)	Valor 2017 (mil R\$)	Valor 2018 (mil R\$)	Valor 2019 (mil R\$)
Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social	97.428.158	104.448.727	105.874.034	108.187.993
Despesas Correntes	91.723.611	97.567.633	101.462.114	104.502.498
Despesas de Capital	5.704.548	6.881.095	4.411.920	3.685.495
Recursos não orçamentários	8.367.418	8.552.544	10.585.583	11.319.837
Créditos e Demais Fontes	950.000	785.000	700.000	700.000
Gastos tributários	7.417.418	7.767.544	9.885.583	10.619.837
Valores Globais	105.954.643	113.231.576	116.781.927	119.990.148
	455.958.296			

Fonte: Anexo II da Lei 13.249/2016 (PPA 2016-2019)

52. Para períodos anteriores a 2020, não é possível se obter essa informação a partir das peças orçamentárias. O PPA 2016-2019 possuía outra estrutura de programas, afetando a possibilidade de comparação. Esse PPA não separava a atenção especializada da atenção primária, adotando à época um programa finalístico único com o nome “Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)”, designação

mais ampla, que concentrava entre 85% a 90% de toda a programação orçamentária destinada à Saúde (ver Quadro 2). As Figuras 4, 5a e 5b ilustram as informações contidas no Quadro 2 na forma de gráfico de barras.

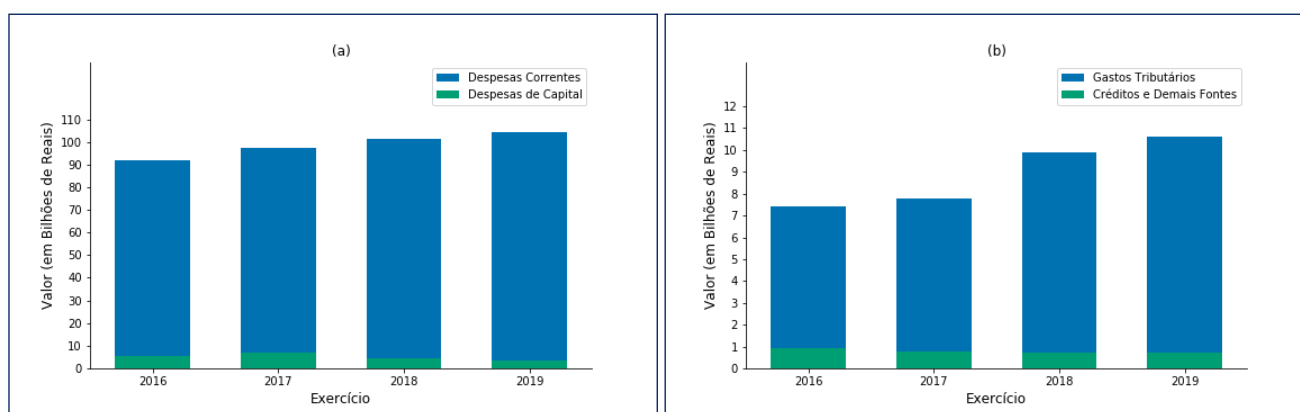
Figura 4 - Orçamentos do SUS de 2016 a 2019.



Fonte: elaboração própria.

53. Outro conceito que pode ser usado como métrica aproximada dos recursos federais destinados a hospitais são os recursos denominados como Média e Alta Complexidade (MAC). De acordo com a Saes, a média complexidade na saúde consiste em procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de níveis superior e médio, tais como: cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, patologias clínicas, próteses e órteses, anestesia e a maioria procedimentos ambulatoriais.

Figura 5 - Detalhamento do Orçamento do SUS de 2016 a 2019: (a) Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social; (b) Recursos Não Orçamentários.



Fonte: elaboração própria.

54. A alta complexidade, por sua vez, é conceituada como conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados – tais como: assistência oncológica, doença renal crônica (hemodiálise), cardiologia, traumato-ortopedia, neurocirurgia, obesidade (cirurgia bariátrica), reabilitação, obstetrícia, em sua maioria no SIH.

55. A partir desses conceitos, é possível inferir uma alta correlação entre serviços de saúde classificados como MAC e serviços de saúde prestados por hospitais. Os recursos federais destinados à MAC são aplicados de duas formas. A primeira se dá por transferências fundo a fundo por meio de repasses denominados por “limite financeiro da MAC” ou “Teto MAC”. Já a segunda, se dá por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O FAEC é uma exceção à regra da descentralização de recursos aos estados e municípios, pois nele a União paga a exata produção do hospital prestador que executou os serviços, que se enquadram no rol de ações estratégicas (geralmente procedimentos de alta complexidade, tais como transplantes).

56. O Quadro 3 demonstra detalhadamente valores históricos destinados ao bloco da MAC (limite financeiro da MAC + FAEC), enquanto a Figura 6 os ilustra na forma de gráfico de barras.

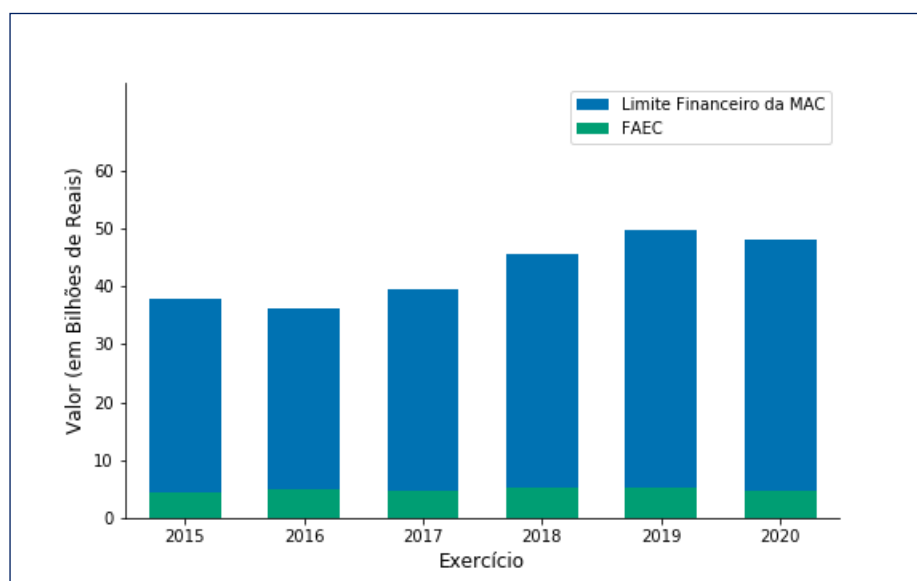
Quadro 3 - Recursos do bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Ano	Limite Financeiro da MAC (a) ¹	Valor – FAEC (b)	TOTAL (a+b)
2015	R\$ 37.879.466.235,22	R\$ 4.340.761.531,23	R\$ 42.220.227.766,45
2016	R\$ 36.218.098.777,02	R\$ 4.907.193.170,85	R\$ 41.125.291.947,87
2017	R\$ 39.441.168.424,10	R\$ 4.727.930.084,94	R\$ 44.169.098.509,04
2018	R\$ 45.620.076.556,61	R\$ 5.215.701.786,93	R\$ 50.835.778.343,54
2019	R\$ 49.558.181.930,31	R\$ 5.369.188.915,58	R\$ 54.927.370.845,89
2020	R\$ 47.947.713.525,88	R\$ 4.796.293.808,09	R\$ 52.744.007.333,97

Fonte: Fundo Nacional de Saúde

Obs1.: Embora a classificação se mantenha na Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017, de 2018 em diante, as bases consolidadas não adotam mais a designação “Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade”, passando a ser “Atenção da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar”, incluindo o FAEC. Para evitar uma dupla contagem, seu valor foi deduzido para o preenchimento da coluna “Limite Financeiro da MAC”.

Figura 6 - Recursos do bloco MAC Ambulatorial e Hospitalar de 2015 a 2020.



Fonte: elaboração própria.

57. O limite financeiro da MAC é um valor transferido pela União aos fundos de saúde dos demais entes e leva em conta, entre outros aspectos, a capacidade de prestação de serviços de saúde

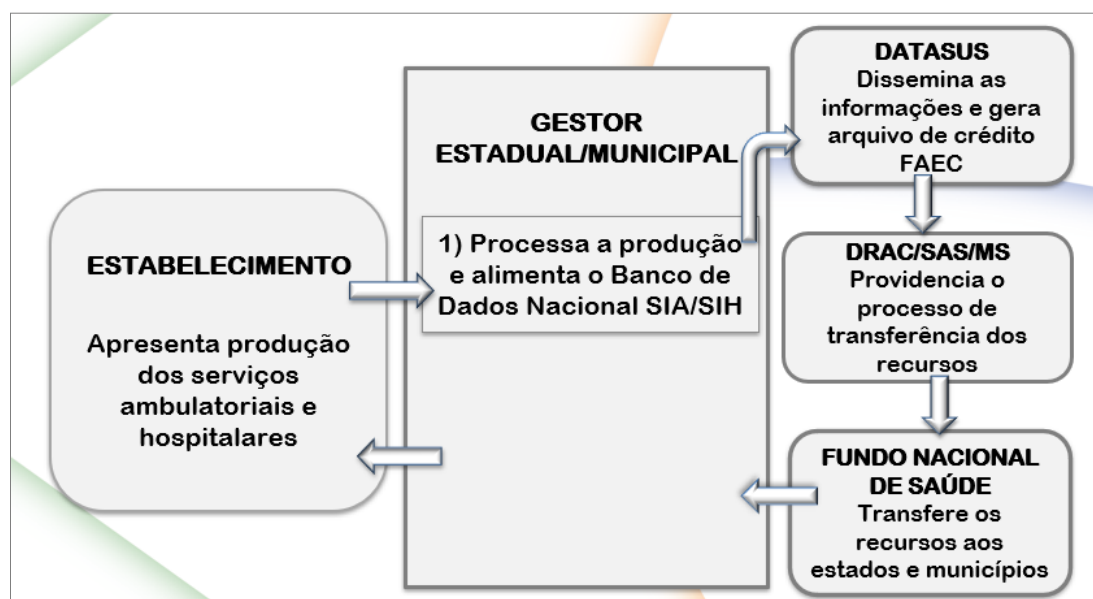
previamente comprovada, não tendo uma relação direta com o que é periodicamente produzido por cada prestador. Reitera-se que esse controle de produção efetiva é realizado pelo gestor estadual ou municipal.

58. Como já mencionado, além do limite financeiro da MAC, compõem os recursos da média e alta complexidade os recursos transferidos por meio do FAEC. Esse Fundo viabiliza, por meio recursos federais, sem comprometer os valores repassados via limite financeiros dos demais entes, a realização de procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, isto é, pacientes que são referenciados para a realização de procedimentos para unidades da federação diversa daquela em que o paciente foi inicialmente atendido, além de outros procedimentos considerados estratégicos pelo MS.

59. Levando em conta que os valores destinados ao FAEC necessitam de controle da União que corresponda à real produção do prestador (diferentemente do limite financeiro da MAC), reproduz-se na Figura 7, ilustração disponibilizada pelo MS demonstrando como se dá o fluxo de produção-pagamento do FAEC.

60. Importa ressaltar que, apesar de o recurso do FAEC já ter um prestador beneficiário definido, quando o recurso deixa os cofres do FNS, o recurso é repassado antes ao fundo estadual ou municipal de saúde, o qual é o responsável por processar o pagamento ao prestador.

Figura 7 - Fluxo de produção/pagamento do FAEC.



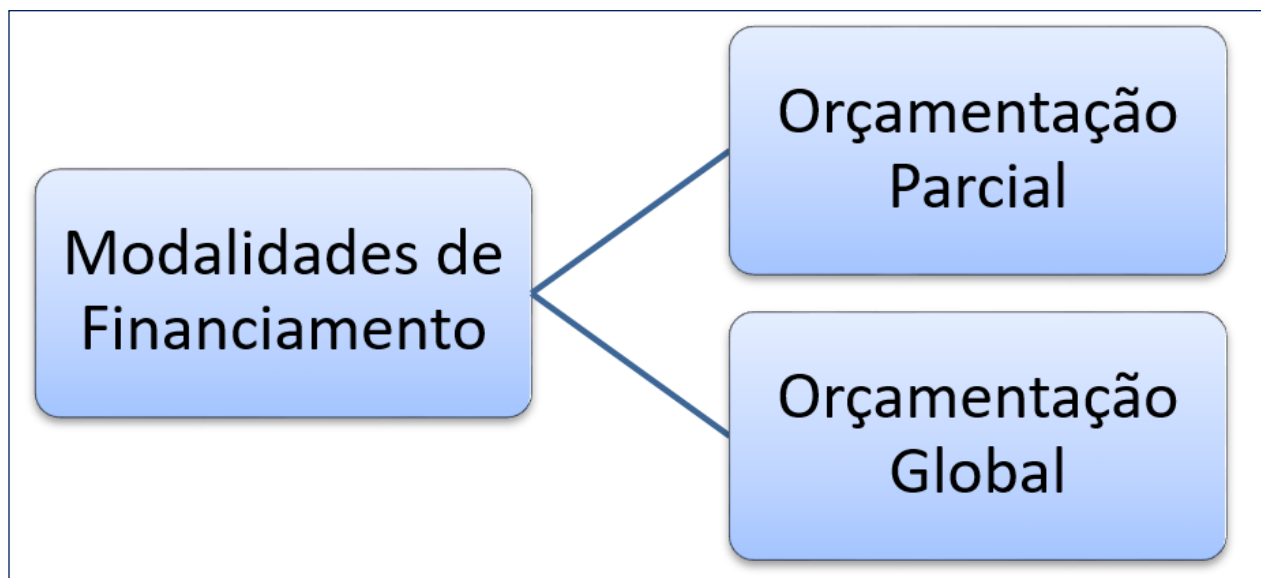
Fonte: Ministério da Saúde, CGSC/DRAC/SAES.

Quais os principais estímulos aos prestadores?

2.2.1. Financiamento dos hospitais

61. Os repasses financeiros aos hospitais contratualizados serão realizados de maneira regular, condicionados, porém, ao cumprimento de metas quantitativas e qualitativas, as quais serão estabelecidas no “Documento Descritivo”, anexo ao contrato. Os entes responsáveis pelos repasses serão os entes federados que assinaram os instrumentos de contratualização (art. 28 da Portaria GM/MS 3.410/2013). O documento descritivo deve também definir as respectivas fontes de recursos e montantes mensal e anual. Há um modelo para apresentar essas informações anexo à Portaria GM/MS 3.410/2013.

Figura 8 - Modalidades de financiamento hospitalar.



Fonte: elaboração própria.

62. De acordo com a Portaria da Contratualização (Portaria GM/MS 3.390/2013), há duas grandes modalidades de financiamento dos hospitais do SUS: “orçamentação global” e “orçamentação parcial”. Deve-se destacar que os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos serão financiados, preferencialmente, por orçamentação parcial (art. 16 da Portaria GM/MS 3.390/2013).

63. A Portaria da Contratualização traz as seguintes definições para tais modalidades (destaques inseridos e com adaptações):

Orçamentação parcial: a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado.

Orçamentação global: modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio, apresentados em planilhas separadamente.

64. Independentemente da modalidade de orçamentação utilizada, o não atendimento das metas e compromissos formalizados resultará em efeitos financeiros negativos para a unidade hospitalar. As regras que regem o atendimento insuficiente das metas estabelecem (art. 29 da Portaria GM/MS 3.410/2013) que o hospital que não atingir pelo menos 50% das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por três meses consecutivos ou cinco meses alternados terá o instrumento de contratualização e Documento Descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local.

65. Já nos casos em que há uma superação consistente das metas pactuadas, a regra normativa é (art. 30 da Portaria GM/MS 3.410/2013) o hospital que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% por doze meses consecutivos terá as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária.

66. Registra-se que a regra para considerar uma eventual superação de metas é significativamente menos sensível no aspecto temporal que a regra para reduzir o valor dos repasses para um hospital com desempenho insuficiente. Com efeito, para que haja uma reavaliação para cima nos valores, é preciso que o hospital performe doze meses consecutivos acima da meta pactuada, enquanto para uma reavaliação para baixo, basta que sejam três meses. Para equilibrar essa assimetria, porém, o

nível de insuficiência é bastante tolerante, só havendo uma reavaliação a menor em casos de desempenho que fiquem abaixo de 50% do pactuado.

67. Apesar de a regra ser a utilização da orçamentação parcial, a contratualização poderá ser feita no modelo de orçamentação global, desde que tal modalidade seja acordada entre as partes e condicionada ao cumprimento de metas e compromissos formalizados, que devem ser monitorados e avaliados periodicamente. Ademais, tal modalidade de orçamentação deve levar em conta:

- a) a infraestrutura tecnológica da unidade (porte, equipamentos e serviços);
- b) o perfil assistencial;
- c) a capacidade e produção de serviços (recursos humanos e desempenho de produção); e
- d) o custo regional de materiais e serviços.

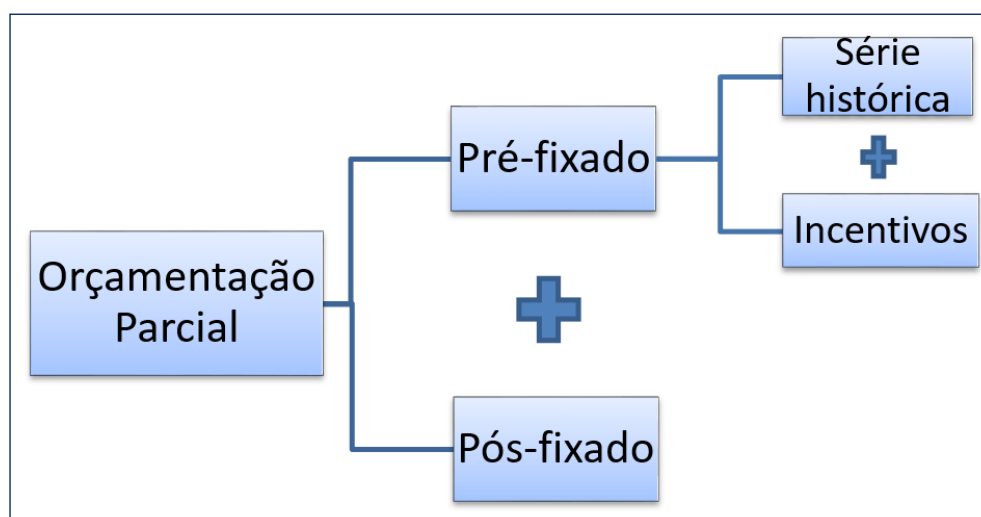
68. Já a orçamentação parcial é composta por dois tipos de parcelas que merecem detalhamento, valor pré-fixado e valor pós-fixado.

69. O valor pré-fixado, como seu próprio nome sugere, é um valor definido e provisionado antecipadamente a ser destinado ao hospital, garantindo-lhe um conhecimento prévio sobre o montante de recursos, o que favorece uma maior previsibilidade no custeio das despesas da unidade. Ele é composto:

- a) pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos doze meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade; e
- b) por todos os incentivos de fonte federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas quali-quantitativas.

70. O valor pré-fixado repassado mensalmente aos hospitais serão condicionados, em regra, da seguinte forma: 40% ao cumprimento das metas qualitativas e 60% ao cumprimento das metas quantitativas. Esses percentuais podem ser alterados pelo ente federativo desde que respeitados o valor percentual mínimo de 40% e pactuados no instrumento de contratualização com o hospital.

Figura 9 - Composição da orçamentação parcial.



Fonte: elaboração própria.

71. A parcela pós-fixada, por sua vez, é calculada a partir do valor de remuneração dos serviços de alta complexidade e do FAEC, obtidos de uma estimativa de metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor do ente federado. Merece notar que a parcela pré-fixada é em grande parte composta por recursos relacionadas à serviços de média

complexidade, enquanto a parcela pós-fixada é diretamente influenciada pelos serviços de alta complexidade prestados.

72. Na orçamentação parcial, ainda, o ente federativo poderá definir parcelas adicionais às partes pré-fixada e pós-fixada caso tenha capacidade de financiamento com fonte de recursos própria.

73. Com base no que fora exposto, pode-se esquematizar a orçamentação parcial conforme Figura 9.

Aspectos relacionados ao estágio de avaliação da política

2.3. Avaliação do desempenho da prestação de serviços

74. Diante de tudo o que foi exposto na seção anterior, pode-se concluir que a gestão dos resultados diretamente apresentados pelo prestador não é feita pela União. A configuração das metas quantitativas e qualitativas é delimitada pelos entes subnacionais, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela União na Portaria GM/MS 3.410/2013.

75. Conforme será exposto mais detalhadamente no capítulo 3, seção 3.1, há considerável imprecisão sobre qual é o real papel da União na gestão do desempenho dos hospitais. Apesar de isso ser, de certa forma, delimitado na Portaria GM/MS 3.390/2013, a qual define as competências do MS na PNHOSP, as previsões normativas não estão aderentes à realidade, pondo em dúvida as premissas sobre as quais elas foram elaboradas.

76. Cabe aqui também destacar, mais uma vez, que o modelo de financiamento atual está centrado na produção de serviços, gerando baixos estímulos à eficiência operacional e à qualidade na atenção para entrega de valor ao paciente. Assim, atualmente, as informações geradas pelos sistemas e repassadas à União pelos entes não fornecem uma base para esse tipo de monitoramento e de avaliação.

77. No capítulo 3, seção 3.2, será exposta e mais bem detalhada a intenção do MS de mudar o sistema de financiamento da atenção especializada para um modelo mais voltado para o diagnóstico dos pacientes, com base na metodologia *DRG*. Isso pode ser uma oportunidade para que a União gere estímulos mais contundentes para que os prestadores sejam mais eficientes e tenham uma maior preocupação com a qualidade da atenção à saúde, gerando mais valor para o cidadão usuário do sistema. Além disso, poderá ser possível, com esse projeto, obter acesso a informações mais qualificadas para que a União exerça de fato um monitoramento e avaliação do desempenho hospitalar no país.

78. Cabe, por último, mencionar uma iniciativa do Demas no que tange a esfera do monitoramento e da avaliação dos serviços prestados no SUS. Atualmente, já existe um repositório de 163 indicadores previstos no MGDI.

79. Segundo o Demas, está em andamento um processo de qualificação desses indicadores, com auxílio da Universidade de São Paulo (USP), por meio de fichas em que se estabelece critérios técnicos para reconhecer cada um deles como válido. Esse processo de validação também passará pelas áreas técnicas do MS. Sendo assim, enxerga-se uma oportunidade para que o mecanismo de monitoramento e avaliação seja aperfeiçoado, especialmente nos setores responsáveis pela atenção especializada.

80. Esse assunto também será mais bem detalhado no Capítulo 3 deste relatório, especificamente na Seção 3.3.

3. Variáveis de acompanhamento

3.1. Monitoramento do desempenho dos hospitais

Introdução

81. O MS não monitora, de forma sistemática, o desempenho dos hospitais que prestam serviços ao SUS. O motivo provável é ausência de clareza sobre o papel gerencial do MS na prestação de serviços nos hospitais do SUS, uma vez que não há evidências de que as normas sobre contratualização de hospitais e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) tenham sido formuladas a partir de um diagnóstico do problema que se pretendia resolver.

82. Uma das lições mais prestigiadas em gestão é “não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende e não há sucesso no que não se gerencia”. Essa frase é atribuída a William Edwards Deming, estatístico americano conhecido por levar ao Japão pós-guerra práticas de organização produtiva que proporcionaram um aumento sem precedentes da qualidade e da produtividade da indústria japonesa durante o século XX.

83. A importância de se monitorar (“medir”) resultados reside na possibilidade de que decisões gerenciais tomadas sejam baseadas em evidência. Esse é um elemento central do conceito de gerência a qual Deming se referia, pois, sem evidências e dados para fundamentar as decisões, os atos de gestão serão palpites.

84. Embora tenha sido concebido num contexto industrial, o raciocínio de Deming também é válido para a gestão pública. Ao descentralizar recursos federais ao SUS, é relevante para os gestores do MS saber os efeitos e resultados do uso dos recursos descentralizados, ainda que estes sejam aplicados junto com recursos de cofres de outras esferas e por gestores de outros entes.

85. Na saúde, é sabido que, na maioria das vezes, a União não é o ente que realiza a gestão da prestação do serviço. No SUS, essa tarefa costuma ficar a cargo dos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal. Nada obstante, no contexto dos serviços de saúde prestados por hospitais não é diferente, a União é um dos principais financiadores e o principal organizador e formulador de políticas públicas da média e alta complexidade no SUS.

86. Essa particularidade tem dois efeitos que merecem destaque. O primeiro é que existe um intermediário da informação a ser recebida pelo MS, que são os estados e os municípios. O segundo é que, por sua gerência ser apenas mediata, o tipo de dado ou informação relevante para o acompanhamento e monitoramento pelo MS pode ser diferente daquele usado pelos estados e municípios para a mesmo propósito. Junto a isso, existe a necessidade de se definir qual informação é relevante para o monitoramento exercido pelo Ministério da Saúde.

Contratualização e Política Nacional de Atenção Hospitalar

87. Para tentar endereçar essas questões, é preciso compreender como é a sistemática de organização dos hospitais que prestam serviços ao SUS. Essa organização se dá por meio da contratualização, prevista nas Portarias GM/MS 3.390/2013, da PNHOSP, e 3.410/2013, da contratualização.

88. Toda unidade hospitalar que presta serviços assistenciais ao SUS, independentemente de sua natureza jurídica, esfera administrativa, esfera de gestão, se público ou privado, com ou sem fins lucrativos, deve formalizar sua relação com o SUS por meio de contrato assinado com um gestor público. É o regramento do art. 29 da Portaria GM/MS 3.390/2013, que institui a PNHOSP.

89. A PNHOSP, por sua vez, define em seu art., 4º que os hospitais que prestam ações e serviços para o SUS compõem-se como “um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da Região de Atenção à Saúde (RAS) loco-regional (...)”.

90. A PNHOSP possui catorze diretrizes, as quais são relacionados no Quadro 4, em que destaques foram inseridos.

Quadro 4 - Diretrizes da PNHOSP.

Inciso	Art. 6º da Portaria GM/MS 3.390/2013
I	Garantia de universalidade de acesso , equidade e integralidade na atenção hospitalar
II	Regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais
III	Continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS
IV	Modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário , de forma multiprofissional e interdisciplinar
V	Acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS
VI	Atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização
VII	Gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS
VIII	Garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente
IX	Garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais
X	Financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão
XI	Garantia da atenção à saúde indígena , organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena
XII	Transparência e eficiência na aplicação de recursos
XIII	Participação e controle social no processo de planejamento e avaliação
XIV	Monitoramento e avaliação

91. Há que se destacar também a existência de seis eixos estruturantes da PNHOSP previstos no art. 7º da Portaria GM/MS 3.390/2013, quais sejam:

Art. 7º São eixos estruturantes da PNHOSP:

I - Assistência Hospitalar;

II - Gestão Hospitalar;

III - Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho;

IV - Financiamento;

V - Contratualização; e

VI - Responsabilidades das Esferas de Gestão

92. Sobre os eixos estruturantes da PNHOSP, é importante saber que se trata de temas divididos em seções da Portaria GM/MS 3.390/2013, sendo uma forma de organizar seu conteúdo. Nessa portaria, cada eixo é detalhado num conjunto de regramentos específicos que estão reproduzidos nos seus artigos 8º a 32.

93. A contratualização, além de ser um eixo estruturante da PNHOSP tratado na Portaria GM/MS 3.390/2013, possui ato normativo específico para regê-la. Se por um lado a portaria da PNHOSP define que toda unidade hospitalar que preste serviço para o SUS deve ter sua participação no sistema formalizada por instrumento contratual, por outro, as regras da contratualização definidas na Portaria GM/MS 3.410/2013 são aplicadas apenas aos hospitais com cinquenta ou mais leitos operacionais, tendo como exceção os hospitais privados sem fins lucrativos, em que o mínimo são trinta leitos operacionais, sendo desses, pelo menos 25 destinados ao SUS.

94. As responsabilidades dos hospitais no âmbito da contratualização se dividem em quatro eixos definidos no art. 6º da Portaria GM/MS 3.410/2013:

- I - assistência;
- II - gestão;
- III - ensino e pesquisa; e
- IV - avaliação.

95. Expõe-se a seguir uma síntese de algumas das obrigações de cada eixo. No eixo da assistência, vale destacar a obrigação de os hospitais cumprirem os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência. Na gestão, merece menção o dever de informar aos profissionais da unidade os compromissos e metas contratualizadas, disponibilizar a totalidade das ações e serviços contratualizados para a regulação do gestor público e alimentar os sistemas de notificação compulsória. Quanto ao eixo de ensino e pesquisa, é oportuno mencionar o dever de se difundir práticas de cuidado integral e ser campo de educação permanente para profissionais da RAS. Por fim, no eixo de avaliação, convém relacionar a íntegra das medidas que o compõe (art. 10):

- I - acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e **eficiência** na qualidade dos serviços;
 - II - avaliar o cumprimento das **metas** e a **resolutividade** das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;
 - III - avaliar a **satisfação** dos usuários e dos acompanhantes;
 - IV - participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;
 - V - realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do **controle de riscos**; e
 - VI - monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.
- (destaques inseridos)

96. Ainda no eixo da “avaliação”, a Portaria GM/MS 3.410/2013 estabelece como dever dos hospitais contratualizados no SUS o monitoramento dos seguintes indicadores (artigos 11 e 12):

- a) taxa de ocupação de leitos;
- b) tempo médio de permanência para leitos de clínica médica;
- c) tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos;
- d) taxa de mortalidade institucional;
- e) taxa de ocupação de leitos de UTI; e
- f) densidade de incidência de infecção por cateter venoso (CVC).

97. Para que haja a contratualização é preciso a assinatura de um instrumento formal entre gestor público e o representante da instituição hospitalar. De acordo com essa portaria, o instrumento formal de contratualização será composto por duas partes indissociáveis, quais sejam, (i) o termo do instrumento formal de contratualização e o (ii) Documento Descritivo. O instrumento formal conterà obrigatoriamente:

I - as **responsabilidades do hospital** quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa;

II - as **responsabilidades da União**, Estado, Distrito Federal e Municípios;

III - os **recursos financeiros**, suas fontes e a forma de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade na assistência prestada;

IV - as **sanções** e penalidades conforme legislação específica;

V - a constituição e funcionamento da **Comissão de Acompanhamento** da Contratualização de que trata o art. 32;

VI - o **Documento Descritivo**, contendo as metas quali-quantitativas e indicadores de monitoramento. (destaques inseridos)

98. O Documento Descritivo, por sua vez, terá validade máxima de 24 meses, devendo ser revisado e renovado após o período de expiração de sua validade, e conterà no mínimo:

a) todas as ações e serviços de saúde que serão prestados pelo hospital;

b) as metas físicas e seus quantitativos;

c) as metas qualitativas;

d) os recursos de estrutura física, tecnológica e humana necessária para a prestação dos serviços contratualizados;

e) os indicadores para avaliação de metas e desempenho; e

f) os recursos financeiros e respectivas fontes.

A atividade de monitoramento do desempenho dos hospitais

99. Em linha com o que fora posto, a Portaria GM/MS 3.410/2013, em seu art. 4º, inciso IV, elenca como competência do MS acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização de hospitais no âmbito do SUS.

100. Todavia, não há, por parte do MS, a realização de uma atividade de monitoramento sistemática que se assemelhe ao estabelecido na Portaria. Verificou-se, contudo, que existem ações pontuais de avaliação, caso a caso, motivadas por eventos ou demandas específicas, internas ou externas ao MS, mas que não se enquadram a um processo contínuo e abrangente.

101. A despeito disso, esse descompasso entre o monitoramento previsto e a ausência de atividade de controle com pretensão de atender o que o próprio MS estabeleceu em norma, não caracteriza, necessariamente, na opinião desta equipe de fiscalização, negligência ou omissão grave.

102. A razão é que não há elementos que sugiram ser viável e/ou pertinente ao MS monitorar cada meta/compromisso contratualizado de cada hospital que preste serviços ao SUS. Esse nível de controle sugere uma proximidade que apenas os entes e gestores locais/regionais possuem, pois são quem assinam os instrumentos de contratualização e vivenciam as necessidades de sua população em seu território.

103. Nada obstante, esse descumprimento normativo não se trata apenas de uma definição infeliz de procedimentos de controle, mas indica uma possível fragilidade institucional mais profunda, na estratégia de atuação do MS. Ao instituir em norma controles que não são implementados por suas equipes técnicas por motivos de viabilidade, evidencia-se que o MS não sabe qual informação precisa para exercer seu papel gerencial e um dos motivos possíveis para isso é que pode não haver clareza sobre qual é o seu papel na organização e prestação de serviços dos hospitais do SUS. Dito de forma direta, há

indícios de que o Ministério não tem claro qual é o seu papel gerencial na prestação de serviços hospitalares do SUS.

104. Essa conclusão é possível pois, se a realidade fosse contrária, isto é, caso o MS tivesse claro qual seu papel nesse processo, a definição de quais informações lhe caberiam monitorar seria inequívoca e as consequências de não as monitorar seriam imediatamente percebidas pelos tomadores de decisão em nível federal. Ademais, não há evidências disponíveis de que tenha havido um diagnóstico do problema que a contratualização (ou mesmo a PNHOSP) pretende resolver.

105. Diante dessa situação encontrada, há uma necessidade de não só revisar os procedimentos de controle previstos na portaria de contratualização, mas, de reavaliar (*ex-post*) o papel gerencial do Ministério sobre os serviços de saúde prestados por hospitais do SUS e fazê-lo repercutir sobre suas rotinas de controle e tomada de decisão.

106. Em reunião com equipe do Dahu, área responsável pela Portaria GM/MS 3.410/2013, confirmou-se que a equipe técnica desse departamento também compartilha da percepção da necessidade de reforma normativa na temática. Foi mencionado que fora constituído grupo de trabalho e aberto processo no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) do Ministério. Contudo, os trabalhos foram suspensos com o advento da pandemia da *Covid-19*.

Por que acompanhar o processo de revisão normativa sobre a contratualização com hospitais?

107. Esta fiscalização pretende acompanhar o processo de revisão normativa do MS no monitoramento e avaliação do desempenho dos hospitais do SUS.

108. É um dever do MS exercer o papel de direção do SUS naquilo que compete à União, art. 9º, inciso I, da Lei 8.080/1990. Sabendo que os serviços de saúde prestados por hospitais são de extrema relevância para a composição de serviços do SUS, é inegável a existência de um papel gerencial que seja condizente com a diretriz constitucional de descentralização do sistema.

109. Assim, este trabalho pretende saber se o processo de revisão normativa, conduzida pelo Dahu, é capaz de tornar claro o papel do MS sobre os serviços de saúde prestados por hospitais e definir um conjunto de atividades de monitoramento viáveis de serem executadas sistematicamente e úteis para a tomada de decisão, consoante o papel gerencial do MS previamente definido.

110. Ademais, esta fiscalização visa saber se esse processo de revisão normativa da contratualização levará em conta a existência da PNMA-SUS e a implantação do MGDI, conectando as atividades de monitoramento previstas em norma com as ferramentas institucionalizadas pelo MS através da PNMA-SUS e do MGDI.

111. A PNMA-SUS busca a institucionalização de estratégias e ações de monitoramento e de avaliação de políticas públicas de saúde; seu acompanhamento contínuo, regular e sistemático. O MGDI, por sua vez, foi concebido para ser principal ferramenta de consulta para ações que utilizem indicadores de saúde, com o objetivo de promover a sistematização das informações para o monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde e para os processos decisórios.

112. Desse modo, a variável de acompanhamento relacionada ao monitoramento do desempenho dos hospitais são: os produtos e as atividades que compõem o processo de revisão normativa conduzido pelo Dahu sobre contratualização de hospitais do SUS, uma vez que não há um processo de monitoramento de desempenho propriamente dito.

113. Ademais, propõe-se recomendar ao Dahu, bem como às demais áreas do MS envolvidas, que, ao revisar as normas referentes à contratualização e à PNHOSP, sigam o processo de avaliação de políticas públicas preconizado no documento “Avaliação de Políticas Públicas - Guia Prático de Análise *Ex-Post*” do Governo Federal, em especial a etapa de “análise de diagnóstico do problema”.

3.2. **Formulação do novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no Projeto DRG-SUS.**

Introdução

114. Ao construir a visão geral do objeto deste trabalho, percebeu-se que o modelo de financiamento atual está centrado na produção de serviços. De acordo com LA FORGIA & COUTTOLENC (2009)¹, esse modelo gera baixos estímulos à eficiência operacional e à qualidade na atenção para entrega de valor ao paciente. Assim, atualmente, as informações geradas pelos sistemas e repassadas à União pelos entes não fornecem uma base para esse tipo de monitoramento e de avaliação.

115. Em que pese esse cenário, o MS tem um projeto que pretende mudar o sistema de financiamento da atenção especializada para um modelo mais voltado para o diagnóstico dos pacientes, com base na metodologia *DRG*. Isso pode ser uma oportunidade para que a União gere estímulos mais contundentes para que os prestadores sejam mais eficientes e tenham uma maior preocupação com a qualidade da atenção à saúde, gerando mais valor para o cidadão usuário do sistema. Além disso, poderá ser possível, com esse projeto, obter acesso a informações mais qualificadas para que a União exerça de fato um monitoramento e avaliação do desempenho hospitalar no País.

O que é DRG-SUS?

116. É um projeto do MS em que se pretende transformar o modelo de financiamento das ações de saúde no SUS com base em Grupos de Diagnósticos Relacionados (*DRGs*). Para essa finalidade, construiu-se uma cooperação entre Brasil e Dinamarca, mais especificamente junto aos técnicos da Autoridade Dinamarquesa de Dados em Saúde (*Danish Health Data Authority - DHDA*).

117. De acordo com a Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI), subunidade do Drac, o objetivo de desenvolver e implantar um sistema *DRG* no SUS é:

- a) aprimorar as ferramentas de análise da produção assistencial realizada em território nacional: pública, suplementar e privada;
- b) aprimorar o modelo de financiamento da atenção especializada; e
- c) possibilitar a introdução de uma nova lógica de pagamento aos prestadores do SUS baseado em atividades *DRG*.

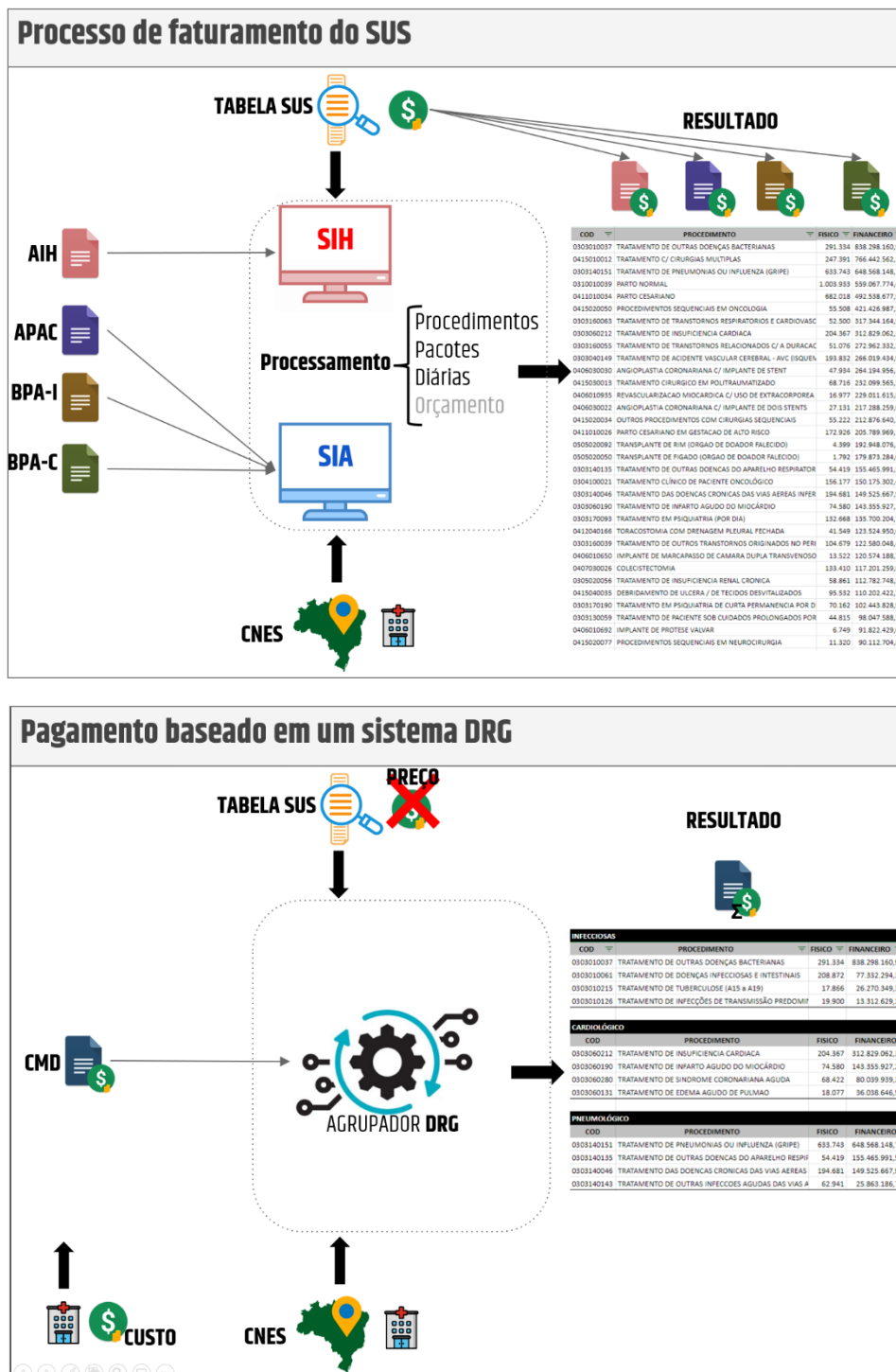
118. Essa metodologia prevê como referência principal não mais o procedimento a ser realizado, mas sim o diagnóstico do paciente, incluindo-se suas comorbidades e características pessoais, tais como sexo e idade. Diante disso, em um *DRG* é possível considerar a complexidade do caso, mesmo que os pacientes tenham diagnósticos principais similares.

119. Na nova proposta, parte-se da premissa de que o consumo dos recursos assistenciais dependerá do quadro completo de saúde de cada indivíduo. Dessa forma, a remuneração poderá ser mais justa para o prestador de serviços e o estímulo à segurança do paciente mais contundente. Veja na Figura 10 o esquema elaborado pela equipe da CGSI que apresenta o esboço da proposta de mudança no mecanismo de financiamento da atenção especializada.

120. No atual modelo, segundo os técnicos da CGSI, as unidades que atendem os pacientes com o quadro geral de saúde mais comprometido acabam tendo maior propensão ao prejuízo, pois as comorbidades e a idade do paciente, por exemplo, proporcionam um consumo maior de recursos e não são considerados nos parâmetros de remuneração.

¹ Desempenho Hospitalar no Brasil. Em busca da excelência. Ed Singular. 2009

Figura 10 - Esquema sobre a proposta de mudança no mecanismo de financiamento da atenção especializada SUS.



Fonte: Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde.

Projeto de cooperação com a Dinamarca e sua estrutura

121. Para construir o projeto de implantação do modelo de financiamento do SUS com base em DRG, técnicos do MS, liderados por uma equipe vinculada ao Drac, contarão com o apoio de técnicos da DHDA.

122. A mencionada parceria, que tem duração prevista até 2023, abarca três eixos principais de trabalho:

- **Eixo A** - Construção de um **roteiro de implantação** do sistema *DRG-SUS* no país;
- **Eixo B** - Educação e **formação de tutores** do *DRG-SUS*; e
- **Eixo C** - Capacitação e **apoio na construção** do sistema *DRG-SUS* em duas especialidades.

123. Os detalhes da parceria podem ser consultados no documento inserido na peça 34 entregue pela CGSI à equipe de acompanhamento do TCU. De acordo com a CGSI, o projeto *DRG* proposto inclui:

- (1) a construção de um **sistema de classificação de pacientes** (*Casemix*) baseado em critérios clínico válidos em determinado território;
- (2) o **levantamento e atribuição de custos** operacionais a nível de cada contato assistencial;
- (3) um método de **criação de tarifas nacionais baseadas nos custos** das atividades; e
- (4) o agrupamento dos contatos assistenciais do Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e o seu custo correspondente aos grupos de DRG construídos.

Implantação de um conjunto mínimo de dados

124. Todo sistema *DRG* tem como pré-requisito a disponibilidade de um conjunto conciso de informações padronizadas sobre todos os atendimentos em saúde realizados pelos estabelecimentos a nível nacional. Esta é a base informacional sob a qual o “algoritmo” *DRG* opera para classificar os casos clínicos existentes, e, portanto, este conjunto de dados, mesmo sendo muito conciso, possui algumas especificações obrigatórias.

125. A primeira especificação é que a unidade de registro de um atendimento em saúde nos bancos de dados seja **aderente ao conceito de contato assistencial** que é definido internacionalmente como “o atendimento ininterrupto dispensado a um indivíduo em uma modalidade assistencial e em um mesmo estabelecimento de saúde”. Isto garante a **unicidade de um atendimento em saúde em um mesmo registro computacional** que deve conter todos os procedimentos realizados, diagnósticos e comorbidades e outras características clínicas de um atendimento.

126. A segunda especificação importante diz respeito ao **conjunto de variáveis que devem ser registradas** em cada contato assistencial. Este conjunto de dados, mesmo que conciso, deve obrigatoriamente conter: características do paciente como idade, sexo, procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados, diagnósticos e comorbidades classificados em pré-existentes e adquiridos durante o atendimento, datas de início e de término do contato, bem como o tipo de desfecho.

127. O Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD), sistema que deverá substituir os atuais SIH e SIA, foi instituído pela Resolução CIT 6, de 25/08/2016, e considerado pelo Decreto S/N, de 29/11/2017. De acordo com a CGSI, o esboço levou em consideração a presença de informações sobre os atendimentos assistenciais que será necessária para a aplicação dos algoritmos de *DRG*.

Software de apoio ao DRG (sistema agrupador)

128. O agrupador do *DRG* é um algoritmo que será aplicado aos atendimentos registrados no CMD. Pode ser representado como uma árvore de decisão (Figura 11), onde os dados do CMD são agrupados utilizando: **Diagnósticos; Procedimentos; e Características** do paciente para se chegar a um **produto hospitalar**.

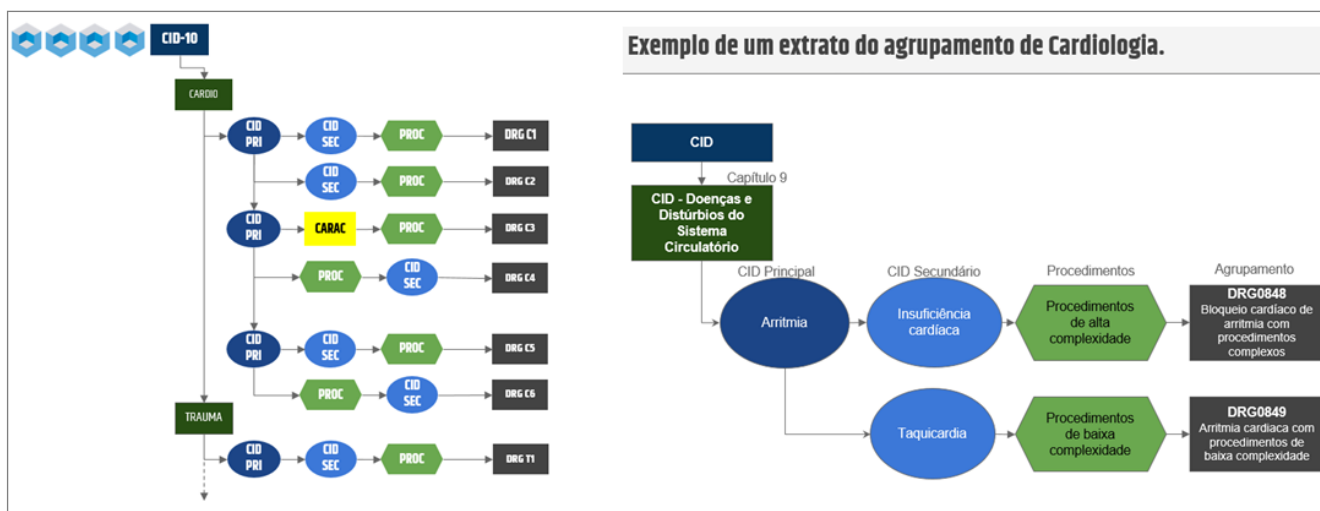
129. De acordo com a CGSI, deverá possuir basicamente três funções indispensáveis:

- (1) um módulo de construção e manutenção visual dos **agrupamentos DRG** em forma de **árvore de decisão** que resulte em um algoritmo aplicável aos contatos assistenciais;
- (2) um módulo de **visualização pública da árvore de decisão** dos agrupamentos *DRG* definidos; e

(3) um **motor de processamento** que classifique os contatos assistenciais do CMD segundo o algoritmo *DRG* construído no módulo visual.

130. Além disto, o software precisa ter (4) a capacidade de atribuir os custos operacionais, apurados por sistema de custos, aos contatos assistenciais do CMD e (5) ser capaz de calcular as tarifas nacionais com base em todas as informações dos contatos assistenciais, agrupamentos e custos atribuídos.

Figura 11 - Esquema exemplificativo do algoritmo a ser aplicado na base de dados do CMD e visualização de um exemplo de agrupamento na especialidade de cardiologia.



Fonte: Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde.

Por que acompanhar o DRG-SUS?

131. Conforme exposto no início deste relatório, estamos diante de um contexto em que está posto o desafio para que o SUS seja sustentável, diante do desafio fiscal que o país enfrenta, aliado a indícios de uma alta ineficiência na atenção especializada e do processo de envelhecimento acelerado da população. Assim, neste trabalho construiu-se uma visão geral para compreender como a União percebe e reage a esse problema, por meio de mecanismos para monitorar e avaliar o desempenho dos hospitais.

132. Com base nas entrevistas com gestores do MS (peças 8 a 26), constatou-se que não existe um mecanismo sistemático para monitorar e avaliar especialmente a eficiência e a qualidade da atenção hospitalar. O que se tem é o modelo atual de aferição da produção de serviços, mas não há condições de se medir custo-benefício das ações, nem entrega de valor para o paciente.

133. Apesar desse cenário, há uma iniciativa relevante para se implantar um novo modelo de financiamento dos serviços com base em metodologia *DRG*, no qual pode ser possível a aferição da qualidade e da eficiência na atenção à saúde e, assim, estimular a prestação dos serviços nessa direção.

134. Diante disso, a existência dessa iniciativa de implantação de sistema *DRG* para reformular o modelo de financiamento da atenção especializada no SUS foi percebida, na primeira fase da análise *Swot* executada pela equipe de auditoria (peça 40), como uma oportunidade de contribuir com a melhoria da eficiência e da qualidade na atenção hospitalar em virtude do potencial de estimular o uso racional do leito hospitalar em benefício do paciente.

135. O modelo de financiamento atual cria incentivos econômicos para procedimentos de alto valor, geralmente os de alta complexidade, em detrimento daqueles cujo valor pago não é tão elevado, gerando desequilíbrio no sistema. Este fato está evidenciado, para o caso oncológico, no item III.1.1, 101 a 107, do Relatório (ver também o Gráfico 9) que antecedeu o Acórdão 1.944/2019 - TCU - Plenário

(peça 55 do TC 023.655/2018-6 – auditoria sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, quando ao acesso a serviços de diagnóstico).

136. Além disso, o modelo atual não considera o quadro geral do paciente, suas comorbidades e características importantes, como sua idade, podendo provocar, ainda segundo LA FORGIA & COUTTOLENC (2009), uma “seleção adversa” do paciente por parte do prestador, que escolhe atender os casos mais simples para serem tratados. Isto é, os casos em que seu custo de atendimento será menor, dada uma remuneração definida por procedimentos que teria de executar em ambos os pacientes.

137. De acordo com a experiência relatada na iniciativa privada, o *DRG* tem potencial de construir um modelo assistencial com foco na segurança e entrega de valor para o paciente. Este último item considerado como entrega de resultados assistenciais com **controle de desperdício** e **melhoria da experiência** do paciente.

Figura 12 - Alvos potenciais no uso de metodologia *DRG*.



Fonte: DRG Brasil em <https://www.drgbrasil.com.br/a-plataforma/>

Áreas sensíveis a serem acompanhadas.

138. Após a seleção desse tema, a equipe de auditoria buscou conhecer mais detalhes sobre o projeto de Cooperação Brasil-Dinamarca 2020-2023 para implantação do sistema *DRG* no SUS. O Sr. Leandro Del Grande Cláudio, Coordenador-Geral da CGSI, apresentou um documento em que detalha as fases e o esboço de cronograma das atividades (peça 34).

139. Com base no exame feito sobre o documento entregue e nas entrevistas com a equipe do *DRG-SUS*, foi realizada a segunda etapa da análise *Swot* e do Diagrama de Verificação de Risco - DVR (peça 41), a fim de identificar os principais riscos identificados para se alcançar o objetivo almejado pela iniciativa do MS.

140. Vale destacar, contudo, dois aspectos: falta de mapeamento e gerenciamento de riscos estratégicos para formulação do novo modelo de financiamento da atenção especializada e de amadurecimento dos custos dos procedimentos em saúde.

3.2.1. Gerenciamento de riscos estratégicos do novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no projeto DRG-SUS

O que é risco estratégico?

141. Antes de adentrar à discussão, cabe um alinhamento sobre o que se quer denotar com a expressão risco estratégico. De acordo com o manual de gestão de riscos do TCU, quer dizer risco de longo prazo ou risco de oportunidade relacionado aos **objetivos estratégicos** e às **estratégias adotadas para alcançá-los**.

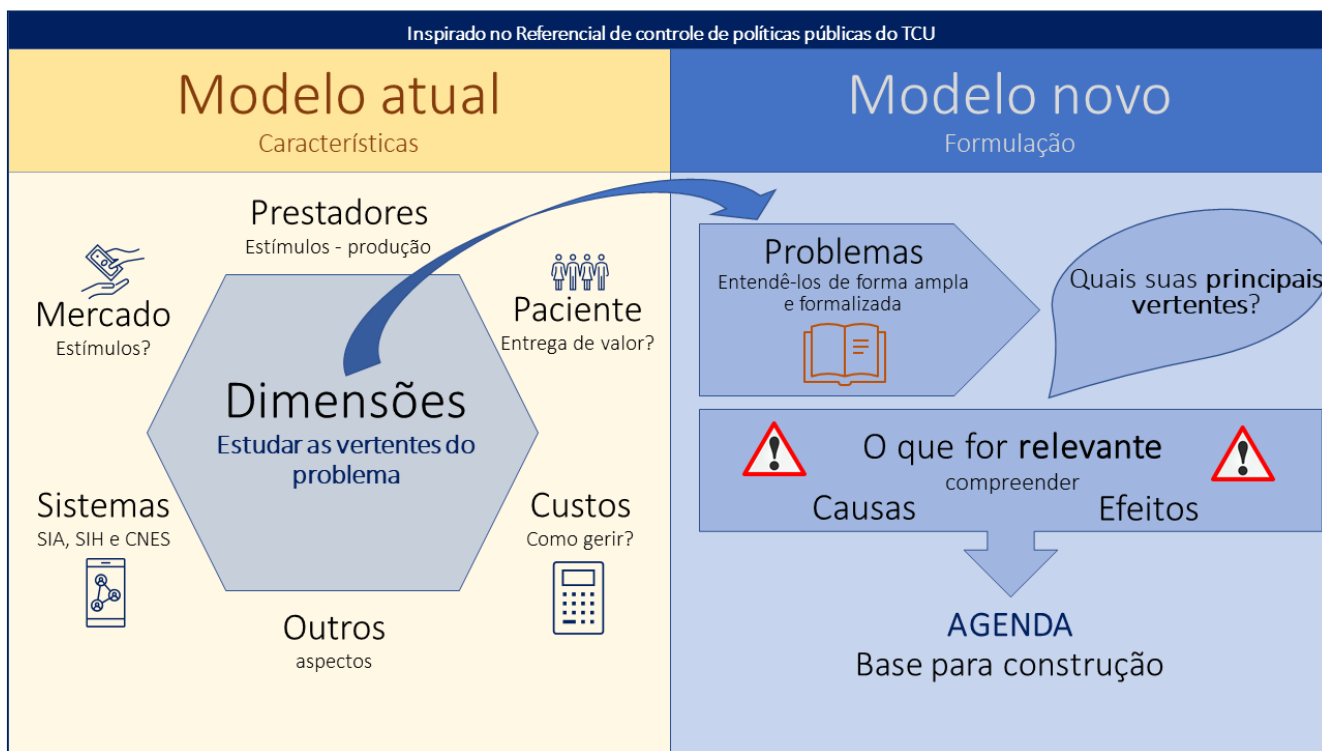
142. O processo de gestão de riscos consiste na identificação, análise e avaliação de riscos, na seleção e implementação de respostas aos riscos avaliados, no monitoramento de riscos e controles, e na comunicação sobre riscos com partes interessadas, internas e externas, durante toda a aplicação do processo. Formas de tratar riscos incluem evitar, reduzir, transferir e aceitar o risco. Selecionar a opção mais adequada envolve equilibrar, de um lado, os custos e esforços de implementação e, de outro, os benefícios decorrentes.

143. Quando se fala em risco, tem-se naturalmente a ideia de eventos incertos que possam interferir no alcance dos objetivos. Sendo assim, quando não se tem um amadurecimento suficiente sobre os objetivos, fica inviável falar sobre gerenciamento de riscos, pois não se sabe ao certo aonde se quer chegar.

144. Em consonância com o Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, para se configurar um objetivo em qualquer política pública é preciso compreender muito bem o problema sobre o qual se pretende intervir, ou seja, obter um diagnóstico maduro e bem documentado sobre o tema.

145. Vale dizer também que, naturalmente, não se consegue atacar todas as vertentes do problema, devendo-se, portanto, priorizar aqueles que são os mais relevantes, considerando-se seus impactos sociais e econômicos. Esses últimos, segundo o mencionado Referencial, devem ter suas causas e consequências compreendidas com maior profundidade, a fim de se introduzir na agenda de trabalho propostas para melhor tratá-las (ver Figura 13).

Figura 13 - Esquema sobre a lógica preconizada pelo Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU.



Fonte: elaboração própria.

146. Finalmente, como se trata de aplicação de um volume considerável de recursos públicos em um assunto de relevo nacional, pois se trata de modificar o modelo de financiamento da atenção especializada, alterando as regras sob as quais todos os prestadores de média e alta complexidade atuam no SUS, é fundamental que haja transparência nesse processo de inserção dos problemas públicos na construção da agenda oficial do governo. Assim, esses documentos devem ser públicos e acessíveis para a sociedade.

Perspectiva da gestão de risco estratégico no caso concreto

147. Ao olhar para a política pública em construção, voltada para alterar o mecanismo de financiamento da atenção especializada no SUS, percebe-se que ainda estamos no estágio de sua formulação.

148. De acordo com o Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, o estágio de formulação é aquele no qual problemas e intervenções públicos são analisados e selecionados para compor a agenda pública e o portfólio de ações governamentais. Engloba as seguintes fases:

- a) **diagnóstico do problema**, que diz respeito a identificação do problema, sua delimitação e caracterização, identificação de público-alvo e de possíveis causas, efeitos e formas de tratamento;
- b) **formação da agenda pública**, isto é, a escolha do conjunto de problemas ou temas considerados merecedores de intervenção pública;
- c) **desenho da política pública**, que contempla a caracterização da política com base em modelo lógico que explicita, entre outras coisas, seus objetivos, produtos, atividades, resultados e impactos;
- d) **análise de alternativas**, que se desenvolve por meio de escrutínios formais ou informais das consequências do problema e confronta aspectos como custos-benefícios e custo-efetividade de cada alternativa disponível para apoiar o processo de tomada de decisão; e
- e) **tomada de decisão**, que representa o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema são explicitadas. (grifo nosso)

149. Em que pese ainda se estar nessa fase de formulação da política, já se pode constatar, com base nas entrevistas com os gestores e nos documentos compartilhados, que há algumas decisões importantes tomadas, como, a escolha pelo modelo com base em *DRG*, inclusive com uma agenda de cooperação com a Dinamarca para se obter um projeto de implantação desse novo modelo.

150. Apesar disso, a equipe de fiscalização do TCU não obteve acesso a documentos que identifiquem e caracterizem, inclusive quantitativamente, de forma clara, os problemas relacionados ao atual modelo de financiamento. Tampouco objetivos da implantação do *DRG*, que se traduzam em metas específicas, mensuráveis, relevantes, atingíveis e delimitadas no tempo.

151. Portanto, não há elementos que indiquem que um diagnóstico sobre esse assunto tenha sido feito com base em evidências, a ponto de delimitar todos os objetivos a serem alcançados com a nova política, fruto de um conhecimento sobre as causas e efeitos das principais vertentes priorizadas do problema.

Aspectos relacionados ao diagnóstico apresentado nas entrevistas

152. Apesar de não ter sido entregue um documento formal sobre um diagnóstico estruturado sobre o problema com base em evidências, alguns elementos foram apresentados pelos gestores. Com base no documento e na apresentação compartilhada pela equipe do Drac (peças 33 e 34), há uma preocupação com a identificação dos requisitos do projeto *DRG-SUS*, como pode ser visto no excerto transcrito abaixo.

O projeto DRG proposto inclui (1) a construção de um sistema de classificação de pacientes (*Casemix*) baseado em critérios clínico válidos em determinado território, (2) o levantamento e atribuição de custos operacionais a nível de cada contato assistencial (3) um método de criação de tarifas nacionais baseadas nos custos das atividades e (4) o agrupamento dos contratos assistenciais do Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e o seu custo correspondente aos grupos de DRG construídos.

153. Em que pese nessa fiscalização enxergar-se uma oportunidade para se obter um modelo de financiamento mais aprimorado, com potencial de equilibrar melhor os estímulos para os prestadores e

a entrega de valor para o paciente, não se tem uma avaliação clara e formal sobre quais são os principais problemas do atual sistema e quais são as propostas para tentar equacioná-los no novo modelo.

154. Podemos trazer alguns **exemplos de reflexão** que não estão contemplados até o momento na agenda da equipe DRG-SUS: quais as distorções existentes no estímulo financeiro aos prestadores presentes no modelo atual? como priorizar a entrega de valor ao paciente? quais as repercussões possíveis no mercado e na economia da saúde, com o novo contexto? quais são os principais stakeholders e seus interesses? quanto custará o projeto DRG-SUS? quais os riscos relacionados aos outros sistemas que serão a base para o DRG-SUS?

Distorções no estímulo aos prestadores

155. Hoje, no SUS, tem-se diferentes tipos de modelos de pagamentos, de acordo com a natureza jurídica dos hospitais. Alguns tipos de hospitais são mais influenciados pelo modelo de financiamento da União, como, por exemplo, os filantrópicos. Nesse tipo de unidade, parte da remuneração é proveniente do que é produzido em termos de serviços e boa parte dos recursos gerada por meio de incentivos específicos.

156. Há um estímulo desequilibrado, provocado pelas atuais distorções da tabela SUS, para que esses hospitais produzam mais serviços relacionados à alta complexidade, pois são mais bem remunerados nesses itens. Os outros incentivos financeiros, conforme mencionado pela equipe do Drac, surgiram para minimizar a defasagem que a tabela sofre ao longo do tempo.

157. Quando se visualiza esse cenário mencionado acima e aprecia-se a construção do novo modelo, não se percebe um diagnóstico sobre os problemas enfrentados em cada tipo de modelo de gestão (gestão direta e indireta, por organizações paraestatais ou por organizações sem fins lucrativos) e como a agenda contemplará as causas dos desafios enfrentados por cada um deles.

158. Não há uma quantificação das distorções que o modelo atual cria no sistema. Num modelo de remuneração *fee-for-service*, em que se pagam procedimentos individualizados, o prestador será incentivado a produzir a maior quantidade de procedimentos mais bem remunerados e evitará prestar atendimentos cuja remuneração não seja atrativa.

159. Com efeito, não são apresentados valores estimados decorrentes dessa característica do sistema e/ou uma relação de procedimentos que estejam enquadrados como os mais “desejados” e os mais “rejeitados” pelos prestadores. Tampouco é declarado expressamente que solucionar tal distorção seja um objetivo do DRG-SUS e, provavelmente, não resultará em nenhuma meta relacionada a esse propósito.

160. Além disso, como será o destino dos incentivos financeiros que acabam compensando de algum modo a defasagem da tabela SUS atual? Seria importante considerar isso na formulação da nova política de financiamento, pois certamente essa vertente interessa a muitos atores presentes no sistema.

Como priorizar a entrega de valor ao paciente?

161. No atual modelo de financiamento, o foco está na produção de serviços. Não há prioridade para verificar a entrega de valor para o paciente, se o problema dele foi realmente resolvido e em que medida sua saúde está em uma melhor condição após a intervenção realizada.

162. De acordo com a definição utilizada no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, valor público são produtos e resultados gerados, preservados ou entregues pelas atividades de uma organização pública que representem respostas efetivas e úteis às necessidades ou demandas de interesse público e modifiquem certos aspectos do conjunto da sociedade ou de alguns grupos específicos reconhecidos como destinatários legítimos de bens e serviços públicos.

163. Dessa forma, cabe aqui mais essa reflexão: como a equipe responsável pelo novo modelo diagnosticou e considerou esse problema e quais são as perspectivas de inserção desse tema na agenda

do projeto DRG-SUS? Haverá uma preocupação com o desfecho do atendimento? Se sim, como será feito o acompanhamento desse desfecho?

Quais as repercussões possíveis no mercado e na economia da saúde?

164. Durante a entrevista com a Chefe de Gabinete da Saes (peça 17), foi mencionado que ao longo dos anos a tabela SUS acabou influenciando o mercado e a economia da saúde. Com o novo modelo e a perspectiva de se obter informações mais atualizadas sobre custos, que orientará o regime de financiamento da União, fica patente a possibilidade de se ter algum impacto no mercado e na economia da saúde.

165. Vale, mais uma vez, exercitar aqui outra reflexão: há um diagnóstico sobre esse tema na atual conjuntura do SUS e isso foi considerado na agenda do projeto DRG-SUS?

Quais são os principais stakeholders e seus interesses?

166. No documento apresentado pela equipe do Drac, há uma menção especial sobre a necessidade de se trabalhar de forma integrada entre as áreas do MS e a articulação com atores externos ao ministério. Em que pese essa menção, não se tem, especialmente em relação a esses últimos, uma relação dos atores e um levantamento sobre seus eventuais interesses na matéria.

167. Para identificação e gerenciamento dos riscos, de acordo com o manual de gestão de riscos do TCU, essa etapa é basilar para que se construa uma agenda legítima de ações considerando os interesses mais genuínos da sociedade.

Quanto custará o projeto DRG-SUS?

168. Como estamos falando de recursos públicos, cabe aqui a aplicação de todos os princípios insculpidos no art. 37 da Constituição Federal, em especial a publicidade e a eficiência. Diante disso, espera-se que haja uma estimativa de quanto se espera gastar com a implantação do novo modelo de financiamento com base no DRG-SUS e se há uma estimativa quantificada e/ou qualificada dos potenciais benefícios a serem obtidos com sua implantação.

169. Além disso, como se trata de uma política que levará, certamente, alguns anos para ser formulada e implementada, deve haver algum planejamento orçamentário para tal. Não obtivemos acesso a essa informação ao longo do planejamento desse acompanhamento.

Riscos relacionados aos outros sistemas base para o DRG-SUS

170. Em que pese o documento entregue pela equipe do Drac mencionar a preocupação com a preparação dos sistemas que se constituem em requisito para implementação do DRG-SUS (CMD, novo CNES e Repositório de Terminologias em Saúde –RTS), não se apresentou um diagnóstico sobre os principais problemas a serem enfrentados na construção desses sistemas e a forma como a equipe pretende priorizá-los e gerenciá-los.

171. Enfim, esses foram apenas alguns exemplos que não constam na agenda formalizada pela equipe coordenadora do projeto DRG-SUS, mas que têm sua relevância no contexto dessa nova política.

Conclusões e fundamentos para os encaminhamentos

172. Com base nas entrevistas realizadas pela equipe de auditoria junto à equipe coordenadora do projeto DRG-SUS e nos documentos compartilhados por eles, **não se evidenciou um processo estruturado de mapeamento e gestão de riscos estratégicos, com base em um diagnóstico preciso sobre o problema que se pretende resolver e que pudesse pautar de forma transparente a agenda pública.**

173. Vale mencionar alguns dispositivos legais que amparam a necessidade de se caracterizar os problemas que pretendem ser tratados por políticas, especialmente aquelas mais relevantes para a sociedade.

174. O art. 2º da Lei 9.784/1999 e o art. 27 do Decreto 9.191/2017 expõem o dever de a Administração Pública expor a motivação para os seus atos. Já o Decreto 9.203/2017, no seu art. 4º, inciso VIII, menciona expressamente a necessidade de se manter o processo decisório orientado por evidências, ainda mais quando se trata de uma proposta de mudança tão significativa para o SUS.

175. O § único do art. 20 do Decreto-Lei 4.657/1942 (Lei de introdução às normas do direito brasileiro) expõe que a motivação demonstrará a necessidade e a adequação da medida, inclusive em face das possíveis alternativas.

176. Além dos dispositivos legais mencionados, vale à pena ressaltar o documento “Avaliação de políticas públicas - guia prático de análise *ex ante*”, emitido pelo governo federal, em que também ressalta a importância do diagnóstico do problema que se pretende combater para a proposição de uma nova política ou para a reformulação ou o aperfeiçoamento de política já existente.

177. Diante disso, propõe-se, com base na construção da visão geral do objeto, suportado pelas entrevistas realizadas e documentos compilados, com fulcro nas análises de problemas por meio de *Swot* e DVR, incluir os “produtos e atividades que compõem a formulação do novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no projeto *DRG-SUS*” como variável a ser acompanhada no segundo ciclo desta fiscalização, nos moldes do que foi inserido na matriz de planejamento (peça 42).

178. Além disso, propõe-se recomendar ao MS, em especial à Saes, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315, de 2020, que seja formalizado um diagnóstico dos problemas relacionados ao atual modelo de financiamento e, em seguida, constituído um plano de ação amplo para institucionalização de uma agenda que não contemple apenas o projeto de implantação da ferramenta *DRG-SUS*, mas todas as iniciativas relevantes que afetam a construção de um novo modelo de financiamento da atenção especializada, em alinhamento aos dispositivos legais mencionados nessa seção.

3.2.2. Amadurecimento das bases de dados sobre os custos dos serviços hospitalares

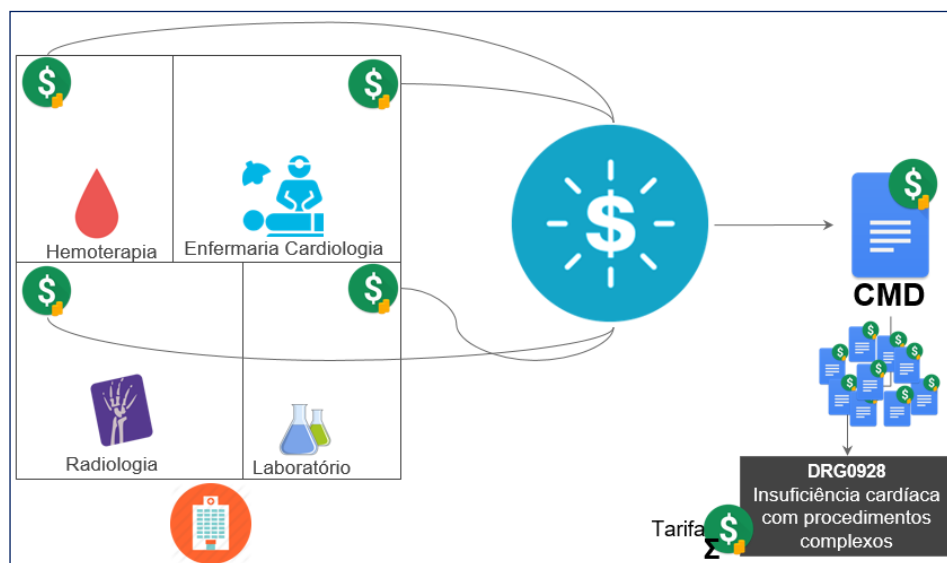
179. Para implantação do sistema *DRG* é necessário que se tenha um conhecimento bem detalhado e amadurecido sobre os custos de cada recurso potencialmente gasto em cada grupo de diagnóstico similar. O motivo é que só é possível se definir um valor justo a ser pago sabendo-se o custo de cada atendimento e de que forma fatores como idade, doenças prévias e outros elementos que afetam a complexidade do atendimento impactam no custo total da prestação do serviço de saúde.

180. De acordo com a CGSI, o modelo de *DRG-SUS* a ser construído prevê percorrer os seguintes passos:

1. apurar os custos das unidades assistenciais (centros de custos);
2. dividir o custo total por cada atendimento realizado;
3. gerar a tarifa no agrupamento do *DRG*.

181. A Figura 14 contém um exemplo esquemático preparado pela equipe da CGSI sobre a apuração dos custos e o seu processamento no *DRG-SUS*.

Figura 14 - Esquema de apuração de custos para geração de tarifas no modelo de financiamento a ser construído.



Fonte: Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde.

182. Atualmente a fonte de informação sobre custos dos procedimentos hospitalares utilizada pelo MS é proveniente do PNGC. Este é um conjunto de ações que visam promover a gestão de custos no âmbito do SUS, por meio da geração, aperfeiçoamento e efetiva utilização de informações referentes a custos, como subsídio para a tomada de decisão e a otimização do desempenho de serviços, unidades, regiões e redes de atenção em saúde.

183. De acordo com o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (Desid) da Secretaria Executiva do MS, existem dificuldades importantes enfrentadas por esse programa. Podem-se destacar, dentre elas: a) o baixo reconhecimento institucional do próprio MS, a ponto de as próprias unidades hospitalares federais não alimentarem o banco de dados do programa; b) a baixa adesão dos entes subnacionais por falta de interesse político; c) baixo apoio da alta gestão nos entes participantes, ao não proporcionar as condições necessárias para implementação do programa; e d) alta rotatividade de técnicos e gestores nos entes participantes.

Figura 15 - Alimentação do Apurasus.

UF	Nº de Estabelecimento
Acre	1
Amazonas	5
Amapá	2
Bahia	35
Ceará	8
Distrito Federal	24
Minas Gerais	5
Mato Grosso do Sul	1
Pará	2
Paraíba	4
Pernambuco	13
Rio de Janeiro	38
Rio Grande do Sul	14
Sergipe	13
São Paulo	1
Tocantins	7
TOTAL	173

Fonte: Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento

184. O Apurasus é a ferramenta que viabiliza a execução do programa, ou seja, é o sistema de informação para apuração e gestão de custos em estabelecimentos de saúde, disponibilizado a quem adere ao PNGC.

185. Perante o universo de estabelecimentos de saúde no país, existe um número bastante limitado de dados para suportar todas as informações necessárias para implantação do sistema *DRG*. Atualmente, apenas 234 unidades participam do aludido programa, sendo que 173 delas alimentam o sistema Apurasus e 61, estão na fase de captação dos dados (ver Figura 15).

186. Em que pese a pouca maturidade sobre as informações sobre custos no âmbito do MS, o projeto *DRG-SUS* prevê esses dados como um dos pilares importantes para implantação do modelo. Como pode ser visto abaixo, existem várias etapas do projeto em que será necessário um maior conhecimento nessa seara.

Quadro 5 - Etapas do projeto de cooperação Brasil-Dinamarca que preveem atividades relacionadas ao tema custo dos procedimentos.

Período	Atividade	Produto
1º trim. 2021	Atividade A.2 - Custos dos serviços e formação de tarifas nacionais baseadas em DRG	Relatório com proposta de trabalho que inclua: <ul style="list-style-type: none"> estratégia para ampliação do levantamento de custos no Brasil, atribuição dos custos a cada atendimento (custos a nível de atividade), metodologia para formação de tarifas nacionais baseadas em DRG.
3º trim. 2022	Atividade C.2 - Estruturação de um banco de dados nacional de custos para DRG	Relatório com o panorama atual do sistema e banco de dados de custo, e com recomendações sobre como proceder para criar uma sólida base de dados de custos brasileiros para a elaboração de tarifas de DRG.
4º trim. 2022	Atividade C.5 - Discutir a experiência de construção do agrupamento DRG e identificar atividades associadas sobre custos	Plano de revisão do agrupamento DRG desenvolvido e lista das atividades preparatórias para o trabalho com o banco de custos
4º trim. 2022	Atividade C.6 - Base de custos e tarifas nacionais da especialidade A	Construção do protótipo de custos da especialidade A e cálculo das tarifas nacionais
2º trim. 2023	Atividade C.7 - Discutir a experiência de construção da base de custos do DRG especialidade A	Plano de revisão da base de custos e tarifas nacionais DRG desenvolvidas.
2º trim. 2023	Atividade C.10 - Base de custos e tarifas nacionais da especialidade B	Construção do protótipo de custos da especialidade B e cálculo das tarifas nacionais.
3º trim. 2023	Atividade C.11 - Vinculação do banco de dados de custos dos agrupamentos A e B	Plano de trabalho da atividade C.12 que tem como objetivo finalizar custos e tarifas para as especialidades A e B
3º trim. 2023	Atividade C.12 - Calcular tarifas finais e atribuir aos agrupamentos A e B	Agrupamentos de DRG das especialidades A e B finalizados, com custos atribuídos e tarifas nacionais calculadas

187. Em consonância com o que foi exposto pela equipe coordenadora do projeto *DRG-SUS*, o processo de amadurecimento da informação sobre custos tem destacada relevância para o sucesso da formulação dessa política.

188. Entretanto, ao examinar o teor das entrevistas e os documentos compartilhados pela equipe da CGSI (peças 19, 21, 23, 33 e 34), o problema relacionado à questão de custos não está ainda bem definido, pois **não está clara a diferença entre a situação existente (realidade) e a situação desejada.**

(...) o desafio relativo ao DRG é fazer o batimento entre o que se precisa de apuração de custos para DRG e o que o ApuraSUS oferece.

Excerto do extrato de entrevista fornecida pelo Sr. Leandro Del Grande Cláudio, Coordenador-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde

189. Assim, de forma similar ao que foi discutido até aqui neste relatório a respeito da gestão dos riscos estratégicos e da necessidade de delimitar bem o problema a ser tratado, cabe recomendação específica para que as áreas responsáveis executem esse diagnóstico a fim de que os objetivos sejam claramente definidos e a construção da agenda seja coerente com esses últimos.

190. Diante disso, propõe-se recomendar ao MS, em especial à Saes, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315, de 2020, que seja formalizado um diagnóstico dos problemas relacionados à atual fonte de informações sobre custos das ações de saúde na atenção especializada em contraposição à situação almejada para implantação do novo modelo de financiamento, com base no *DRG-SUS* e, em seguida, constituído um plano de ação para institucionalização de uma agenda que contemple o saneamento das lacunas existentes.

191. A matriz de planejamento proposta (peça 42) contempla o risco exposto nesta seção e prevê o acompanhamento das atividades previstas no quadro 5 acima, especialmente aquelas relacionadas à preparação de uma base sólida de custos brasileiros para elaboração das tarifas, as quais servirão de base para a implantação do projeto *DRG-SUS*.

192. Essas atividades terão o envolvimento do Desid, setor do Ministério responsável pelo tema, e coordenação da equipe do Drac.

193. Cabe aqui também recomendar ao MS, com fulcro no princípio constitucional da eficiência e da publicidade previstos no art. 37 da Carta Magna, que promova junto às unidades hospitalares e institutos vinculados ao MS a efetiva adesão ao PNGC, com a finalidade de enriquecer a base de dados sobre custos, tão necessária para a gestão de desempenho e, especialmente, para o projeto *DRG-SUS*.

3.3. Formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS)

O que é a PNMA-SUS?

194. Esclarece-se, inicialmente, que o Demas encaminhou para a equipe de auditoria apenas a Minuta da PNMA-SUS (peça 36), ou seja, o documento que pretende instituir a aludida política está sujeito a debates, alterações e complementações, não havendo, portanto, ainda normativo publicado estabelecendo as regras sobre a política pública.

195. A PNMA-SUS pretende estabelecer um conjunto de diretrizes e objetivos que orientem a construção de estratégias e ações de monitoramento e de avaliação de políticas públicas de saúde; o acompanhamento contínuo e sistemático de políticas, programas, projetos, incluindo as metas pactuadas pelas instâncias de gestão do SUS, envolvendo todos os entes federativos, com a finalidade de fomentar a incorporação de uma cultura avaliativa no SUS.

196. Assim, a referida política tem como principais objetivos produzir informações estratégicas e de qualidade, de forma tempestiva, aos gestores do SUS, a fim de subsidiar a tomada de decisão; qualificar as práticas de monitoramento e avaliação em saúde a partir de indicadores definidos e pactuados pelas instâncias de gestão do SUS e, por conseguinte, fortalecer a pactuação interfederativa e o controle social do sistema.

197. Nessa linha, as diretrizes que constituem a política são transparência e publicidade da informação de saúde sob custódia dos entes federativos; objetividade e tempestividade na validação e apresentação dos dados e informações em saúde; transversalidade e articulação dos atores envolvidos no processo de monitoramento e avaliação do SUS para discussão e construção de políticas públicas integradas.

198. Quanto às responsabilidades pela condução da PNMA-SUS, em consonância com a gestão compartilhada e descentralizada estabelecida para o SUS, compete à União e aos entes subnacionais, nas suas respectivas esferas de gestão, a promoção da cooperação interfederativa; a disponibilização das informações produzidas no processo de monitoramento e avaliação para retroalimentar o ciclo de gestão e subsidiar a tomada de decisões; além da previsão de recursos orçamentários e financeiros para execução das ações e para parcerias com instituições de ensino e pesquisa.

199. Outrossim, a PNMA-SUS será integrada por uma Matriz de Indicadores Estratégicos (MIE), que contemplará indicadores pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esses indicadores deverão possuir fichas de qualificação e poderão ser excluídos, substituídos ou modificados a qualquer tempo, por meio de proposição dos entes à CIT.

200. Diante do exposto, verifica-se que a PNMA-SUS tem propósitos bastante abrangentes, pois pretende acompanhar, de forma sistemática e contínua, as políticas, programas, projetos, estratégias, serviços e ações de saúde conjuntamente aos entes subnacionais e fomentar a cultura avaliativa no SUS. Para isso, exige-se um grande esforço colaborativo e coordenação de estratégias e de ações, definição de responsabilidades e convencimento dos diversos atores envolvidos na gestão dos serviços de saúde pública no Brasil.

Módulo de Gestão de Dados e Indicadores

201. Aliado à PNMA-SUS, o MS tem adotado a estratégia de gerenciamento dos indicadores das políticas públicas de saúde por meio do repositório institucional, instituído por meio da Portaria GM/MS 1.839/2020, e que tem o propósito de ser a principal fonte de consulta nas ações que utilizem indicadores de saúde, com o objetivo de promover a sistematização das informações para o monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde e para os processos decisórios.

202. Em entrevista telepresencial à equipe de auditoria, a equipe representante do Demas relatou que o MGDI, embora tenha sido institucionalizado em 2020, foi criado em 2017, tendo informado que:

Fizemos também um trabalho de “pente fino” de pegar um legado de cerca de 500 indicadores/informações do MGDI, os quais não passavam por um processo de validação e homologação, e percebemos que ele possui 163 indicadores propriamente ditos, isto é, com fichas com informações dos respectivos atributos (conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes, método de cálculo, categorias sugeridas para análise, etc.), e aproximadamente 200 informações. A ideia com relação ao MGDI é que haja uma classificação dos indicadores nos selos branco, bronze, prata ou ouro, de acordo com a qualidade da ficha do indicador em determinado momento.

203. Aspecto importante na referida portaria é a segmentação e definição de responsabilidades, pois, em que pese a gestão e a manutenção do MGDI ser de responsabilidade do Demas, cabe aos respectivos setores finalísticos do MS o cadastramento e a manutenção de informações relativas aos indicadores no repositório. Ressalta-se que o cadastramento e as atualizações no MGDI serão realizados por meio do SEI, com a autorização da autoridade máxima da Secretaria, consoante art. 71, § 3º, da Portaria GM/MS 1.839/2020, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS 1/2017.

204. Assim, compete às áreas técnicas finalísticas do MS o estabelecimento dos indicadores e definição dos sistemas que serão suas fontes de informação, bem como a alimentação e atualização dos dados para monitorar e avaliar as políticas públicas e programas e ações de saúde, das quais as referidas áreas técnicas foram responsáveis pelo seu desenho, implementação e execução.

205. Por sua vez, incumbe ao Demas o desenvolvimento de mecanismos para aperfeiçoamento dos indicadores, de forma a: garantir a temporalidade e a qualidade das informações; prover educação continuada e apoio para formulação e cadastramento de indicadores para saúde; e realizar ações necessárias para a correção de irregularidades cadastrais.

206. Em entrevista à equipe de fiscalização, os representantes do Demas informaram que um dos objetivos do MGDI é a classificação dos indicadores em forma de selos, de acordo com a ficha de qualificação, conforme proposta da USP, parceira do Ministério nesse projeto. A Sra. Adla Marques de Almeida Lacerda, Chefe de Gabinete do Demas, destacou, inicialmente, que a classificação de Selo de Metadados de Indicadores (SMI) é uma proposta em fase de implantação, sujeita à ajustes durante o processo de implementação.

207. Ainda segundo o Demas (peça 18), o SMI consiste em uma métrica de qualidade para classificar de forma simples, clara e objetiva os metadados dos indicadores de saúde com o objetivo de gerar informações úteis à tomada de decisões. Considerando as informações disponíveis no MGDI, a proposta é de quatro categorias para o SMI:

a) **branco**: metadados que não cumprem os requisitos mínimos de governança de indicadores (dois requisitos);

b) **bronze**: metadados que cumprem os requisitos mínimos de governança de indicadores, ou seja, possuem o mínimo de qualidade esperada (dez requisitos);

c) **prata**: metadados que cumprem um conjunto maior de requisitos de governança de indicadores (quinze requisitos); e

d) **ouro**: metadados que cumprem todos os requisitos necessários à governança de indicadores (dezoito requisitos).

208. Ressalta-se que a aplicação do selo nos indicadores disponíveis no MGDI, foram considerados, inicialmente, 18 requisitos conforme consta no Anexo I.

Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único da Saúde

209. É previsto que o processo de implementação e aperfeiçoamento da PNMA-SUS, coordenado pelo Demas, contará com o apoio do Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único da Saúde (CCMA-SUS), conforme art. 13 da Minuta de Portaria da PNMA-SUS.

210. O CCMA-SUS, formado por representantes de todas as Secretarias do MS, foi instituído por meio da Portaria GM/MS 3.201/2020, na qual estabeleceu que cabe ao referido Comitê: apoiar o Demas na coordenação da aludida política; propor ferramentas e sistemáticas para viabilizar e aprimorar a aplicação da PNMA-SUS; estruturar um plano de governança; e elencar políticas, programas, ações e projetos considerados prioritários, no âmbito de suas respectivas áreas técnicas.

211. Ao compulsar o documento (peça 37) encaminhado pelo Demas, no qual demonstra as etapas e produtos do processo de monitoramento e avaliação, observa-se uma forte participação do Comitê no processo de desenvolvimento de proposta de metodologia para a validação das políticas e programas identificados e no desenvolvimento de proposta de sistemática de monitoramento e avaliação dos indicadores (metodologia e periodicidade).

212. A portaria estabeleceu, também, que o CCMA-SUS se reunirá bimestralmente, mas podendo ser convocado extraordinariamente, com quórum de reunião e de deliberação por maioria simples. Outrossim, poderão participar das reuniões do comitê, como convidados especiais, sem direito a voto, representantes de outros órgãos e entidades, públicas ou privadas, bem como especialistas em assuntos afetos ao tema em discussão.

213. Pontua-se, ainda, que o CCMA-SUS elaborará relatório final sobre suas atividades, anualmente, que será encaminhado ao Ministro de Estado de Saúde.

Por que acompanhar a PNMA-SUS?

214. Há décadas, o processo de monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde tem ocorrido de forma fragmentada no SUS, por meio da utilização de conceitos, metodologias e instrumentos diferentes. Ou seja, não há um processo de integração das informações de saúde, tampouco sistematização do monitoramento e avaliação no MS.

215. Nessa linha, a crise fiscal, enfrentada pelo Brasil nos últimos anos, tem exigido dos gestores públicos uma racionalização dos gastos públicos, com melhor alocação de recursos e com priorização de políticas públicas para que atendam as principais demandas da sociedade e, conseqüentemente, proporcionem o bem-estar social e a diminuição das desigualdades regionais e sociais.

216. Nesse processo de priorização das políticas públicas, faz-se necessário: a realização de monitoramento e avaliação das referidas políticas para verificação do impacto na população beneficiada; verificar se o produto/serviço entregue corresponde ao planejado; se houve eficiência na alocação dos recursos; e se os objetivos pretendidos com a mudança da realidade atual para a desejada foram alcançados.

217. Diante desse cenário, a equipe de fiscalização, ao processar os extratos de entrevistas e executar técnicas de diagnóstico de auditoria (análises *Swot* e DVR), verificou uma grande oportunidade em acompanhar a PNMA-SUS, tendo em vista que o sucesso da referida política poderá impactar positivamente no nível de eficiência da atenção especializada, notadamente nas unidades hospitalares.

218. Assim, o propósito do acompanhamento dessa temática reside na necessidade de saber se o processo de formulação da PNMA-SUS possui instrumentos para assegurar que as informações geradas por sua implementação serão úteis para a tomada de decisão dos gestores, especialmente no que tange à atenção à saúde de média e alta complexidade prestada nos hospitais.

Riscos priorizados pela equipe de fiscalização.

219. A equipe de auditoria, que na primeira fase de análise de problemas identificou uma grande oportunidade em acompanhar a PNMA-SUS, realizou uma segunda fase de análises *Swot* e DVR com o objetivo de identificar os principais riscos associados à formulação da referida política, especialmente em relação aos objetivos almejados.

220. Com efeito, a equipe identificou alguns riscos potenciais, tendo priorizado os considerados mais relevantes: ausência de um plano de gestão de riscos estratégicos para a formulação da PNMA-SUS e falta de clareza do processo de apropriação das informações provenientes do monitoramento e avaliação por parte dos gestores de saúde para a tomada de decisão, isto é, como as informações serão úteis para os tomadores de decisão e o que assegurará essa utilidade.

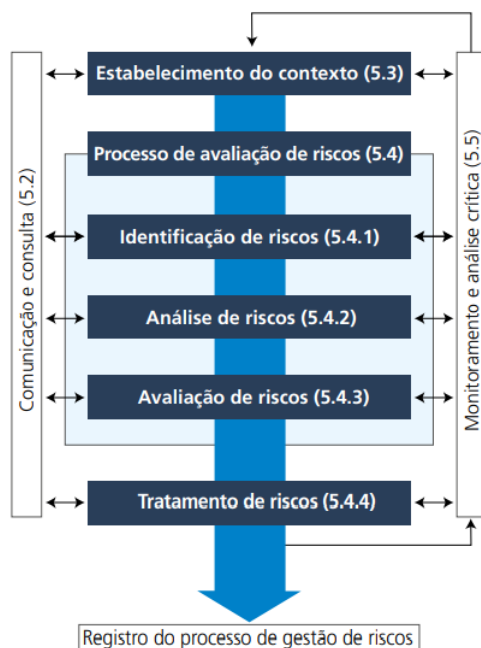
3.3.1. Ausência de um plano de gestão de riscos estratégicos para a formulação da PNMA-SUS

221. Baseado nas entrevistas e nas documentações encaminhadas pelo Demas, coordenador da PNMA-SUS, infere-se que o departamento não produziu documento institucional para identificação e análise dos potenciais riscos estratégicos associados à formulação da aludida política, assim como os mecanismos e os responsáveis pelo tratamento adequado.

222. Convém reforçar que a equipe de fiscalização, ao executar as técnicas de diagnóstico de auditoria, constatou uma grande oportunidade em acompanhar a PNMA-SUS, tendo em vista seu grande potencial no aprimoramento e priorização das políticas públicas por meio das ações de monitoramento e avaliação e, por conseguinte, potencial indutor da cultura avaliativa.

223. No entanto, a equipe de fiscalização não identificou que o Demas tenha elaborado algum plano de gestão de riscos estratégicos para a formulação da PNMA-SUS, pelo menos formalmente, o que poderá levar a materialização dos riscos sem que haja uma resposta apropriada, impactando nos resultados e sucesso da política.

Figura 16 - Processo de gestão de riscos da ISSO 31000 (ABNT, 2009).



Fonte: Manual de Gestão de Riscos – Avaliação de Maturidade (TCU)

224. De acordo com o *framework International Organization for Standardization (ISO) 31000 – Gestão de Riscos – Princípios e Diretrizes* (Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, 2009), o **processo de gestão de riscos** consiste na identificação, análise e avaliação de riscos, na seleção e implementação de respostas aos riscos avaliados, no monitoramento de riscos e controles, e na comunicação sobre riscos com partes interessadas, internas e externas, durante toda a aplicação do processo. Sublinha-se que o referido *framework* foi utilizado no documento Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *Ex-Ante* e no Manual de Gestão de Riscos – Avaliação de Maturidade (TCU) para identificação das etapas do processo de gestão de risco, em razão de sua utilização para gerenciar qualquer tipo de risco em toda ou em parte de qualquer organização (ver Figura 16).

225. Assim, diante da complexidade da PNMA-SUS, que se propõe a estabelecer um conjunto de diretrizes e objetivos que orientam a construção de estratégias e ações de monitoramento e de avaliação de políticas públicas de saúde, com envolvimento de diversos atores de todos os entes federativos, é mister que o MS, por meio do Demas, não apenas conheça os potenciais riscos significativos que possam afetar a política, e sim, analisar, avaliar e adotar, quando necessário, medidas no sentido de eliminar, mitigar ou controlar tais riscos, com a definição de responsabilidades pelo tratamento adequado, sob pena de não se alcançar os objetivos estipulados.

226. Nessa linha, cabe apontar que outras iniciativas de sistematização do processo de monitoramento e avaliação foram adotadas pelo MS, tais como: o Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (E-Car), *software* livre com estrutura de informação voltada para o acompanhamento estratégico e para o gerenciamento operacional de ações; e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), indicador composto que buscava avaliar o desempenho (três níveis de gestão: municipal, estadual e federal) do “SUS que atende os residentes de cada município brasileiro”. Essas iniciativas embora demonstrassem ser bastante promissoras e de mudança de paradigmas, acabaram sendo suspensas ou extintas.

227. Aponta-se, ainda, que para a elaboração da PNMA-SUS já foram constituídos, que se tem conhecimento, dois Grupos de Trabalho, por meio das Portarias GM/MS 1.517/2013 e 1.535/2017. Ou seja, **há oito anos**, no mínimo, que se tenta instituir a referida política, o que demonstra a complexidade, as dificuldades e, principalmente, a necessidade de se realizar um diagnóstico do problema, ou seja, verificar as falhas dos sistemas anteriores e compreender suas causas e efeitos. Assim, os objetivos poderão ser mais bem direcionados e, conseqüentemente, será viável a **construção de uma agenda concreta e coerente com os problemas identificados nos modelos anteriores**.

228. Diante do exposto, propõe-se incluir as etapas e os produtos dos processos de monitoramento e avaliação como variável de acompanhamento no segundo ciclo desta fiscalização, com fulcro no exame das entrevistas e documental e na execução das técnicas de diagnóstico de auditoria (*Swot* e DVR).

229. Nessa toada, propõe-se recomendar ao MS, em especial ao Demas, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315, de 2020, que para a formulação da PNMA seja institucionalizada uma agenda concreta e coerente com os problemas identificados nos modelos anteriores, com prazos estabelecidos e responsáveis por cada ação.

3.3.2. Falta de clareza do processo de apropriação das informações provenientes do monitoramento e avaliação por parte dos gestores de saúde para a tomada de decisão.

230. A equipe de fiscalização ao examinar os extratos de entrevistas e a minuta de Portaria da PNMA-SUS, percebeu que não ficou demonstrado como ocorrerá o processo de apropriação, por parte dos gestores do MS e dos entes federativos, das informações provenientes dos indicadores e dos monitoramentos e avaliações para a tomada de decisão.

231. A única referência constante na minuta de portaria no que tange às informações produzidas é a de que o monitoramento da MIE será feito em plataforma digital administrada pelo MS. Assim, por

se tratar de plataforma digital, infere-se que o monitoramento será realizado aos moldes da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) que também tem o propósito de disponibilizar informações para subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a geração de conhecimento.

232. Registra-se que o Demas encaminhou documento (peça 37) com as etapas e produtos do processo de monitoramento e avaliação. A sua etapa 4 contém implementação de sistemática retratada no Quadro 6.

Quadro 6 - Etapa de implementação da sistemática de monitoramento e avaliação.

PRODUTO: Sistemática de Monitoramento e Avaliação
Desenvolver proposta de sistemática de monitoramento e avaliação dos indicadores (metodologia e periodicidade);
Apresentar e pactuar proposta de sistemática de monitoramento e avaliação no CCMA-SUS com adoção de pontos de controle;
Estabelecer reuniões temáticas com as áreas técnicas (gestoras das políticas e programas) sobre a implementação, evolução, manutenção das políticas e programas do Ministério da Saúde;
Produzir boletins informativos de monitoramento e avaliação;
Desenvolver painéis de monitoramento nas soluções digitais do Demas, quando pertinentes.

Fonte: Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde

233. As informações acima sobre atividades e ações a serem desenvolvidas na sistemática de monitoramento e avaliação não permitem estabelecer com clareza e objetividade como ocorrerá a disponibilização e a apreensão das informações por parte dos gestores de saúde.

234. De início, cabe ressaltar que as informações contidas na Sage, atualmente, não são atualizadas regularmente. Não está claro como ocorrerá o controle sobre as atualizações dos indicadores das políticas e programas de saúde que constarão em plataformas digitais ou boletins informativos, e como os gestores de saúde se apropriarão dessas informações para tomada de decisão.

235. Outro aspecto importante é que na fase da implementação da sistemática de monitoramento e avaliação, não há informações de como ocorrerá a participação dos entes subnacionais. Extrai-se do quadro supra que o desenvolvimento da sistemática de monitoramento e avaliação ocorrerá apenas no ministério, notadamente com o Demas e CCMA-SUS, sem a participação dos outros entes.

236. No entanto, salienta-se que a PNMA-SUS terá como diretrizes: a transparência e publicidade da informação de saúde sob custódia dos órgãos e entidades dos entes federativos; objetividade e tempestividade na validação e apresentação dos dados e informações em saúde; transversalidade e articulação dos atores envolvidos no processo de monitoramento e avaliação do SUS. Ademais, é responsabilidade de todos os entes federativos a promoção da cooperação interfederativa e a disponibilização das informações produzidas no processo de monitoramento e avaliação.

237. Dessa forma, é importante conhecer como ocorrerá o processo de apropriação das informações produzidas por parte dos gestores de saúde.

238. Com efeito, cabe propor à esta Corte de Contas o acompanhamento da PNMA-SUS, notadamente a variável de acompanhamento referente ao processo de apropriação das informações provenientes dos indicadores e dos monitoramentos e avaliações por parte dos gestores do MS e dos entes federativos para a tomada de decisão, especialmente no que tange à atenção à saúde de média e alta complexidade prestada pelos hospitais.

4. Limites de tolerância e variáveis definidos para o acompanhamento

239. Limite de tolerância é o atributo que, ao ser observado, pode indicar a materialização de riscos sobre a variável acompanhada. Para sua verificação, serão programados encontros trimestrais com a equipe ministerial e a equipe de fiscalização a fim de atualizar as informações sobre o andamento dos trabalhos e disponibilização dos produtos elaborados.

240. Em seguida, serão expostas as peculiaridades desses limites e das variáveis de acordo com os três temas priorizados nesse acompanhamento.

Revisão normativa conduzida pelo DAHU sobre contratualização de hospitais

241. Nesse tema, gerará alerta para a equipe de fiscalização se o escopo da revisão normativa não abranger todos os aspectos relevantes necessários para a definir com clareza o papel do MS sobre os serviços de saúde contratualizados com hospitais do SUS, bem como a definição de um cronograma para o processo.

242. Outro limite de tolerância será a metodologia utilizada como referência para o processo de revisão normativa e suas etapas. É esperado que o processo siga as etapas do referencial do Governo Federal destinado a avaliação de políticas públicas, Avaliação de Políticas Públicas – Guia Prático de análise *Ex-Post*.

243. Outrossim, vale lembrar ainda que no quesito escopo, o limite de tolerância levará em conta se o processo de revisão considerou a existência da PNMA-SUS e a implantação do MGDI, prevendo uma integração entre as atividades de monitoramento previstas na norma com as ferramentas institucionalizados pelo MS mediante a PNMA-SUS e o MGDI.

244. Assim, propõe-se definir como variável a ser acompanhada neste relatório de acompanhamento os produtos e atividades que compõem o processo de revisão normativa conduzido pelo Dahu sobre contratualização de hospitais.

Novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no Projeto DRG-SUS

245. Nesse tema, gerará alerta para a equipe de fiscalização se não houver um processo de delimitação dos riscos estratégicos para o novo modelo de financiamento. De forma mais concreta, se não se formalizar um diagnóstico dos problemas relacionados ao atual modelo de financiamento e, em seguida, não ser constituído um plano de ação amplo para institucionalização de uma agenda que contemple todas as iniciativas relevantes que afetam a construção de um novo modelo de financiamento da atenção especializada.

246. Além disso, de maneira similar, materializa-se o risco se não ocorrer a formalização de um diagnóstico dos problemas relacionados à atual fonte de informações sobre custos das ações de saúde na atenção especializada em contraposição à situação almejada para implantação do novo modelo de financiamento, com base no DRG-SUS e não for constituído um plano de ação para institucionalização de uma agenda que contemple o saneamento das lacunas existentes.

247. Diante disso, propõe-se incluir os produtos e atividades que compõem a formulação do novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no projeto DRG-SUS como variável a ser acompanhada no segundo ciclo desta fiscalização.

Formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS

248. Nesse tema, gerará alerta para a equipe de fiscalização se, no âmbito da formulação da PNMA não for institucionalizada uma agenda concreta e coerente com os problemas identificados nos modelos anteriores, com prazos estabelecidos e responsáveis por cada ação.

249. Ademais, materializa-se o risco se não houver identificação clara da estratégia que será utilizada para que os gestores do SUS se apropriem das informações geradas a fim de subsidiar o processo de tomada de decisão.

250. Em face de tudo que foi exposto, propõe-se também incluir como variável deste acompanhamento o processo de apropriação das informações provenientes dos indicadores e dos monitoramentos e avaliações por parte dos gestores do MS e dos entes federativos para a tomada de decisão, especialmente no que tange à atenção à saúde de média e alta complexidade prestada pelos hospitais.

5. Metodologia

251. Os trabalhos foram realizados em conformidade com as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União (Portaria TCU 280/2010) e com observância aos requisitos e orientações estabelecidos pelo TCU no Manual de Auditoria Operacional e no Manual de Acompanhamento.

252. Em virtude da pandemia provocada pela *Covid-19*, a equipe não pôde se deslocar até Brasília-DF para interagir presencialmente com as equipes do MS, fato que provocou um relacionamento virtual com os gestores, por meio da ferramenta MS Teams. Apesar disso, nenhuma restrição foi imposta aos exames.

253. Durante a fase de planejamento do Acompanhamento, foram realizadas entrevistas com diversos gestores do MS que poderiam atuar ou influenciar no processo de monitoramento e avaliação da eficiência hospitalar.

254. Com base, especialmente, nas entrevistas processadas, a equipe de fiscalização executou a primeira etapa de diagnóstico de auditoria, com base na técnica *Swot* e DVR, na qual foram levantadas as principais forças, fraquezas, oportunidades e ameaças relacionados ao objeto geral do acompanhamento e, em seguida, levantados os potenciais riscos e oportunidades em áreas técnicas, políticas públicas e projetos de saúde que podem prejudicar ou melhorar o processo de monitoramento e avaliação do desempenho da atenção especializada no SUS, especialmente da eficiência hospitalar.

255. Durante a fase de execução, depois da identificação das áreas técnicas com potenciais riscos e oportunidades de melhoria para o objeto do acompanhamento, foi realizada uma nova rodada de entrevistas com os gestores das aludidas áreas técnicas e coletado documentação pertinente. Posteriormente, realizou-se uma segunda etapa da análise *Swot* e DVR, agora voltado para os objetos priorizados na fase de planejamento.

256. A documentação encaminhada foi analisada com o fito de identificar riscos mais específicos para a formulação das políticas públicas e projetos de saúde considerados como oportunidades na primeira execução das técnicas de diagnósticos de auditoria.

257. Ainda na fase de execução e depois de identificados os riscos inerentes, a equipe de fiscalização selecionou as variáveis de acompanhamento e estabeleceu os limites de tolerância para cada variável. Com base nas variáveis de acompanhamento e limite de tolerância, elaborou-se a matriz de planejamento.

6. Comentários dos Gestores

258. Em atendimento ao art. 14 da Resolução TCU 315/2020 e ao item 93 do Anexo Único à Portaria-Segecex 27/2016, versão preliminar deste relatório e de seus encaminhamentos foram enviados para comentários dos gestores, mediante os Ofícios e 28.352/2021-TCU/Seproc e 28.354/2021-TCU/Seproc, de 28/5/2021 (peças 46 e 47). Outrossim, as principais conclusões do trabalho foram apresentadas em reunião de encerramento na presença do auditado, realizada em 26/5/2021.

259. Os ofícios foram entregues via sistema Conecta-TCU em 1/6/2021 e o prazo oferecido para a manifestação dos gestores foi definido até a data de 25/6/2021. Em 28/6/2021, apenas comentários parciais haviam sido apresentados, junto de um pedido de prorrogação de prazo até 18/7/2021 (peças 50 a 53).

260. Convém mencionar o comentário da Coordenação-Geral da Economia da Saúde (CGES) do Desid sobre a proposta de número 4, que propõe recomendar a adesão dos hospitais e institutos federais de saúde ao PNGC. A CGES afirma que já houve várias tentativas de promover a adesão dessas unidades ao programa, tendo algumas unidades já aderido a ele, porém sem êxito em completar todo o processo de implantação por razões diversas relacionadas à operacionalização da prática (peça 50, p. 3-4).

261. Diante disso, a CGES sugere que a recomendação seja endereçada a uma área com competências gerenciais sobre essas unidades, pois uma simples adesão ao PNGC não resultou numa implantação de controle de custos efetiva nessas unidades, segundo essa Coordenação (peça 50, p. 4). Em razão desses comentários, ajustes foram feitos na proposta de encaminhamento de n. 4.

262. Em 7/7/2021, novos comentários foram apresentados ao processo. Entre eles, destacam-se as Notas Informativas 122/2021 e 129/2021-CGSI/DRAC/SAES/MS (pela 57 e peça 56, respectivamente). Na primeira nota, a CGSI do Drac comenta a proposta de recomendação de número 2, afirmando que iniciou as atividades para construção de um diagnóstico baseado na metodologia de avaliação *ex ante* de políticas públicas, em alinhamento à proposta de recomendação de n. 2 (peça 57, p. 2).

263. Também na Nota Informativa 122/2021, é afirmado que a documentação estruturante do projeto não foi formalizada, tendo a equipe de fiscalização analisado documentação interna utilizada apenas como material informativo. Ademais, é dito que, embora haja expectativa de que o projeto *DRG-SUS* venha fundamentar um novo modelo de financiamento na atenção especializada, a construção de desse modelo não compõe o escopo do projeto *DRG-SUS* (peça 57, p. 2).

264. Já na Nota Informativa 129/2021, a CGSI apresenta comentários sobre a proposta de recomendação n. 3. Nela é dito que se considera pertinente e oportuna a formalização de um diagnóstico dos problemas e dificuldades relacionados às informações sobre custos na atenção especializada à saúde para apoiar o Projeto *DRG-SUS* e que o projeto conta com a expertise do Desid.

265. Nota-se que sobre a realização do diagnóstico sobre os problemas que justificam a elaboração de uma metodologia *DRG*, a CGSI afirma ter iniciado a realização do diagnóstico, enquanto sobre os aspectos relacionados a informação de custos, ela afirma apenas que considera pertinente e oportuna e ressalta a participação do Desid.

266. Cabe resgatar comentários apresentados pelo Desid sobre a proposta de recomendação de n. 3. Por ser uma recomendação relacionada também ao Projeto *DRG-SUS*, foi afirmado que cabe ao Drac, como coordenador das ações do projeto, a formalização de uma parceria que possibilitasse esse diagnóstico (peça 50, p.3).

267. O comentário do Desid sugere que a parceria no projeto ainda não foi devidamente formalizada. A partir da leitura de ambos os comentários, entende-se que não cabe ao Desid realizar esse diagnóstico de forma autônoma, dependendo, sim, de uma formalização e de uma coordenação por parte do Drac no Projeto *DRG-SUS* como um todo, inclusive no que tange aos aspectos relacionados a informações de custos. Por esse motivo, entende-se pertinente eliminar a proposta de encaminhamento de n. 3 e acrescentar à proposta de n. 2 os aspectos relacionados à informação de custos, uma vez que são requisitos do Projeto *DRG-SUS* e exigirão uma atuação integrada entre as áreas do Drac e Desid para sua concretização.

7. Conclusão

268. As principais conclusões deste plano de acompanhamento são:

a) o MS não monitora o desempenho dos hospitais que prestam serviços assistenciais de saúde ao SUS, embora tenha controle de forma sistematizada da produção de procedimentos produzidos por eles via sistemas SIA e SIH, não apresentando informações suficientes para avaliações sistematizadas que se proponham a avaliar eficiência do uso dos recursos de média e alta complexidade; e

b) o MS iniciou um processo que pretende reformar o modelo de financiamento da média e alta complexidade, alterando sua lógica remuneratória, centrada em produção de procedimentos, para um modelo que pretende remunerar o prestador, baseado em atendimentos por grupos de diagnósticos relacionados – *DRGs*, favorecendo uma remuneração baseado em valor ao paciente e alinhada com a complexidade do atendimento.

269. Em paralelo a isso, está em curso a formulação de uma iniciativa de controle de resultados de políticas públicas de saúde denominada PNMA-SUS, que pretende promover o acompanhamento contínuo e sistemático de políticas, programas, projetos, incluindo as metas pactuadas pelas instâncias de gestão do SUS, inclusive na atenção especializada.

270. Em período anterior à pandemia da *Covid-19*, foi iniciado um processo de revisão normativa relacionada à contratualização com hospitais e à PNHOSP. As atividades do grupo de trabalho foram suspensas com o agravamento da crise sanitária. Nada obstante, essa revisão tem potencial de delimitar com mais clareza o papel do MS na organização dos serviços da atenção especializada e melhorar substancialmente as atividades de controles de resultados a cargo do MS.

271. Nesse contexto desafiador, em que a realidade fiscal do país se choca com demandas crescentes sobre o SUS, decorrentes do rápido envelhecimento da população e de sua cobertura universal, integral e gratuita, este relatório de acompanhamento, cujo objetivo primordial é promover eficiência e qualidade no uso dos recursos públicos da atenção especializada prestada por hospitais, definiu como objetos a serem acompanhados:

a) o **processo de revisão normativa** do Ministério da Saúde no monitoramento e avaliação do desempenho dos hospitais do SUS;

b) o projeto de formulação do **modelo de financiamento com base na ferramenta DRG-SUS**, incluindo-se a cooperação Brasil-Dinamarca; e

c) a **formulação da PNMA-SUS** e suas implicações o sobre o desempenho dos hospitais.

272. O propósito em acompanhar esses elementos é saber:

a) se o processo de revisão normativa é capaz de tornar claro o papel do MS sobre os serviços de saúde prestados por hospitais e definir um conjunto de atividades de monitoramento viáveis de serem executadas sistematicamente e úteis para a tomada de decisão;

b) se a formulação do *DRG-SUS* priorizou os principais problemas relacionados ao atual modelo de financiamento e à atual base de custos, compreendendo suas causas e efeitos, e se inseriu ações na agenda para corrigi-los no novo modelo, permitindo que se construa um parâmetro seguro no financiamento da atenção especializada, com base no projeto *DRG-SUS*;

c) se o processo de formulação da PNMA-SUS possui instrumentos para assegurar que as informações geradas por sua implementação serão úteis para a tomada de decisão dos gestores, especialmente no que tange a média e alta complexidade prestada por hospitais; e

d) se o processo de revisão normativa da contratualização de hospitais levará em conta a existência da PNMA-SUS e do MGDI, conectando as atividades de monitoramento previstas na norma com as ferramentas institucionalizadas pelo MS através da PNMA-SUS e do MGDI.

273. Atuando assim, a ação de controle do TCU será concomitante aos objetos fiscalizados e variáveis acompanhadas, permitindo intervenções colaborativas tempestivas, evitando-se retrabalhos e sendo capaz de alinhar as expectativas e objetivos dos gestores e da ação de controle promovida. Dessa forma, aumenta-se as chances da promoção de eficiência e qualidade na organização e no controle da atenção especializada, gerando valor ao usuário e otimizando o trabalho dos gestores.

8. Propostas de encaminhamento

274. Diante do exposto, propõe-se recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, as seguintes medidas:

- a) à **Secretaria de Atenção Especializada à Saúde**, em especial ao **Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgências**, que no processo de revisão das normas referentes à contratualização de hospitais e à PNHOSP, siga o processo de avaliação de políticas públicas preconizado no documento “Avaliação de Políticas Públicas - Guia Prático de Análise *Ex-Post*” do Governo Federal, em especial a etapa de “análise de diagnóstico do problema”;
- b) à **Secretaria de Atenção Especializada à Saúde**, em especial ao **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**, que no projeto do *DRG-SUS*, seja formalizado um diagnóstico dos problemas relacionados ao atual modelo de financiamento, abrangendo inclusive aspectos relacionados às informações de custos, requisito necessário para elaboração de um modelo *DRG*, e, em seguida, constituído um plano de ação amplo para institucionalização de uma agenda que contemple todas as iniciativas relevantes que afetam a construção de um novo modelo de financiamento da atenção especializada, em alinhamento com o § único do art. 20 do Decreto-Lei 4.657/1942, art. 2º da Lei 9.784/1999, art. 27 do Decreto 9.191/2017 e art. 4º do Decreto 9.203/2017;
- c) à **Secretaria Executiva** que promova junto às unidades hospitalares e institutos vinculados diretamente ao Ministério da Saúde, com fulcro no princípio constitucional da eficiência e da publicidade previstos no art. 37 da Constituição Federal, a efetiva adesão ao PNGC, com a finalidade de enriquecer a base de dados sobre custos, tão necessária para a gestão de desempenho e, especialmente, para o projeto *DRG-SUS*; e
- d) à **Secretaria Executiva**, em especial ao **Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS**, que para a formulação da PNMA-SUS, seja institucionalizada uma agenda concreta e coerente com os problemas identificados nos modelos anteriores, com prazos estabelecidos e responsáveis por cada ação, e identifique de forma clara a estratégia que será utilizada para que os gestores do SUS se apropriem das informações geradas a fim de subsidiar o processo de tomada de decisão.

275. **Fazer constar, na ata da sessão** em que estes autos forem apreciados, nos termos do art. 8º da Resolução TCU 315, de 2020, comunicação do relator ao colegiado no sentido de:

- a) monitorar as recomendações contidas nos subitens do parágrafo 274 deste relatório;
- b) aprovar o plano de acompanhamento apresentado no presente relatório;
- c) autorizar a abertura de novo processo do tipo RACOM para a continuidade do acompanhamento; e

d) encerrar os presentes autos.

SecexSaúde, 30 de julho de 2021

ALEXANDRE GIRAUX CAVALCANTI
Auditor Federal de Controle Externo
Matrícula 7592-2
Coordenador

ÉRIC LUIS BARROSO CAVALCANTE
Auditor Federal de Controle Externo
Matrícula 7698-8
Membro

MARTIN MASTELARO POMPEU DE BARROS
Auditor Federal de Controle Externo
Matrícula 10213-0
Membro

SAMIR FREITAS MAIA PORTO
Auditor Federal de Controle Externo
Matrícula 10174-5
Membro

Apêndice I – Marco regulatório - Sintético

#	Leis, normas, regulamentos, políticas e procedimentos aplicáveis ao objeto.	Aspectos e requisitos regulados.	Referências/Links
1	Constituição Federal, art. 23, inciso II; art. 24, inciso XII; art. 37 caput e § 16; Seção II – Da Saúde, arts. 196 a 200	Competência Administrativa e legislativa dos entes federativos atinentes à saúde; os Princípios da Administração Pública; normas e princípios constitucionais relativos à saúde	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2	Lei 8.080/1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
3	Lei 8.142/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
4	Lei Complementar 141/2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm
5	Lei 10.180/2001	Organiza e disciplina os Sistemas de Planejamento e de Orçamento Federal, de Administração Financeira Federal, de Contabilidade Federal e de Controle Interno do Poder Executivo Federal, e dá outras providências	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10180.htm
6	Lei 12.527/2011	Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm
7	Decreto-lei 200/1967	Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm

#	Leis, normas, regulamentos, políticas e procedimentos aplicáveis ao objeto.	Aspectos e requisitos regulados.	Referências/Links
8	Lei 9.431/1997	Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19431.htm
9	Decreto 7.508/2011	Dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
10	Decreto 9.795/2019	Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde (MS).	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm
11	Decreto 9.203/2017	Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9203.htm
12	Decreto 9.834/2019	Institui o Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9834.htm
13	Decreto 10.531/2020	Institui a Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil no período de 2020 a 2031	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10531.htm
14	Portaria de Consolidação nº 1/2017 MS GM	Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html
15	Portaria de Consolidação nº 2/2017 MS GM	Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
16	Portaria de Consolidação nº 3/2017 MS GM	Consolidação das normas sobre as redes do SUS	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html
17	Portaria de Consolidação nº 5/2017 MS GM	Consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde do SUS	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html

#	Leis, normas, regulamentos, políticas e procedimentos aplicáveis ao objeto.	Aspectos e requisitos regulados.	Referências/Links
18	Portaria de Consolidação nº 6/2017 MS GM	Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html
19	Portaria 3.390/2013 MS GM	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).	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
20	Portaria 3.410/2013 MS GM	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).	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html
21	Portaria 3.992/2017 MS GM	Dispõe sobre o financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e serviços públicos de saúde do SUS	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html
22	Portaria 55/2018 MS GM	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)	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0055_12_01_2018.html
23	Portaria 1.839/2020 MS GM	Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS para dispor sobre as ações que envolvam o uso de dados e indicadores para saúde pública no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e sobre o Módulo de Gestão de Dados e Indicadores (MGDI).	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1839_28_07_2020.html
24	Portaria 3.201/2020 MS GM	Institui o Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único da Saúde (CCMA-SUS) no âmbito do Ministério da Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.201-de-27-de-novembro-de-2020-291816875
25	Decreto 29/2017	Dispõe sobre o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/dsn/Dsn14501.htm

Apêndice II – Cronograma estimado do próximo ciclo de acompanhamento

Atividades do Acompanhamento TCU	Nov/21	Fev/22	Mai/22	Ago/22
Verificação das variáveis de acompanhamento: 1) produtos e atividades que compõem o processo de revisão normativa conduzida pelo DAHU sobre contratualização de hospitais; 2) produtos e atividades que compõem a formulação do novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no projeto DRG-SUS; 3) processo de apropriação das informações provenientes dos indicadores e dos monitoramentos e avaliações por parte dos gestores do MS e dos entes federativos para a tomada de decisão, especialmente no que tange à atenção à saúde de média e alta complexidade prestada pelos hospitais.				
Reunião com os gestores do MS responsáveis pela condução das políticas públicas e projetos de saúde, que são objetos deste Acompanhamento;				
Análise dos encaminhamentos propostos na primeira verificação das variáveis de acompanhamento e das justificativas para os atrasos e não cumprimento dos produtos e atividades previstos para esta fiscalização; Elaboração de novas propostas de encaminhamento.				
Relatório do Acompanhamento – ciclo 2				

Anexo I – Quadro de requisitos para classificação dos indicadores no MGDI:

DESCRIÇÃO	INTERPRETAÇÃO	Branco	Bronze	Prata	Ouro
Código	O usuário deve selecionar a sigla da unidade responsável para geração automática do código do indicador. Esse código servirá como referência do indicador em todos os sistemas que farão uso do mesmo. A geração desse código no PWSIM segue as seguintes regras: campo alfanumérico com até 10 posições (sigla da unidade responsável+ número sequencial gerado automaticamente).	X	X	X	X
Título Resumido	O título simplificado deve possuir no máximo 44 caracteres e será utilizado em planilhas, gráficos e afins.	X	X	X	X
Descrição do Indicador	Detalhamento com informações não especificadas no título completo (por exemplo: onde e quando o indicador é mensurado) ou complementares com no máximo 255 caracteres.		X	X	X
Classificação do Indicador	Essa classificação permite separar os indicadores de acordo com a sua aplicação nas diferentes fases do ciclo de gestão de uma política pública. A dimensão avaliativa julga o efeito (output) ou o insumo (input) mensurado pelo indicador em relação à fase do processo monitorada. A avaliação do programa de inclusão digital do governo federal possui 5 categorias para classificar os indicadores. Escolher a que melhor se relaciona ao indicador: - Insumo (antes): são indicadores que têm relação direta com os recursos a serem alocados, ou seja, com a disponibilidade dos recursos humanos, materiais, financeiros e outros a serem utilizados pelas ações de governo. São exemplos: médicos/mil habitantes e gasto per capita com educação; - Processo (durante): são medidas que traduzem o esforço empreendido na obtenção dos resultados, ou seja, medem o nível de utilização dos insumos alocados, como, por exemplo, o percentual de atendimento de um público alvo e o percentual de liberação dos recursos financeiros; - Produto (depois): medem o alcance das metas físicas. São medidas que expressam as entregas de produtos ou serviços ao público-alvo. São exemplos o percentual de quilômetros de estrada entregues, de armazéns construídos e de crianças vacinadas em relação às metas estabelecidas; - Resultado (depois): expressam, direta ou indiretamente, os benefícios no público-alvo decorrentes das ações empreendidas no contexto de uma dada política e têm particular importância no contexto de gestão pública orientada a resultados. São exemplos as taxas de morbidade (doenças), taxa de reprovação escolar e de homicídios; - Impacto (depois): possuem natureza abrangente e multidimensional, têm relação com a sociedade como um todo e medem os efeitos das estratégias governamentais de médio e longo prazos. Na maioria dos casos estão associados aos objetivos setoriais e de governo. São exemplos o Índice Gini de distribuição de renda e o PIB per capita. - Pode ainda não ter nenhuma classificação.				X
Classificação 6Es	O Ministério do Planejamento define 6 categorias para classificação de um indicador: - Efetividade - impactos gerados pelos produtos/serviços, processos ou projetos. Está vinculada ao grau de satisfação ou ainda ao valor agregado, à transformação produzida no contexto em geral; - Eficácia : quantidade e qualidade de produtos e serviços entregues ao usuário (beneficiário direto dos produtos e serviços da organização). Por exemplo, se na mesma campanha citada, a meta de vacinação é imunizar 100.000 crianças, e, este número foi alcançado ou superado, a campanha foi eficaz; - Eficiência : relação entre os produtos/serviços gerados (outputs) com os insumos utilizados, relacionando o que foi entregue e o que foi consumido de recursos, usualmente sob a forma de custos ou produtividade. Por exemplo: uma campanha de vacinação é mais eficiente quanto menor for o custo, ou seja, quanto menor for o custo da campanha, mantendo-se os objetivos propostos; - Execução : realização dos processos, projetos e planos de ação conforme estabelecidos. - Excelência : conformidade a critérios e padrões de qualidade/excelência para a realização dos processos, atividades e projetos na busca da melhor execução e economicidade; sendo um elemento transversal. Indicadores e padrões de excelência podem ser encontrados no Instrumento de Avaliação da Gestão Pública (IAGP); - Economicidade : alinhada ao conceito de obtenção e uso de recursos com o menor ônus possível, dentro dos requisitos e da quantidade exigidas pelo input.				X

	gerindo adequadamente os recursos financeiros e físicos. Indicadores de economicidade podem ser encontrados nas unidades de suprimentos.				
Unidade de Medida	Unidade de medida utilizada para a apresentação do indicador (por exemplo: número absoluto, percentual, por mil, por milhão, etc.).		X	X	X
Estratificação (Menor Granularidade)	Recorte espacial/territorial de referência do indicador recomendado para desagregação máxima do dado (menor grau da informação) dentro do prazo previsto para atualização do indicador: CNES; Município; Estado; Grandes Regiões, Brasil ou Nenhuma Região.		X	X	X
Polaridade (Direção)	A polaridade descreve o sentido do indicador: quanto maior o valor do indicador, melhor (maior-melhor); quanto menor o valor do indicador, melhor (menor-melhor) ou não se aplica um padrão (sem polaridade). Usado como indicativo nos gráficos e nas análises dos dados dos indicadores.		X	X	X
Marcadores	São categorias que servem para classificar os indicadores em temas relacionados à agenda estratégica, para viabilizar a busca e facilitar seu uso. É possível preencher mais de um marcador para cada indicador (por exemplo, planos que utilizam, indicativos de uso na transparência, etc.).			X	X
Parâmetros de Análise	Utilizado opcionalmente para indicadores que possuem referência de valor previamente determinado internacionalmente, ou, por portaria. São eles: Parâmetro - valor numérico para análise do valor do indicador; Fonte - Fonte para o valor (normalmente a instituição/lei/portaria que determina/normatiza uma referência adotada para o indicador).				X
Periodicidade de Atualização	Frequência de atualização do resultado do indicador no banco de dados, segundo sua granularidade.		X	X	X
Periodicidade de Monitoramento	Frequência de monitoramento do resultado do indicador. De acordo com a minuta da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS (PNMA-SUS), monitoramento é um acompanhamento contínuo, periódico, sistemático e com propósitos de coletar as informações sobre o desenvolvimento de ações, serviços, projetos, programas e políticas de saúde, permitindo que se adote medidas corretivas para otimizar a sua operacionalização.			X	X
Periodicidade de Avaliação	Frequência de avaliação do resultado do indicador, com base no monitoramento realizado no período e com parecer final.			X	X
Responsabilidade	Área responsável pela criação e monitoramento do indicador.		X	X	X
Objetivo	O objetivo deve deixar claro o que o indicador pretende medir, qual o seu propósito e, se necessário, pontuar dados relacionados.			X	X
Interpretação	Informar, considerando um público não especializado na sua área, como devemos entender esse Indicador. Explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.			X	X
Fonte(s) de dados	Identificar a(s) fonte(s) dos dados que compõem o indicador, ou seja, corresponde às instituições responsáveis pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador e aos sistemas de informação a que correspondem. Exemplo: IBGE, SAS, SPO, etc. Se possível, incluir sites dos bancos de dados, repositórios e <i>Application Programming Interface (API)</i> .		X	X	X
Método de cálculo (Textual e aritmética)	Informar a fórmula de cálculo para o indicador, destacando: o numerador, o denominador e eventuais fatores de correção para taxas ajustadas. Informar de forma clara as regras para extrair os dados do numerador e do denominador.		X	X	X