



Dados do trabalho:

Código de identificação: 360

A) TÍTULO DO TRABALHO

Título:

SISCOTEF - SISTEMA DE CONTROLE DE TETO FINANCEIRO

B) Área:

Planejamento e Gestão Orçamentária e Financeira

C) Categoria a que concorre:

-Categoria: CATEGORIA SERVIDOR - Modalidade B: Trabalho implementado ou em processo de implementação, cuja característica principal seja o esforço criativo do servidor ou grupo de servidores no exercício de sua função. Os trabalhos inscritos nesta categoria NÃO poderão contar com suporte técnico/financeiro EXTERNO ao órgão/à entidade (consultoria externa, convênios, parcerias com entidades não governamentais, etc.), nem estar inseridos em ações de PROJETO ESTRUTURADOR ou item de AGENDA SETORIAL. No caso, deverá partir do servidor ou grupo de servidores a idealização, o desenvolvimento e a implementação do trabalho com esforço e conhecimento próprios.

D) RESUMO DO TRABALHO

Resumo:

O Estado é responsável direto na tarefa de gerenciar e regular corretamente os recursos do SUS, fazendo cumprir as negociações entre os municípios, de forma transparente, buscando a otimização dos recursos disponíveis, para atender melhor às necessidades da população mineira, garantindo o custeio da assistência aos usuários do SUS/MG. Assim, foi desenvolvido o SISCOTEF, que é um sistema de informação que cruza os dados financeiros entre a produção ambulatorial e hospitalar apresentadas mensalmente pelos municípios sob gestão financeira do Estado, em relação ao teto financeiro da PPI, antes de se fechar o processamento, propiciando tomar medidas gerenciais necessárias à adequação da produção em relação ao teto. Com o amadurecimento da utilização do sistema e conscientes da sua



importância, outras necessidades de controle e avaliação surgiram, incorporando novos módulos ao mesmo. No total do ano de 2010, houve uma sobra no valor de R\$ 15.742.131,90 (quinze milhões setecentos e quarenta e dois mil cento e trinta e um reais noventa centavos), representando 6,7% do total do pactuado para os procedimentos ambulatoriais. Sobra de recurso em todos os meses do ano, na média de R\$ 3.658.314,96 (três milhões seiscentos e cinquenta e oito mil trezentos e quatorze reais noventa e seis centavos), representando 12% de sobra no teto MAC hospitalar em relação à sua produção. Em se tratando de contratos de orçamento fixo, a implantação do módulo minimizou a ocorrência de erros no pagamento, como duplicidade e permitiu o acompanhamento a longo prazo, podendo ser realizada uma pesquisa no banco de dados a qualquer momento, de forma ágil. Permitiu também verificar grandes distorções entre metas contratadas e executadas, visando adequação do contrato às necessidades da assistência.

E) CORPO DO TRABALHO/PROJETO

1) Caracterização da situação anterior:

1) Caracterização da situação anterior

Um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde do país consiste em desenvolver e aperfeiçoar instrumentos de gestão que possibilitem aos gestores federal, estaduais e municipais, exercerem as funções de controle, regulação e avaliação da prestação da assistência à saúde.

Apesar das funções de controle, regulação e avaliação das ações e serviços de saúde serem competências comuns, é da responsabilidade de cada esfera de gestão a definição de suas instâncias e mecanismos próprios de atuação, dentro de seus limites político-administrativo.

Para a prestação da assistência que envolve a realização de procedimentos de média e alta complexidade, pelos municípios aos seus cidadãos e também aos munícipes referenciados, o SUS utiliza-se da “Programação Pactuada e Integrada” (PPI), que é o processo de programação da atenção à saúde e da alocação de recursos financeiros que envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores municipais. Os pactos têm como objetivo estabelecer de forma transparente, os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços bem como estabelecer limites financeiros destinados à assistência da população e as referências recebidas de outros municípios.

A Portaria GM/MS Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto, com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Na perspectiva de superar as dificuldades do modelo antigo, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto Pela Saúde 2006, que é revisado anualmente, com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população implicando o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos seus três componentes.

Para a construção do Pacto, foram considerados a organização das ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, a integralidade da assistência, a descentralização político-administrativa, a necessidade da qualificação,



do aperfeiçoamento e da definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados, o compromisso dos gestores em relação às prioridades na saúde da sua população e também no avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira.

Como componente importante do Pacto pela Saúde, encontra-se a PPI que, segundo o Ministério da Saúde “é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores”. Entende-se por pacto, no âmbito da saúde, como um acordo entre os gestores municipais, em que são definidos os procedimentos e os valores que um município irá executar para outro, pois esse não possui todos os serviços que a sua população necessita. Esse acordo é publicizado no Estado de Minas Gerais, por meio do site www.saude.mg.gov.br, possibilitando a todos os gestores e cidadãos mineiros acesso a essa informação.

As pactuações são realizadas, conforme definição do Ministério da Saúde, entre municípios e Estado, por meio das Comissões Intergestores Bipartite – CIB, que são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intra-estaduais e a definição de modelos organizacionais.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

- A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;
- Os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados à nível estadual e nacional;
- A programação é realizada prioritariamente por áreas de atuação das ações básicas de saúde no âmbito individual ou coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde,
- A tabela unificada de procedimentos do Ministério da Saúde, deve orientar a programação das ações;
- A programação da assistência deverá buscar a integração com a programação da vigilância em saúde,
- Os recursos financeiros das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), devem ser visualizados na programação da assistência;
- O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;
- A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente, e sempre que necessário, em decorrência de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras;
- A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física e financeira na contratação dos serviços dos estabelecimentos de saúde;
- A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização do Estado, que são as macro e microrregiões de saúde;

A Regionalização é um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. A definição das regiões de saúde objetiva garantir o acesso, a resolutividade das ações e serviços de saúde, a equidade, a integralidade na atenção à saúde, a descentralização, fortalecendo estados e municípios a exercerem o papel de gestores, além de racionalizar os gastos e otimizar os recursos, permitindo ganho em escala nas ações e serviços de saúde.

Para as pactuações, como citado em suas diretrizes, deve se considerado também o Plano de Saúde, que é o instrumento básico em que são apresentados as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos,



expressos em objetivos, diretrizes e metas. Anteriormente a isso, é necessário que o gestor faça uma análise da situação atual de seu município. A sua elaboração deve ser feita de forma participativa, cabendo ao respectivo Conselho de Saúde Municipal aprovar o Plano de Saúde.

Além de ser o mediador dos pactos, o Estado deve exercer o seu papel de regular, controlar e avaliar o cumprimento dos mesmos, e, ao longo do tempo, vem se utilizando de métodos que se referenciam principalmente com o controle de faturas da produção ambulatorial e hospitalar (revisão) e com instrumentos de avaliação (vistorias de procedimentos médicos).

Para o controle de faturas, o Ministério da Saúde disponibiliza sistemas que fazem o processamento das produções baseado nos pactos firmados entre os municípios: o SIA – Sistema de Informação Ambulatorial e o SIHD – Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado. Esses sistemas geram o crédito bancário de cada prestador sem considerar o teto financeiro global do município pactuado na PPI. Isto vinha gerando distorções ao longo do tempo, propiciando extrapolamentos financeiros, sem a devida cobertura do recurso federal disponibilizado na PPI para cada município. Não havia um sistema à parte para acompanhar e controlar as produções apresentadas em relação aos contratos firmados com a SESMG e aos tetos financeiros dos municípios. Era um grande problema para a gestão estadual controlar e analisar em tempo real todo o processo de geração de crédito e pagamento, e fazer a devida correção das distorções encontradas, ainda dentro do cronograma estabelecido pelo DATASUS, para o envio das bases.

Minas Gerais tem 853 municípios, sendo 60 classificados como Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde e 793 municípios sob a Gestão Financeira do Estado. O valor anual do recurso federal, que é depositado no Fundo Estadual de Saúde para pagamento aos municípios sob sua gestão e 2.501 prestadores com atendimento SUS, é de R\$ 705.833.103,55, sendo o valor mensal de R\$ 58.819.425,30. Para o acompanhamento desse universo de municípios e prestadores sob a gestão do Estado, há as Gerências Regionais de Saúde – GRS, que têm por finalidade garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas regiões, assegurando a qualidade de vida da população, competindo-lhe:

- implementar as políticas estaduais de saúde em âmbito regional;
- assessorar a organização dos serviços de saúde municipais nas regiões;
- coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde em âmbito regional;
- promover articulações interinstitucionais;
- executar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional;
- implantar, monitorar e avaliar as ações de mobilização social na região;
- exercer outras atividades correlatas.

Possuem a mesma estrutura do nível central com abrangência regional. Assim, fazem, mensalmente, processamento das produções ambulatorial e hospitalar dos municípios sob a sua jurisdição.

Além do montante citado acima, havia fatores que dificultavam o devido controle dos pagamentos antes de serem realizados. Como todo o processo é devidamente executado dentro de um cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde, em prazo exíguo, não havia condições técnicas-operacionais para análise da produção X contratos e produção X teto financeiro da PPI dos municípios antes de fechar o processamento e encaminhá-lo ao DATASUS para validação.

Diante deste complexo processo de trabalho, surge a necessidade de se criar e implementar uma ferramenta gerencial, tanto para o nível central da SES/MG quanto para as regionais de saúde, que possibilitasse ao Estado executar com garantia e qualidade, o devido controle do pagamento dos pactos financeiros firmados.



Assim, foi criado o SISCOTEF – Sistema de Controle de Teto Financeiro, para atender à necessidade do Estado de desempenhar com eficiência e eficácia o seu papel de regulação, controle e avaliação das produções ambulatoriais e hospitalares.

2) Descrição do trabalho:

2) Descrição do trabalho

O SISCOTEF é um sistema de informação que cruza os dados financeiros entre a produção ambulatorial e hospitalar apresentadas mensalmente pelos municípios sob gestão financeira do Estado, em relação ao teto financeiro da PPI, antes de se fechar o processamento, propiciando tomar medidas gerenciais necessárias à adequação da produção em relação ao teto.

O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados. O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas.

Com o amadurecimento da utilização do sistema e conscientes da sua importância, outras necessidades de controle e avaliação surgiram, incorporando novos módulos ao mesmo (Lay out ANEXO I):

1) SIA-SUS – O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Ao longo dos anos, o SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial. Seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e municípios plenos podem cadastrar, programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

Nesse módulo do SISCOTEF, são comparadas a produção ambulatorial do município e o teto financeiro definido na PPI. O sistema SIA possui um módulo chamado FPO – Ficha de Programação Orçamentária, onde é informada a quantidade de cada procedimento que será processado, por prestador. Como o SIA não tem a informação do que cada município tem de recurso alocado na PPI, a produção pode ser aprovada totalmente, acima desse recurso da PPI e ainda, acima do contratado pela SES/MG. Essa aprovação total sem limites acaba onerando o teto ambulatorial do Estado, que é o responsável por repassar os recursos aos seus prestadores.

2) SIH – O Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) por meio da Portaria GM/MS n.º 896/1990. Desde então, são publicadas periodicamente Portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema. Até abril de 2006, o processamento das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) era centralizado no Ministério da Saúde/Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS). A Portaria GM/MS n.º 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, Distrito Federal e municípios plenos.

Esse módulo do SISCOTEF é basicamente igual ao SIA-SUS, sendo que a comparação é entre a produção hospitalar e teto financeiro definido na PPI dos municípios. Também ocorre a oneração do Teto da Média e Alta Complexidade



do Estado, quando tudo o que for apresentado para processamento for aprovado, sem ser considerado o teto financeiro pactuado e os contratos firmados com os prestadores do SUS.

3) Contratos – A SES/MG vem de forma crescente desempenhando sua função regulatória no SUS, definindo e implantando as ferramentas necessárias para a adequada utilização dos recursos financeiros disponíveis, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a PPI Assistencial e as políticas públicas federal e estadual. Para garantir a plena execução das metas contratadas junto aos seus prestadores e tornar mais dinâmico o processo de ajustes, a SES/MG desenvolveu um processo de acompanhamento dos contratos com recursos federais, agilizando a análise dos dados e a tomada de decisões.

Nesse módulo do SISCOTEF, é possível acompanhar o valor financeiro contratual e a execução do mesmo. Permite a análise do teto financeiro ainda disponível no município para que novas contratações sejam efetuadas e a identificação dos prestadores que não possuem contrato firmado com a SES/MG, principalmente por motivo de documentação, e que precisam oficializá-lo;

4) Batimento – nesse módulo do SISCOTEF, é possível fazer o cálculo do extrapolamento das internações hospitalares em relação ao teto financeiro da PPI dos municípios, que não puderam ser apresentadas no processamento mensal normal para pagamento, conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 404/2007 (ANEXO II), que cria a Câmara de Compensação, “para ressarcimento dos extrapolamentos das metas financeiras pactuadas na PPI para as internações de Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Obstetrícia e Cirurgia Geral, Cirurgias Cardiovasculares, Oncologia, Cirurgia Ortopédica/Traumatológica e Cirurgia Neurológica, para atendimento das referências (pacientes atendidos em municípios diferentes da sua residência), de forma a pagar os prestadores e municípios que atenderam os pacientes de outros municípios além dos valores pactuados na PPI ou contratados”.

A Câmara de Compensação veio ampliar o acesso dos cidadãos mineiros aos serviços de saúde, pois garante o ressarcimento aos prestadores, de todo o atendimento às referências, mesmo após esgotar o teto financeiro pactuado na PPI.

5) Importa dados para o SGIF – Sistema de Gestão de Informações Financeiras do SUS/MG – nesse módulo do SISCOTEF, é possível gerar o arquivo de pagamento para a Superintendência de Planejamento e Finanças da SESMG, efetuar o ressarcimento aos prestadores do SUS, via on-line, diminuindo consideravelmente as chances de ocorrerem erros quanto aos pagamentos.

2.1) Objetivos propostos e resultados visados:

2.1) Objetivos propostos e resultados visados

Objetivos propostos:

- Detectar mensalmente os extrapolamentos de tetos financeiros para execução de procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, dos Municípios sob Gestão Estadual, pactuados na PPI;
- Adequar os valores das produções ambulatorial e hospitalar apresentados mensalmente para processamento, pelos Municípios sob Gestão Financeira Estadual, aos tetos pactuados, antes do fechamento e envio das bases ao DATASUS;
- Avaliar a Ficha de Programação Orçamentária – FPO – dos prestadores, inibindo cobranças indevidas e respeitando o limite financeiro estabelecido;



- Emitir relatórios de cruzamento da produção apresentada com o teto pactuado, proporcionando ao Estado maior controle e avaliação do pagamento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares aos prestadores do SUSMG;
- Apurar o extrapolamento da produção hospitalar do atendimento às referências, reguladas pelas Centrais de Regulação Macrorregionais, conforme critérios da Deliberação CIB-SUS/MG404/2007 no seu Módulo de Batimento;
- Acompanhar a produção apresentada pelos estabelecimentos de saúde para processamento, de acordo com os contratos firmados com a SESMG;
- Informar ao setor financeiro os valores apurados para o devido pagamento aos prestadores com os descontos ou acréscimos devidos.

¶ Resultados visados:

Para cada módulo do SISCOTEF, espera-se um resultado a ser alcançado:

- a) Controle e análise da produção X teto financeiro MAC: Zerar o pagamento de extrapolamento de produção mensal mantendo o equilíbrio com o teto financeiro disposto na PPI;
- b) Controle e análise da produção X contratos: Efetuar o pagamento da execução dos procedimentos de acordo com o contratado e avaliar a necessidade de adequação do contrato, para mais ou para menos, com base na produção de cada prestador e do recurso disponível na PPI do município;
- c) Cálculo do extrapolamento das internações de média e alta complexidade (Batimento): Apurar, calcular e solicitar ressarcimento dos extrapolamentos de produção apresentados pelos municípios para batimento na Câmara de Compensação, trimestralmente;
- d) Importação de dados para o SGIF: Zerar erros nos valores encaminhados à Superintendência de Planejamento e Finanças a serem descontados ou acrescidos ao ressarcimento aos prestadores contratados pela SES/MG.

2.2) Público-alvo do trabalho:

2.2) Público-alvo do trabalho

¶ Público-alvo afetado diretamente: técnicos operadores do SIH, SIA e área de contratação de serviços de saúde do nível central e das regionais de Saúde, além da equipe do setor de finanças.

Com as capacitações realizadas com os técnicos diretamente envolvidos com o sistema, houve uma melhor compreensão de todo o processo, provocando uma nova rotina de trabalho e levando a todos ao exercício de análises e tomada de decisões.

Para a equipe do setor de finanças, os mesmo não necessitam lançar manualmente os descontos a serem feitos para cada prestador que possui contrato com a SES/MG, como era feito anteriormente.

¶ Público-alvo afetado indiretamente: municípios com seus prestadores de serviços em saúde e os usuários do SUSMG.

Houve uma provocação aos municípios que tiveram que se organizarem para o devido controle das produções, acompanhamento da pactuações realizadas com outros municípios e adequação dos contratos dos estabelecimentos de saúde de seus territórios.



2.3) Ações e etapas da implementação:

2.3) Ações e etapas da implementação

 Plano de Ação:

Módulo Controle Produção X Teto PPI SIA e SIH

1) Adequações ao sistema atual:

Prazo: Até 31/08

Responsáveis: Programador

2) Elaboração de material para as Regionais de Saúde:

- Apresentação do sistema (SISCOTEF);
- Fluxograma;
- Passo a passo para implantação do sistema;
- Passo a passo para utilização do sistema

Prazo: até 06/09/05

Responsáveis: equipe

3) Reunião com os Coordenadores de Regulação e operadores do SIASUS das Regionais de Saúde para apresentação do sistema e treinamento

Prazo: 20/09/05

Responsáveis: equipe

4) Definição e treinamento de dois técnicos da Coordenadoria do SIASUS, para atualização mensal dos tetos dos municípios, dentro do sistema das Regionais de Saúde

Prazo: até 06/09/05

Responsáveis: equipe

5) Teste com o sistema adequado ao Nível Central e às Regionais de Saúde pela Coordenadoria SIASUS para avaliações e possíveis correções

Prazo: 10 a 13/09/05

Responsáveis: equipe

6) Implantação do sistema nas Regionais de Saúde a ser utilizado a partir do processamento da competência setembro

Prazo: até 28/09/05

Responsáveis: Coordenadores de Regulação

Módulo Contratos

1) Reuniões do programador com a equipe de Acompanhamento de Contratos para entendimento das regras do negócio e das perguntas necessárias ao desenvolvimento do módulo

Prazo: janeiro a março 2010

Responsáveis: diretora da área

2) Desenvolvimento tecnológico do módulo



Governo do Estado de Minas Gerais

Prazo: abril a junho de 2010

Responsáveis: programador

3) Testes com o módulo

Prazo: julho a setembro de 2010

Responsáveis: programador e equipe de acompanhamento de contratos

4) Implantação do sistema e sua utilização rotineira

Prazo: a partir de setembro de 2010

Responsáveis: equipe de acompanhamentos de contratos

Módulo Batimento

1) Revisão do antigo sistema utilizado para realizar o batimento

Prazo: janeiro a abril de 2011

Responsáveis: programador e equipe que faz o batimento

2) Diagnóstico dos problemas encontrados no antigo sistema e decisão de se fazer outra versão do mesmo e incluí-lo como módulo do SISCOTEF

Prazo: Maio de 2011

Responsáveis: Programador, equipe de batimento e superintendente

3) Desenvolvimento tecnológico do sistema

Prazo: Maio a agosto de 2011

Responsáveis: programador

4) Implantação do sistema e sua utilização rotineira

Prazo: a partir de setembro de 2011

Responsáveis: equipe de batimento

Para a implantação do primeiro módulo foi elaborado material escrito utilizado na capacitação dos técnicos das Regionais de Saúde e também do Nível Central contendo:

- a) Passo a passo para a implantação e utilização do sistema de controle de teto financeiro ambulatorial e hospitalar;
- b) Fluxograma de controle do teto financeiro ambulatorial e hospitalar;
- c) Dicas para facilitar a análise do relatório gerado pelo sistema de controle de teto financeiro ambulatorial.
- d) Criação da metodologia de ajuste da ficha de programação orçamentária ao teto da programação pactuada integrada de município com extrapolação de teto financeiro
- e) Capacitação dos técnicos operadores do SISCOTEF do nível central e das regionais de saúde para a sua implantação do sistema.

Os outros módulos seguiram os mesmos passos acima descritos e todas as implantações/implementações ocorreram sem maiores dificuldades, o que demonstrou a importância do planejamento efetuado e cumprido rigorosamente.

3) Recursos utilizados

Descrição dos recursos humanos, financeiros, materiais, tecnológicos etc.:

3) Recursos utilizados



3.1) Descrição dos recursos utilizados

Para o desenvolvimento do SISCOTEF foram utilizados:

 Recursos humanos

Como recursos humanos, houve a participação de servidores públicos efetivos diretamente envolvidos nas atividades de processamento de dados, acompanhamento de contratos e um programador. Todos com muita experiência e conhecimento das normas ditadas pelo Ministério da Saúde, o que ajudou muito no desenvolvimento do sistema de forma ágil e eficaz.

 Recursos tecnológicos

Como recursos tecnológicos, foram utilizados:

- o sistema de desenvolvimento DELPHI, que é um ambiente propício para aplicações e com pouca codificação. Com ele é possível fazer qualquer tipo de programa e possui ferramentas de desenvolvimento que aumentam muito a produtividade, facilitando a programação da aplicação. Esse sistema já estava disponível na SESMG.
- o sistema gerenciador de banco de dados Firebird. Ele é desenvolvido e mantido por uma comunidade de desenvolvedores e pela Fundação Firebird. O Firebird é um produto de Código Livre, encontrado gratuitamente na internet. Possui alta performance no gerenciamento de banco de dados.

Dessa forma, a SES/MG não teve que utilizar nenhum recurso financeiro para a aquisição de softwares, o que também favoreceu no desenvolvimento rápido do sistema, pois não houve necessidade de licitação ou qualquer outro meio de compra.

 Recursos financeiros

Para o desenvolvimento do sistema, não houve altos custos para a SES/MG, pois os idealizadores e executores do projeto são funcionários efetivos que trabalham na superintendência responsável pelo processamento e acompanhamento de contratos.

O gasto financeiro foi quanto à liberação de transportes e diárias, no valor de R\$ 12.000,00, para os técnicos das Regionais de Saúde durante a capacitação, a impressão do material elaborado pela própria gráfica da SESMG, no valor de R\$ 500,00, e aos CDs com o SISCOTEF gravado para ser implantado nas Regionais de Saúde, no valor de R\$ 30,00.

4) Caracterização da situação atual

4.1) Mecanismos ou métodos de monitoramento e avaliação de resultados e indicadores utilizados:

4.1) Mecanismos ou métodos de monitoramento e avaliação de resultados e indicadores utilizados

A Constituição Federal assegura a todos os cidadãos brasileiros ou residentes no país o direito à saúde. Esse direito é garantido pelo Poder Público nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de políticas voltadas para diminuir o risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.



A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios compartilham as responsabilidades de promover a articulação e interação dentro do SUS, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

A Emenda Constitucional nº 29, de 13 de Setembro de 2000, vinculou a arrecadação de impostos à aplicação em ações e serviços de saúde, estabelecendo limites mínimos para aplicação nas três esferas de governo.

Estabeleceu ainda, a obrigatoriedade desses recursos por meio de Fundos de Saúde, que são acompanhados e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde. Isso representa um avanço na democratização do SUS, intensificando o pleno exercício da cidadania.

Portanto, o Estado é responsável direto na tarefa de gerenciar e regular corretamente os recursos do SUS, fazendo cumprir as negociações entre os municípios, de forma transparente, buscando a otimização dos recursos disponíveis, para atender melhor às necessidades da população mineira, garantindo o custeio da assistência aos usuários do SUS/MG.

Ciente de suas responsabilidades, nos dias atuais, Minas Gerais se destaca no cenário nacional com a sua política pública de Regulação em Saúde, incluindo nela todas as ações regulatórias e, com criatividade e ousadia, traz transparência em todos os processos de financiamento da saúde.

O cenário mudou radicalmente em termos de controle e análise do cumprimento das pactuações intermunicipais, dos contratos, dos extrapôamentos, conferindo confiabilidade ao processo, com divulgação trimestral de todos os dados dos pagamentos efetuados através do Boletim Eletrônico da Regulação em Saúde, disponibilizado no site da SESMG.

Os resultados são mensurados quantitativamente por meio de relatórios. Hoje é possível verificar se um prestador ultrapassou o valor contratado, se o município executou todo o pactuado, se extrapôou ou se houve sobra de recurso. Há relatórios sobre o extrapôamento das produções ambulatorial e hospitalar do teto financeiro disposto na PPI, relatórios do Batimento que indicam o percentual das internações que cumpriram os critérios da Deliberação CIB-SUS/MG nº 404/2007.

4.2) Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados:

4.2) Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

Teto MAC e Produção Ambulatorial

Analisando o ano de 2005 e o teto MAC e a produção (GRÁFICO 1), temos:

- Em janeiro, a diferença entre a produção apresentada de R\$ 12.144.127,02 (doze milhões cento e quarenta e quatro mil cento e vinte e sete reais dois centavos) para o teto pactuado de R\$ 11.474.848,57 (onze milhões quatrocentos e setenta e quatro mil oitocentos e quarenta e oito reais cinquenta e sete centavos) foi de R\$ 669.278,45 (seiscentos e sessenta e nove mil duzentos e setenta e oito reais quarenta e cinco centavos), ou seja, 5,8% de extrapôamento do teto financeiro pactuado.
- Em fevereiro, houve um pequeno decréscimo, mas, a partir de março o extrapôamento vai crescendo gradativamente, atingindo o seu pico em junho, com R\$ 2.271.304,30 (dois milhões duzentos e setenta e um mil trinta centavos), ou seja, 19,8% do teto financeiro pactuado.
- A partir de julho, iniciou-se o planejamento e a implantação das ações de controle da execução da PPI e gradativamente, o extrapôamento aponta uma queda, fechando o ano de 2005 com um saldo positivo de R\$



341.398,72 (trezentos e quarenta e um mil trezentos e noventa e oito reais setenta e dois centavos).

O ano de 2010 (GRÁFICO 2) apresenta-se como muito positivo, demonstrando a eficácia das ações de controle, possibilitando ao Estado otimizar os excedentes de recursos do teto financeiro em outras ações programadas de saúde. Assim, temos:

- De janeiro a julho, identifica-se saldo positivo, com uma média de sobra de recurso no valor de R\$ 1.824.881,05 (um milhão, oitocentos e vinte e quatro mil oitocentos e oitenta e um reais e cinco centavos), uma sobra de 9% no período.
- Em agosto, há um pequeno extrapolamento no valor de R\$ 61.587,71 (sessenta e um mil quinhentos e oitenta e sete reais setenta e um centavos), representando 0,3% de extrapolamento.
- De setembro a dezembro, permanece a sobra no teto financeiro ambulatorial, no valor médio de R\$ 757.388,07 (setecentos e cinquenta e sete reais trezentos e oitenta e oito reais e sete centavos).
- No total do ano de 2010, houve uma sobra no valor de R\$ 15.742.131,90 (quinze milhões setecentos e quarenta e dois mil cento e trinta e um reais noventa centavos), representando 6,7% do total do pactuado para os procedimentos ambulatoriais.

Teto MAC e Produção Hospitalar

Após ser implantado o controle da produção em relação ao teto MAC ambulatorial, foi implantado também o controle em relação à produção hospitalar. No geral, já havia poucos extrapolamentos, bem menores que na área ambulatorial.

Assim, vemos em 2005 (GRÁFICO 3):

- Extrapolamento em apenas três meses, abril, agosto e setembro. O valor total desse período foi de R\$ 54.365.405,92 (cinquenta e quatro milhões trezentos e sessenta e cinco mil quatrocentos e cinco reais noventa e dois centavos) e o valor da produção foi de R\$ 55.128.863,81 (cinquenta e cinco milhões cento e vinte e oito mil oitocentos e sessenta e três reais oitenta e um centavos), havendo uma sobra de R\$ 763.457,89 (setecentos e sessenta e três mil quatrocentos e cinquenta e sete reais oitenta e nove centavos), representando o extrapolamento de 1,4%.
- O valor total do ano foi de R\$ 217.864.708,73 (duzentos e dezessete milhões oitocentos e sessenta e quatro mil setecentos e oito reais setenta e três centavos), a produção total foi de R\$ 214.586.784,80 (duzentos e quatorze milhões quinhentos e oitenta e seis mil setecentos e oitenta e quatro reais oitenta centavos), ocorrendo uma sobra de R\$ 3.277.923,93 (três milhões duzentos e setenta e sete mil novecentos e vinte e três reais noventa e três centavos), sendo 1,4% do valor pactuado para a produção hospitalar.

No ano de 2010 (GRÁFICO 4), temos:

- Um teto MAC hospitalar total de R\$ 376.648.689,90 (trezentos e setenta e seis milhões seiscentos e quarenta e oito mil seiscentos e oitenta e nove reais noventa centavos), uma produção de R\$ 332.748.910,42 (trezentos e trinta e dois milhões setecentos e quarenta e oito mil novecentos e dez reais quarenta e dois centavos) e um saldo positivo de R\$ 43.899.779,48 (quarenta e três milhões oitocentos e noventa e nove mil setecentos e setenta e nove reais quarenta e oito centavos).
- Sobra de recurso em todos os meses do ano, na média de R\$ 3.658.314,96 (três milhões seiscentos e cinquenta e oito mil trezentos e quatorze reais noventa e seis centavos), representando 12% de sobra no teto MAC hospitalar em relação à sua produção.

Hoje, quando o SISCOTEF aponta algum extrapolamento de município em relação ao seu teto financeiro pactuado, devido principalmente a alguma reapresentação de produção glosada no processamento anterior, a solicitação de acréscimo na FPO é analisada pelo nível central, podendo ser autorizado ou não, conforme a justificativa apresentada.



Alguns municípios não conseguem atingir o máximo do seu teto financeiro pactuado, gerando um superávit para o Estado, que vem utilizando esse recurso de forma planejada em Ações de Saúde, ampliando o atendimento ao usuário do SUS.

Portanto, com a adoção de medidas simples e eficazes, envolvendo o Nível Central, as Regionais de Saúde e os municípios sob gestão do Estado, foi possível a implantação de uma ação regulatória no SUSMG, por meio do controle da execução da PPI.

Contratos

Em se tratando de contratos de orçamento fixo, a implantação do módulo minimizou a ocorrência de erros no pagamento, como duplicidade e permitiu o acompanhamento a longo prazo, podendo ser realizada uma pesquisa no banco de dados a qualquer momento, de forma ágil. Permitiu também verificar grandes distorções entre metas contratadas e executadas, visando adequação do contrato às necessidades da assistência.

Como visão de futuro, projeta-se que todos os contratos estejam ajustados à PPI Assistencial, evitando que haja extrapolamento e não acatando pagamentos sem cobertura contratual.

5) Lições aprendidas:

5.1) Soluções adotadas para a superação dos principais obstáculos encontrados:

5.1) Soluções adotadas para superação dos principais obstáculos encontrados:

A importância de ações efetivas de controle do recurso público no pagamento aos seus municípios e prestadores e o respeito aos contratos firmados. A credibilidade na capacidade de inovação da equipe diante das necessidades em melhorar o processo de trabalho e a disponibilidade da troca de conhecimentos entre os diversos profissionais. A luta pela transparência do recurso público aplicado na saúde.

5.1) Soluções adotadas para superação dos principais obstáculos encontrados:

- Sistemas Nacionais SIHD e SIA: são sistemas complexos que exigiu maior conhecimento para que o SISCOTEF pudesse buscar os dados necessários, das produções ambulatoriais e hospitalares, antes do fechamento do processamento. A superação aconteceu com reuniões dos profissionais diretamente envolvidos com os sistemas e o programador.
- Banco de Dados da PPI: inclusão dos tetos financeiros dos municípios mensalmente para a apuração pelo SISCOTEF: A superação aconteceu com reuniões técnicas entre o programador do Banco de Dados da PPI com o do SISCOTEF, para viabilizar o envio e inclusão dos tetos.
- Utilização do sistema pelas Regionais de Saúde do Estado, que foi superado com a capacitação de todos os técnicos e disponibilização de passo a passo.
- Acompanhamento de contratos: anteriormente, não era possível identificar o extrapolamento da produção em relação aos procedimentos contratados. Além disso, os contratos por orçamento fixo eram pagos manualmente, sem que fosse gerada uma série histórica, um registro em banco de dados. A solução foi a implantação do módulo contratual no SISCOTEF, permitindo o cruzamento entre produção e contrato.

6) Referências Bibliográficas:



Governo do Estado de Minas Gerais

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde. Manual básico/Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/ Coordenação Geral do Sistema de Informação Ambulatorial/ SIA/ Atualização, Volume I – Brasília/ DF – 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/ MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 – Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.
- BRASIL. Ministério da Saúde. NOB – SUS 1996: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS -Brasília: 1997.
- BRASIL. Constituição Federal