

SUS – INSPEÇÕES REALIZADAS PARA VERIFICAR O CUMPRIMENTO DE DETERMINAÇÕES DO TCU

Acompanhamento

Ministro-Relator Humberto Guimarães Souto

Grupo I - Classe VII - Plenário

TC-001.381/97-0 c/03 volumes

Juntados:

TC-600.140/97-0, TC-500.159/97-1, TC-400.077/97-3, TC-550.111/97-2, TC-300.077/97-1, TC-275.176/97-5, TC-250.193/97-3, TC-675.119/97-9, TC-725.064/97-8, TC-700.168/97-4, TC-350.215/97-9, TC-225.147/97-1, TC-450.143/97-0, TC-750.086/97-1, TC-575.179/97-0, TC 650.105/97-4, TC 425.108/97-0, TC 475.825/97-7, TC 375.184/97-0, TC 525.105/97-2, TC 825.081/97-1, TC 625.155/97-1, TC 775.053/97-0, TC 200.093/97-5, TC 800.054/97-0, TC 325.249/97-0

Natureza: Acompanhamento

Entidades: Fundo Nacional de Saúde, Secretaria Executiva/MS, Secretaria de Assistência à Saúde/MS, Coordenação de Controle e Auditoria - Caudi/MS, Ciset/MS Secretarias Estaduais de Saúde e Conselhos Estaduais de Saúde

Interessado: Tribunal de Contas da União

Ementa: Acompanhamento do cumprimento das determinações constantes da Decisão nº 576/93 - Plenário. Inspeções realizadas por todas as Secex. As determinações, em geral, vêm sendo cumpridas. Novas determinações em função do atual contexto do SUS. Necessidade do desenvolvimento de ferramentas computacionais para otimização dos trabalhos deste Tribunal na área de saúde. Desapensação dos processos e envio dos mesmos às Secex respectivas.

RELATÓRIO

Trata o presente processo do acompanhamento das determinações constantes da Decisão nº 576/93 - Plenário, de 14.12.93, efetuado em cumprimento ao item 8.6 da Decisão nº 710/96 - Plenário, de 06.11.1996, que dispôs, *in verbis*:

“8.6. determinar à 4ª Secex que verifique e represente ao Relator da LUJ pertinente a respeito do cumprimento das determinações constantes da Decisão nº 576/93-TCU - Plenário;”.

É importante esclarecer que a Decisão nº 576/93 - Plenário foi originária de diversas inspeções extraordinárias no Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social - Inamps (hoje extinto), abrangendo o Sistema Único de Saúde - SUS, exarando-se, na ocasião, 49 determinações corretivas e/ou de cunho operacional relacionadas ao Sistema.

Em atendimento ao citado item da Decisão 710/96, a 4ª Secex formulou representação a este Relator na qual analisava o cumprimento de diversas determinações, classificando-as em três categorias: cumpridas, parcialmente cumpridas e não cumpridas.

No mesmo expediente a Unidade Técnica propôs a realização de inspeções em relação as determinações não cumpridas e parcialmente cumpridas, bem como às dirigidas às Secretarias Estaduais de Saúde.

Determinei então à 4ª Secex a realização de inspeção no Fundo Nacional de Saúde, Secretarias Executivas e de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, Ciset/MS, Conselho de Saúde e Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Na mesma ocasião, também foi determinada a realização de inspeções por todas as Secretarias Regionais de Controle Externo nas Secretarias e Conselhos Estaduais de Saúde em relação aos itens da referida Decisão nº 576/93 - Plenário a eles afetos.

Depois de consolidados e analisados todos relatórios pela 4ª Secex, são apresentados os resultados acerca de cada determinação específica:

I - Determinações dirigidas ao Ministro de Estado da Saúde(subitem 8.1)

"8.1.1. realize ampla campanha institucional para conscientizar a população quanto aos seus direitos à saúde, bem assim estimular o controle social sobre o Sistema Único de Saúde diante, inclusive, da obrigatoriedade de organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde em todos os níveis, nos termos do art. 4º da Lei nº 8.142/90;"

Situação - A Secretaria de Assistência à Saúde - SAS informou que esse tema foi objeto de cartilhas amplamente divulgadas, visando orientar e treinar associações, sindicatos e prefeituras para a formação e manutenção dos Conselhos de Saúde. A campanha publicitária do Ministério da Saúde teve 4 de seus 18 filmes dedicados aos Conselhos.

Segundo informações da SAS, em 1997, os Conselhos Municipais de Saúde estavam entre as prioridades do Ministério da Saúde em seu Plano de Ações e Metas, sendo que as Comissões Intergestores Bipartite, Conselhos e Fundos Estaduais de Saúde estavam implantados em todos os Estados (item 17 - fls. 171/172).

A criação de Conselhos e Fundos Municipais de Saúde e a comprovação do seu funcionamento são requisitos para a descentralização de recursos financeiros pelo Fundo Nacional de Saúde, conforme o art. 4º da Lei nº 8.142/90 (vol. III - fls. 74/76).

O Ministério da Saúde tem registrada a criação de 3.127 Fundos e Conselhos Municipais de Saúde, que correspondem a 2.367 municípios habilitados na condição de gestão incipiente, 616 na gestão parcial e 144 na gestão semiplena.

A articulação do Ministério da Saúde com os Conselhos Estaduais é desenvolvida por intermédio do Conselho Nacional de Saúde (item 19 - fl. 172).

A SAS informou também que, em 1996, foi veiculada campanha na televisão, divulgando os recursos existentes na rede SUS para pacientes de Aids (hospital-dia, assistência domiciliar, etc.). Além disso, foram distribuídos livretos com endereços de serviços especializados disponíveis no SUS.

Outro serviço disponível é o Disque Saúde (ex-Telesus), que vem atendendo as prefeituras há 4 anos.

A Secretaria de Assistência à Saúde respondeu, ainda, que vem desenvolvendo material de propaganda audiovisual para divulgar à população diversos aspectos relacionados à área de saúde. Dentre eles, pode-se relacionar filmes veiculados nos canais de TV sobre: Aids, prevenção de doenças cardíacas, doação de órgãos, cólera e tuberculose. Além desses temas, há também informações sobre o SUS, os Conselhos Municipais de Saúde, os Postos de Saúde e os Hospitais.

Quanto ao material escrito, há publicações sobre:

1997 - O Ano da Saúde no Brasil - ações e metas prioritárias - programa lançado em março/97 pelo Presidente da República e pelo Ministro da Saúde. Alguns dos filmes referidos acima fazem parte deste projeto;

A Saúde no Brasil - panorama de recursos humanos, despesas, serviços e diversos índices estatísticos sobre doenças e taxas de mortalidade no Brasil;

Formas de atendimento e direitos de pacientes com Aids;

Manual do Conselheiro de Saúde;

Orientação para a formação de Conselhos de Saúde.

Análise - A Unidade Técnica afirma que, durante a inspeção, teve acesso ao material audiovisual e escrito referido no item anterior, podendo verificar que o Ministério da Saúde desenvolveu ações no sentido de cumprir a determinação desta Corte, no que se refere à campanha institucional para conscientizar a população quanto ao seu direito à saúde.

Considerando que todos os estados já possuem Conselhos Estaduais de Saúde e a implantação dos Conselhos Municipais é prioridade daquele Ministério, entende que essa determinação foi cumprida, restando propor que o órgão federal do SNA, a Caudi, acompanhe a efetiva implantação dos Conselhos Municipais de Saúde, informando os resultados ao TCU.

"8.1.2. adote medidas com vistas a acelerar o cronograma de descentralização das ações e serviços de saúde afetos ao Ministério para a implantação definitiva do Sistema Único de Saúde em todo o País, atribuindo, de forma clara e nos termos da legislação, co-responsabilidade aos três níveis de governo: federal, estadual, municipal, com o acompanhamento mais próximo das situações piloto, com base para um avanço seguro e definitivo do SUS;"

Situação - O Ministério da Saúde vem adotando medidas com vistas à implantação do SUS como, por exemplo, a edição das Normas Operacionais Básicas, instrumentos jurídicos institucionais que estabelecem procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde.

Além disso, vem editando diversos outros normativos com o objetivo de regulamentar contratos de prestação de serviços entre os entes federativos e outras pessoas jurídicas; definir tetos financeiros para os Estados, relativos ao custeio das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar; definir regras de transferências de recursos e complementar as medidas adotadas por meio das NOBs.

O processo de municipalização, entretanto, não depende exclusivamente das ações do Ministério da Saúde, mas cinge-se a condições legais (art. 4º da Lei nº 8.142/90) que precisam ser cumpridas pelos governos estaduais e municipais antes que a efetiva descentralização possa ser implementada.

Análise - A Unidade Técnica entende que, apesar de a descentralização preconizada pelo SUS não atingir ainda os níveis ideais, o Ministério da Saúde vem adotando medidas com vistas a implementação da descentralização almejada pelo modelo estabelecido na Carta Magna, nos limites de suas possibilidades e da capacidade gerencial dos estados e municípios.

"8.1.3. agilize o projeto de reestruturação prevista no art. 13 da Lei nº 8.689/93 (vol. III - fls. 77/80), nele contemplando a implementação do Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do Ministério (art. 6º da referida lei), vinculando-o à Secretaria de Controle Interno/Ciset/MS, ante o que dispõe o art. 74, inciso II da Constituição Federal, atribuindo-lhe no âmbito federal, claramente, dentre outras competências, a de fiscalizar a aplicação de recursos destinados às ações e serviços de saúde, por força de dispostos no inciso VI do art. 71, c/ c inciso IV do art. 74, também da Constituição;"

Fazendo uma avaliação do funcionamento atual e das dificuldades para a efetiva implantação e ação do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, a Coordenação Geral de Controle, Avaliação e Auditoria - Caudi apresentou, entre outros, os seguintes obstáculos:

em nível federal, as atividades do SNA são descontínuas e há deficiências no fluxo da informação; em nível de estados e municípios, somam-se a isso o pequeno número de serviços de controle, avaliação e auditoria funcionando plenamente e a falta de técnicos devidamente habilitados para o exercício da atividade;

o Decreto nº 1.651/95, que regulamenta o SNA, não esclarece as competências nos três níveis, dificultando o exercício das atividades de forma descentralizada e integrada, com divisão de responsabilidades entre os três níveis de gestão;

falta de estrutura administrativa e de regulamentação da carreira do Auditor do SNA/SUS do nível federal;

deficiência da rede de informática;

deficiência de recursos humanos (sobretudo na região norte) e de meios de transporte nas regionais;

falta de normatização nos casos de procedimentos relativos a desconto em processamento quando seria necessário haver parcelamento;

falta de amparo legal para o SNA emitir certificado de auditoria e de dívida ativa;

indefinição de responsabilidade no caso de cobrança indevida de profissional autônomo (código 7), bem como de alguns tipos de valores impugnados.

Prosseguindo, a Caudi arrolou algumas providências adotadas pelo Ministério para superar as dificuldades (fl. 174):

edição da PT/GM/MS nº392/97 (vol. III - fl. 81), constituindo grupo técnico para elaboração da estruturação do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, na forma prevista na Lei nº 8.689/93 (vol. III - fls. 77/80);

estudos para o plano de carreira dos Auditores do SNA/Federal;

melhoria da rede de informática;

treinamento dos técnicos das áreas de auditoria das Secretarias Estaduais e Municipais;

discussões, envolvendo Gabinete Ministerial, Secretaria Executiva, Consultoria Jurídica e Caudi, das questões legais que permeiam as atividades de auditoria.

Análise - Segundo o art. 13 da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993 (vol. III - fls. 77/80), "o Poder Executivo, no prazo máximo de noventa dias, procederá à reestruturação global do Ministério da Saúde e de seus órgãos e entidades...". O parágrafo único da mesma Lei estabelece que "a reestruturação a que se refere esse artigo contemplará a estruturação do Sistema Nacional de Auditoria...".

O prazo legal previsto para a reestruturação do Ministério da Saúde e implantação do SNA expirou em 1993, sem que a atual administração tenha apresentado justificativa para tal atraso. No entanto, de acordo com informações da Secretaria Executiva, essa reestruturação estaria em andamento e seria concluída até 31.12.97.

O Ministério da Saúde enfrenta, conforme declarado (item 5 - fl. 168), dificuldades orçamentárias, que impossibilitam, inclusive, a adequação dos valores pagos pelos serviços prestados ao SUS à realidade do mercado.

A partir de 23.01.1997, o Ministério da Saúde passou a contar com o aporte de recursos repassados pela Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF, que tem possibilitado a manutenção da estrutura do SUS e o pagamento dos atrasados acumulados até então. Não existem, no entanto, outras fontes que garantam esses recursos após o prazo de vigência dessa contribuição.

Frente a este quadro e considerando que a qualidade do atendimento na rede conveniada ainda não é capaz de suprir as necessidades da população em geral, entendemos imprescindível a existência de um sistema efetivo e, preferencialmente, concomitante de controle dos gastos com saúde, como forma de otimizar o uso dos recursos disponíveis.

No que se refere à vinculação do Sistema Nacional de Auditoria - SNA à Ciset, deve-se levar em conta que o SNA é organizado junto à direção do SUS em todos os níveis de governo. Em nível federal, a Medida Provisória nº 1.550-40, de 11.06.97, que organiza e disciplina os Sistemas de Controle Interno do Poder Executivo não tratou da vinculação do SNA à Secretaria Federal de Controle, órgão ao qual se vinculam as Ciset's. Tão pouco o Decreto nº 1.651/95 (vol. I - fls. 199/201), que regulamentou o SNA, toca nesse assunto. Além disso, a carreira dos profissionais do Controle Interno do Poder Executivo não contempla os auditores do SNA.

A Decisão nº 576/93-P (fls. 32/36) foi publicada em dezembro de 1993, época em que as Secretarias de Controle Interno eram subordinadas aos seus respectivos Ministérios. Entretanto, conforme o art. 3º da Medida Provisória nº 1.550-40, o Sistema de Controle Interno passou a funcionar sob a orientação técnica e normativa da Secretaria Federal de Controle. Sendo assim, em nossa opinião, não é mais pertinente a determinação de que o Sistema Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde seja vinculado à Secretaria de Controle Interno/MS. Não obstante, entendemos que o SNA e a Ciset, embora independentes, devem trabalhar mediante cooperação técnica, pois visam objetivos comuns.

Dado o exposto e considerando que a estruturação do SNA ainda tem dificuldades a ser superadas, entendemos que o item 8.1.3 da Decisão nº 576/93-P não foi cumprido e propomos que seja determinado:

a) ao Ministro de Estado da Saúde que:

a.1) agilize a reestruturação do Ministério da Saúde, conforme disposto no art. 13 da Lei nº 8.689/93, contemplando a implementação do Sistema Nacional de Auditoria;

a.2) busque, juntamente com estados e municípios, redefinir as competências do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, nas três esferas, de maneira clara, possibilitando o exercício das atividades de forma descentralizada e integrada, com divisão de responsabilidades entre os níveis de gestão;

a.3) envie esforços visando dotar o SNA, no nível federal, de recursos materiais e humanos necessários ao desempenho da função;

b) à Ciset que acompanhe o processo de reestruturação do Ministério da Saúde e a implantação do SNA, mantendo esta Corte informada sobre os resultados obtidos.

"8.1.4. substitua o atual sistema de pagamento realizado através de AIH e UCA por outra forma mais justa e menos vulnerável a fraudes e, enquanto isso, que sejam implantados mecanismos de maior controle e contenção, visando à redução de gastos e distorções com AIH e UCA."

Situação (itens 2, 3 e 16c - fls. 164/168 e 171) - A Secretaria de Assistência à Saúde relatou que, em 31.10.94, o Ministério da Saúde editou a PT/MS/1.827 (vol. I - fls. 46/47), que regulamentou a transferência automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde - FNS para os Fundos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. Foram também editadas as PT/MS/SAS nº 172 a 198/94 (vol. I - fls. 232/285), que estabeleceram, a partir da população estimada pelo IBGE, tetos físicos e financeiros a todos os Estados da Federação.

A PT/MS/SAS nº 199/94 (vol. III - fls. 82/83) estabeleceu critérios de repasse de recursos aos Estados e Municípios em gestão semiplena.

A Secretaria de Assistência à Saúde - SAS também informou que as seguintes inovações foram implantadas nos Sistemas de Informações Hospitalares - SIH (fls. 164/166):

foram introduzidas novas críticas, que funcionam como mecanismos de controle;

vários programas de controle de internação foram disponibilizados pelo Datasus, permitindo aos gestores maior controle;

em 1995 e 1996 foi avaliado o sistema de controle das internações, verificando-se, entre outros fatores: evolução do faturamento, custo médio e frequência dos procedimentos, programação do Estado e distribuição de AIH;

foram realizadas revisões dos manuais do SUS (módulo gerencial e hospitalar).

O Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA também recebeu alterações, a saber (fls. 167/168):

implantação do SIA em todos os estados da federação, dando cumprimento a recomendação do TCU;

atualização constante do sistema, por meio de inclusão de novas críticas;

disponibilização na rede MS/BBS e na Internet de diversos instrumentos de controle (TABSIA, VALSIA, CADSIA, VERSIA);

implantação, a partir de abril/97, da Autorização dos Procedimentos de Alta Complexidade/Custo - APAC.

Dentre os instrumentos criados pelo Ministério da Saúde, a SAS destacou a publicação da NOB 01/96, que redefine os mecanismos de fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas.

Análise - A determinação preconiza que o sistema de pagamento realizado por intermédio de Autorização de Internação Hospitalar - AIH e Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA seja substituído por outra forma mais justa e menos vulnerável a fraudes. O Ministério da Saúde emitiu a Portaria nº 1.827/94 (vol. I - fls.

46/47) mudando a forma de pagamento, para os municípios em gestão parcial e semiplena, e estabelecendo o teto financeiro, sendo que, atualmente, persiste apenas o pagamento feito por meio de AIH.

Quanto à vulnerabilidade, a Secretaria de Assistência à Saúde apresentou as inovações implantadas nos Sistemas de Informações Hospitalares e Ambulatoriais (fls. 164/168). No entanto, a Caudi, em seus trabalhos, ainda relata a existência de fraudes no pagamento (item 2b - fls. 196).

Dado o exposto e considerando que ainda há imperfeições no cálculo do montante a ser repassado aos integrantes do SUS, entendemos que a determinação foi parcialmente cumprida. Sendo assim, propomos que seja determinado ao Ministro de Estado da Saúde que continue envidando esforços no sentido de implantar um sistema de pagamento aos credenciados menos vulnerável a fraudes.

"8.1.5 - crie Câmara Setorial para acompanhamento e controle da política de insumos para a saúde (medicamentos, órteses, próteses, oxigênio, equipamentos), integrada por membros do governo, produtores, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários;"

Situação (item 4 - fl. 168) - De acordo com a resposta da Secretaria de Assistência à Saúde, a criação de Comissão Intersetorial no âmbito daquele Ministério encontra-se em fase de discussão, existindo uma comissão sobre temas correlatos na Secretaria de Vigilância Sanitária.

Análise - Diante da resposta apresentada pela entidade, consideramos que a determinação ainda não foi cumprida, razão pela qual propomos que seja reiterada ao Ministro da Saúde a determinação de criar Câmara Setorial para acompanhamento e controle da política de insumos para a saúde (medicamentos, órteses, próteses, oxigênio, equipamentos), integrada por membros do governo, produtores, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários.

"8.1.6. adote mecanismos para agilizar o processo de municipalização da saúde, como objetivos final previsto na determinação do item 8.1.2 supra;"

A análise deste item já foi feita no item 8.1.2.

"8.1.7. proceda à revisão dos processos de municipalização já efetuados e dos que apresentam pendências das exigências contidas no art. 4º da Lei nº 8.142, de 28.12.90;"

A Unidade Técnica entende cumprida a determinação, uma vez que, na NOB/96, o repasse automático de recursos, em suas diversas fontes de financiamento, fica condicionado ao estágio de gerenciamento do sistema de saúde alcançado por estados e municípios

"8.1.8 - estabeleça critérios claros para a distribuição dos recursos destinados às ações e serviços assistenciais, tanto para o atendimento ambulatorial quanto para internações hospitalares, com publicação dos valores e divulgação à população."

Situação (item 22 - fl. 175) - Segundo a Secretaria de Assistência à Saúde, a definição e/ou alteração do teto financeiro de cada município é estabelecida pela Comissão Intergestores Bipartite e ratificada pelo gestor estadual. Os valores repassados para estados e municípios em gestão semiplena são divulgados pelo Diário Oficial da União, mensalmente pelo Datasus/FNS, em rede MS/BBS e via Internet.

Análise - Na representação (fls. 1/22), esta determinação foi considerada parcialmente cumprida, restando verificar se a divulgação à população vinha sendo feita. De acordo com a resposta da entidade, os valores, atualmente, são divulgados por meio do DOU, Datasus e Internet. Deste modo, consideramos que a determinação foi cumprida.

"3.1.6 Determinação 8.1.9 - adote providências para implantação efetiva do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), com o detalhamento de dados como: serviços prestados, informações sobre os pacientes, uso de implantação de órteses e próteses, atendimentos fora do hospital e administração de medicamentos especiais, uma vez que tais informações são importantes, tanto sob o ponto de vista gerencial quanto financeiro e também em termos de controle e avaliação."

Situação (item 3 - fls. 164/168) - A Secretaria de Assistência à Saúde informou que o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA está implantado em todos os estados da federação e é constantemente atualizado, com inclusões de novas críticas (atualmente cerca de 500), cuja principal finalidade é evitar cobranças indevidas.

Quanto ao detalhamento dos dados, a Caudi relatou que, com exceção das informações sobre o paciente, as outras informações vêm sendo apresentadas. Apenas nos casos de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC para tratamento renal é feita a identificação do paciente.

A Resolução nº 228, de 01.08.90 (vol. III - fls. 84/88), que regulamentou a implantação do SIA estabelece, em seu item 4.1, que "em função do enorme volume de eventos sob controle do SIA/SUS, da ordem de mais de 50.000.000 (cinquenta milhões) de consultas ambulatoriais, procedimentos e SADT mensais, o sistema não identificará as prestações realizadas para cada indivíduo, mas o conjunto de serviços prestados por uma determinada unidade."

A mencionada Resolução também define documentos-fonte para o SIA (vol. III - fls. 87/88), de caráter quantitativo, e que permitem controlar e avaliar os atendimentos ambulatoriais, tais como: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), Boletim de Imunização (BIM) e Boletim de Diferença de Pagamento (BDP), entre outros.

Análise - Com base nas informações colhidas durante o período de inspeção, deduzimos que o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA está implantado. Contudo, ainda existem inúmeras falhas, bem como procedimentos que dão margem à ocorrência de fraudes. De acordo com informações da Caudi, o SIA acha-se sujeito

ao cometimento de irregularidades, dado que há falta de controle no pagamento das atividades do setor.

Considerando que a Decisão nº 576/93-P (fls. 32/36) é posterior à Resolução nº 228/90 (vol. III - fls. 87/88), entendemos que os itens incluídos em sua determinação 8.1.9, referentes a detalhamento de dados do SIA, visavam a complementar o estabelecido naquela Resolução.

O fornecimento de informações sobre os pacientes submetidos a procedimentos ambulatoriais serviria de mecanismo de controle, minorando a ocorrência de fraudes.

Sendo assim, entendemos que a determinação foi parcialmente cumprida e propomos que seja reiterado ao Ministro de Estado da Saúde que adote providências para a implantação no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do detalhamento de dados sobre os pacientes e da reformulação do sistema de pagamento, para que sejam evitadas irregularidades.

"8.1.10. proceda à elaboração de estudo para a adequação dos valores constantes das tabelas de procedimentos, objetivando preço justo e compatível com a realidade;"

Situação (item 5 - fls. 168) - Segundo a Secretaria de Assistência à Saúde, o último reajuste dos valores dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares ocorreu em julho/94, adequando-os ao Plano Real. Posteriormente, diversos estudos foram realizados para reajustar os valores dos procedimentos, que não puderam ser implementados em virtude das dificuldades orçamentárias enfrentadas pelo Ministério.

As Portarias GM/MS nº 2277/95, 2321/95 e 2322/95 (vol. III - fls. 89, 90 e 91/95, respectivamente) concederam, em caráter excepcional, o fator de recomposição de 25%, a partir de julho/95, do valor faturado da tabela SIA/SIH, de órteses e próteses e do teto financeiro dos municípios, respectivamente. A Portaria nº 1.281/96 (vol. III - fl. 96) autorizou, a partir de janeiro/96, o fator de recomposição de 20% no valor do conjunto de troca de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua - CAPD. É a arrecadação da CPMF que tem sido usada para pagamento destes reajustes do mês em curso, além daquele relativo aos meses atrasados.

Análise - Tendo em vista que os estudos foram realizados, consideramos que a entidade cumpriu a determinação. Entretanto, sabe-se que ainda há distorções nas tabelas, e que os preços praticados não são compatíveis com a realidade.

Foi relatado pelo Diretor Executivo do Fundo Nacional de Saúde que a continuidade do pagamento dos atrasados e qualquer aumento (dos valores dos serviços ou dos salários dos servidores) estão diretamente vinculados à existência de recursos. Questionado sobre qual solução será adotada após o prazo de vigência da CPMF, afirmou que de concreto só há a expectativa de que a CPMF seja prorrogada até que se consiga vincular recursos orçamentários à Saúde, como já ocorre com a educação.

Sendo assim, propomos seja determinado ao Ministro da Saúde que envie esforços no sentido de compatibilizar os valores das tabelas de procedimentos com os preços praticados pelo mercado, mediante a redefinição dos mecanismos de financiamento do Sistema Único de Saúde.

"8.1.11. efetue o pagamento dos serviços prestados às unidades hospitalares conveniadas ou contratadas nos prazos previstos na legislação, de sorte a não lhes causarem prejuízos, em razão das perdas inflacionárias;"

Situação - O Diretor do Fundo Nacional de Saúde informou à equipe de inspeção que não há atraso no pagamento dos serviços prestados, que é efetuado até 30 dias depois da apresentação da cobrança.

Análise - Deve-se considerar que esta determinação foi feita numa época de inflação alta e desvalorização monetária bastante acelerada. Atualmente, vive-se em outra conjuntura econômica, com baixas taxas de inflação e, conseqüentemente, maior estabilidade do valor da moeda. Sendo assim, entendemos que a determinação foi cumprida, já que a Portaria nº 48, de 12.06.91 (vol. III - fl. 97) estabelece o prazo máximo de 30 dias para pagamento das AIH.

"8.1.12. proceda a estudos com o objetivo de regularizar a atuação de estagiários, médicos residentes e médicos não credenciados na participação de cirurgias, a fim de evitar situações de produção individual discrepante;"

Situação (item 6 - fl. 224) - A Secretaria Executiva, embora considerando essa questão fora de seu âmbito, referiu-se aos seguintes estudos:

Estudo sobre Sociedades de Especialidades em Medicina - entre outros assuntos, pretendeu "investigar de que forma as diversas Sociedades de Especialistas controlam ou regulam a qualidade da prática e as condições para atuação de seus associados e em que abrangência isto se dá."

Perfil dos Médicos do Brasil - buscou caracterizar o universo do trabalho médico.

Análise - Conforme o item 5.3.2.5 do Relatório que originou a Decisão nº 576/93-P (fls. 32/36), há algumas distorções no sistema de pontos utilizado para o pagamento dos serviços profissionais do SUS. Dentre elas, exemplificam-se casos de:

a) estudantes e estagiários que têm seus pontos atribuídos ao médico que os orientou, o qual passa a ter sua pontuação e recebimento majorados de forma artificial;

b) cômputo de atos clínicos como atos cirúrgicos;

c) fraude pura e simples, em que os atos praticados por um determinado profissional são atribuídos a outro.

Foi dentro desse contexto que o TCU elaborou a determinação em análise.

Diante da justificativa apresentada, concluímos que os estudos que possibilitariam a identificação das situações irregulares descritas acima não foram efetuados.

Dado o exposto, propomos que seja reiterada ao Ministro da Saúde a determinação de que proceda a estudos com o objetivo de regularizar a atuação, no âmbito do SUS, de estagiários, médicos residentes e médicos não credenciados na participação de cirurgias, a fim de evitar situações de produção individual discrepante.

"8.1.13. adote medidas com vistas à implementação de uma política de recursos humanos na área de saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais gestoras do Sistema, visando à isonomia entre as diferentes esferas de governo, à valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS, e à organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;"

Situação - (Memo/CGDRH/SUS/MS/nº 034 - fls. 216/221) - A Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS - CGDRH relatou que "a ação do órgão de coordenação nacional do sistema inclui a cooperação técnica aos gestores estaduais e municipais para definição e implementação de suas políticas e prioridades de ação de recursos humanos na gestão do Sistema Único de Saúde, consubstanciadas em publicações daquela Coordenação Geral que buscam, em última análise, aumentar a cobertura e melhorar a qualidade e produtividade dos serviços prestados nos ambulatórios, nos hospitais e na comunidade." Essa cooperação técnica dá-se mediante solicitação dos estados e consiste no fornecimento de publicações, bem como orientação por parte dos técnicos do Ministério da Saúde. Exemplos de títulos publicados encontram-se às fls. 220/221.

A entidade listou alguns dos projetos desenvolvidos, seus objetivos e a origem dos recursos aplicados (fls. 218/220).

Como a resposta não abordou os temas de isonomia e dedicação exclusiva, solicitamos mais esclarecimentos, que nos foram enviados por meio do Memo/CGDRH/SUS/MS/nº 039 (fls. 222/223). Nesse documento, a CGDRH respondeu que tais assuntos não são de sua competência. Informou que um projeto integrado foi desencadeado com o Conass (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e o Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) onde, entre os vários conteúdos, foi abordada a questão de heteronomia salarial e sugerida a possibilidade de fóruns regionais para a discussão da política salarial. Por outro lado, segundo a CGDRH, o acompanhamento das oficinas de trabalho tem revelado que a preocupação dos gestores e gerentes avança para outras questões, como a diversificação de modalidades de vínculo e de remuneração, caminhando para alternativa que tem mais a ver com flexibilização do que com isonomia, coerente com a linha preconizada pelo Plano Diretor da Reforma do Estado do Mare.

Análise - Durante o período da inspeção, tivemos acesso a diversas publicações citadas pela CGDRH, dentre elas: Política de Recursos Humanos para o SUS, A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde, revista Desenvolvimento Gerencial no SUS, revista Divulgação em Saúde para Debate, apostilas de capacitação técnica

(ex: Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para o SUS). Entendemos que a CGDRH vem cumprindo o determinado quanto à formação de recursos humanos e à elaboração de programas de aperfeiçoamento de pessoal.

Quanto à isonomia e dedicação exclusiva, no entanto, a determinação não pode ser considerada cumprida, tendo em vista que não houve, na área de saúde, implantação de uma política de recursos humanos nos termos preconizados por esta Corte. Todavia, a entidade pondera que, atualmente, a tendência coerente com o Plano Diretor da Reforma do Estado do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - Mare identifica-se mais com flexibilização do que com isonomia. Além disso, é de conhecimento público que Estados e Municípios têm dificuldades em arcar com os custos da folha de pagamento de seus funcionários. A isonomia salarial viria a agravar essa situação. Cabe ressaltar, ainda, que um dos objetivos da Norma Operacional Básica - NOB 01/96 é consolidar a descentralização dos serviços de saúde, tarefa que destoa de uma política de isonomia.

À época da elaboração da Decisão nº 576/93-P (fls. 32/36), a política administrativa e de recursos humanos do país era distinta da atual. O Mare e o Congresso Nacional encontram-se empenhados na definição e execução de uma reforma administrativa abrangente, a qual pretende imprimir novos rumos à política de recursos humanos do serviço público em geral. Desta forma, entendemos pouco pertinente reiterar a determinação de que seja observada a isonomia entre as diferentes esferas de governo.

Sobre a dedicação exclusiva, cabe lembrar que o art. 27 da Lei nº 8.080/90 estabelece como um dos objetivos da política de recursos humanos na área da saúde a valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS. Desta forma, propomos determinação ao Ministro da Saúde para que envide esforços no sentido de possibilitar o cumprimento do citado artigo.

"8.1.14. adote medidas com vistas à obtenção dos dados constantes dos critérios definidos no art. 35 da Lei nº 8.080/90 (vol. I - fls. 386/397), para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios;"

Situação - (itens 9 e 16 - fls. 169 e 170/171, respectivamente) - A Secretaria de Assistência à Saúde - SAS respondeu que Portaria GM/MS nº 1.827/94 (vol. I - fls. 46/47) regulamentou o estabelecimento de valores a ser transferidos a municípios, a estados e ao Distrito Federal para a cobertura de ações e serviços na área da assistência ambulatorial e hospitalar, cabendo às Comissões Intergestores Bipartite a responsabilidade sobre os tetos dos municípios.

A Secretaria de Assistência à Saúde relatou que, conforme o Plano de Ações e Metas do Ministério da Saúde, o atual cenário de implantação do SUS exige daquele Ministério uma imediata readequação em todos os seus métodos gerenciais e operacionais, no sentido de que, assumindo plenamente a condição de gestor nacional do sistema, possa dar consequência prática às ações previstas para o biênio 97/98. O Ministério da Saúde tem criado instrumentos que apontam para uma reordenação do

modelo de atenção à saúde e para a descentralização do SUS, dos quais destaca-se a publicação da Norma Operacional Básica - NOB 01/96.

Análise - O art. 35 da Lei nº 8.080/90 (vol. I - fls. 386/397) preconiza, *in verbis*:

"Art. 35 - Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos de rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º - Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º - Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta Lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

.....

§ 6º - O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

O art. 2º da Portaria nº 1.827/94 (vol. I - fls. 46/47) determina, *in verbis*:

Art. 2º - Caberá às Comissões Intergestores Bipartite, em cada Estado, definir os tetos financeiros da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria de Saúde, ou órgão equivalente, de cada Município.

§ 1º - A definição do teto financeiro correspondente à Secretaria Estadual obedecerá à programação das ações desenvolvidas pela sua rede própria e por serviços contratados e conveniados, de referência estadual, sob sua gestão.

§ 2º - A definição do teto financeiro de cada Município obedecerá à programação das ações desenvolvidas pela sua rede própria, contratada/conveniada e das ações e serviços de referência local/regional."

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 01/96, publicada em 06.11.96 (vol. I - fls. 400/408), é um instrumento de regulação do SUS e fundamenta-se na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080/90 (vol. I - fls. 386/397) e nº 8.142/90 (vol. I - fls. 398/399).

Sua finalidade primordial é "promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS."

A NOB 01/96 (vol. I - fls. 400/408) redefina:

os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;

os instrumentos gerenciais para que os municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;

os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;

a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;

os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

A NOB 01/96 (vol. I - fls. 400/408) define, entre outros, os seguintes montantes de recursos financeiros a ser transferidos aos fundos estaduais e municipais:

Piso Assistencial Básico - PAB, que é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE). O montante do PAB é acrescido de percentuais preestabelecidos sempre que estiverem atuando integradamente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência.

Fração Assistencial Especializada - FAE, que é um montante correspondente a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio - TFD.

Índice de Valorização de Resultados - IVR, que consiste na atribuição de valores adicionais transferidos como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população.

Não obstante tal regulamentação, constatamos, a partir de relatos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que o repasse de recursos do SUS enseja algumas distorções quando a localidade em questão constitui-se em centro de referência regional para tratamento de saúde.

Apesar da existência dos fatores previstos no art. 35 da Lei nº 8.080/90, eles só influenciariam o repasse dos recursos na proporção de 50%, o que, no caso das referências regionais, sobrecarregaria o sistema, preterindo o atendimento aos habitantes do local. Além disso, os dispositivos previstos no art. 35 da Lei nº 8.080/90 ainda não estão totalmente implementados, sendo que alguns deles não foram contemplados pela NOB 01/96. Essa norma também se encontra em fase de implementação e os municípios, atualmente, estão classificados, quanto à gestão, pelos critérios definidos pela NOB 01/93, conforme fl. 179.

Sendo assim, entendemos que a forma de cálculo de repasse dos recursos para os centros de referência regional deva ainda ser repensada, de modo que sejam contemplados, na regulamentação feita pela NOB 01/96, de maneira clara, os fatores acima relacionados, minimizando as distorções existentes no atual sistema e possibilitando o cumprimento do disposto no art. 35 da Lei nº 8.080/90.

Diante do exposto, consideramos que a determinação ainda não foi cumprida e propomos que:

a) seja reiterado ao Ministro da Saúde que adote medidas com vistas à obtenção dos dados constantes dos critérios definidos no art. 35 da Lei nº 8.080/90, para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios;

b) seja determinado ao Ministro da Saúde que:

b.1) proceda a um estudo comparativo entre os critérios de repasse de recursos estabelecidos na NOB 01/96 e no artigo 35 da Lei nº 8.080/90, informando ao TCU as medidas adotadas para possibilitar o cumprimento do disposto no citado artigo;

b.2) aperfeiçoe o sistema de repasse de verbas de modo a compensar as localidades identificadas como centros de referência no tratamento de saúde.

"8.1.15. estude a viabilidade de registrar no Siafi todos os recursos do SUS transferidos aos estados e municípios, verificando ainda a possibilidade técnico-operacional da interligação daquele sistema ao Dataprev/Datasus, com o objetivo de acompanhar os pagamentos efetuados;"

Situação - O Diretor do Fundo Nacional de Saúde informou que já existe um projeto em andamento no sentido de interligar o Datasus ao Siafi e que os trabalhos devem ser concluídos nos próximos meses. Além disso, os pagamentos efetuados pelo SUS também serão disponibilizados na Internet.

Análise - De acordo com as informações prestadas, percebe-se que foi realizado o estudo prescrito na determinação, que está em vias de ser implementado.

Consideramos que a determinação está sendo cumprida, propondo que seja determinado à Ciset que informe, na próxima prestação de contas do Fundo Nacional de Saúde, se já foi feita a interligação do Datasus ao Siafi.

"8.1.16. adote providências com vistas a proceder o levantamento de todos os servidores ocupantes de cargos ou de chefia ou de função de confiança na estrutura do SUS e que, em desacordo com a lei, sejam proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados;"

Situação (item 7 - fls. 168/169 e fl. 185) - A Coordenação Geral de Recursos Humanos - CGRH alegou que não tomou conhecimento desta determinação.

Quanto aos servidores que ocupam cargos de chefia ou função de confiança na estrutura do SUS, informou que é procedimento de praxe a exigência da apresentação da Declaração de Bens e Rendas, no momento da posse dos servidores nomeados.

Complementando, a CGRH esclareceu que, havendo denúncia consubstanciada ou elementos documentais que impliquem indícios de irregularidades, instaura-se o respectivo processo administrativo para apuração dos fatos. Se a denúncia for confirmada na sindicância, ocorrerá a abertura de inquérito.

Análise - A afirmação da Coordenação Geral de Recursos Humanos de que não tomou conhecimento de item da Decisão nº 576/93 é inaceitável, pois, conforme o Aviso nº 577/SS/TCU, de 22.12.93, o Ministro da Saúde foi cientificado da determinação em tela. Além disso, as Decisões do TCU são publicadas no Diário Oficial da União. Mesmo que tenha havido mudança de dirigentes nesse período, há que se observar o princípio da continuidade administrativa.

Essa determinação encontra respaldo no art. 26, § 4º da Lei nº 8.080/90, que estabelece, *in verbis*:

"§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS)."

Consideramos que as providências descritas pela entidade não são suficientes para garantir que essa determinação seja cumprida, pois só são eficazes no tocante aos servidores do Ministério da Saúde, não atingindo dirigentes do SUS em Estados e Municípios. Ademais, a determinação desta Corte pressupõe um controle efetivo a ser feito pelo Ministério e não somente a adoção de medidas punitivas em caso de denúncia.

Dado o exposto, entendemos que a determinação do TCU não foi cumprida, razão pela qual propomos que seja reiterada ao Ministro de Estado da Saúde a determinação para que proceda ao levantamento de todos os servidores ocupantes de cargos de chefia ou de função de confiança na estrutura do SUS, nos três níveis, e

que, em desacordo com a lei, sejam proprietários, administradores e/ou dirigentes de entidades ou serviços contratados.

"8.1.17. adote medidas para proibir a inspeção por auditores médicos em unidades hospitalares com as quais mantenham qualquer vínculo;"

A Unidade Técnica considera a determinação cumprida, em face do art. 8º do Decreto nº 1.651, de 28.09.95, que veda a dirigentes e servidores dos órgão que compõem o SNA e aos membros das comissões corregedoras serem proprietários, dirigentes, acionistas ou sócios quotistas de entidade prestadora de serviços de saúde no âmbito do SUS.

Ressalta que não existe a carreira de médico-auditor no quadro do Serviço Público Federal, sendo as atividades de auditoria técnico-científica desenvolvidas por profissionais da área de saúde originalmente admitidos para atividade assistencial e que foram posteriormente designados para atividades gerenciais, entre as quais situa-se a auditoria.

"8.1.18. adote providências para que seja verificada a correta aplicação de recursos na implantação dos sistemas de informações ambulatoriais nos estados, bem assim o atingimento do objeto;"

Situação (item 1 - fl. 196) - A Coordenação Geral de Controle, Avaliação e Auditoria - Caudi informou que, por ocasião da implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA nos estados, foram firmados convênios com o ex-Inamps, os quais foram acompanhados pelas unidades regionais do Sistema Nacional de Auditoria. Vinte e quatro estados firmaram convênio. Os demais fizeram a implantação às suas próprias expensas, não havendo acompanhamento por parte do Ministério da Saúde.

A situação das prestações de contas acha-se descrita no quadro a seguir:

Situação	Unidades da Federação
Aprovada	AC, AP, BA, ES, MS, RJ, RS
Aprovada com ressalvas	AL, AM, CE, GO, MA, PA, PE, PI, RN, RR, SC, SE, TO
Aprovada com devolução de saldo	MG, MT
Em análise	PB, PR, SP
Recursos devolvidos	DF
Não usou recursos, sugestão de TCE	RO

Análise - Diante das informações apresentadas, entendemos que a determinação foi cumprida, já que o Ministério da Saúde vem acompanhando a execução dos convênios para implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais nos estados. Considerando, porém, que os estados do Paraná (Convênio nº 35/92), Paraíba (Convênio nº 24/92), São Paulo (Convênio nº 55/92) e Rondônia (Convênio nº 33/92) não tiveram sua prestação de contas concluída, propomos que seja

determinado à Ciset o acompanhamento de tais processos, informando o resultado na próxima prestação de contas do Fundo Nacional de Saúde.

"8.1.19. encaminhe ao TCU demonstrativo e esclarecimentos sobre a evolução dos custos dos serviços e materiais utilizados no sistema de tratamento de pacientes renais crônicos submetidos à Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial - CAPD;"

Situação (item 10 - fl. 169) - A Secretaria de Assistência à Saúde informou que a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua - DPAC apresentou mudança significativa de registro, a partir de 1º de abril de 1997, permitindo:

identificar o paciente;

conhecer o quantitativo de medicamento e kits conjunto de troca;

informações sobre a evolução do tratamento de pacientes renais crônicos e possibilidades de transplantes;

informações sobre as unidades de diálise e identificação de profissionais que nela atuem;

No momento, aguarda-se alimentação do Banco de Dados Nacional do SIA/SUS para que se iniciem os estudos relativos aos novos dados.

Análise - Diante do exposto, consideramos que a determinação não foi cumprida. Entretanto, como a implantação do novo sistema de registro é recente, propomos que seja reiterado ao Ministro da Saúde que envie a este Tribunal os estudos sobre a evolução dos custos dos serviços e materiais utilizados no sistema de tratamento de pacientes renais crônicos submetidos à Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua - CAPD.

"8.1.20. verifique a viabilidade de reativação de centrais de internação, de modo a verificar, antes do fato consumado, a perfeita correção entre a história clínica dos pacientes(diagnóstico) e o adequado procedimento médico a ser indicado nas AIH's a serem pagas pelo sistema, eliminando-se, assim, a prática indiscriminada de distribuição de AIH's em branco;"

A Unidade Técnica considera que a atual sistemática de distribuição de AIH's está de acordo com a determinação exarada por este Tribunal, pois atualmente existem órgãos emissores de AIH's, estaduais e municipais, devidamente cadastrados, que só efetuam a referida emissão após análise criteriosa do laudo técnico do médico solicitante, da necessidade e oportunidade de cada internação, de identificação prévia do paciente e do procedimento autorizado, que garantem um controle dos procedimentos de internação.

"8.1.21. adote medidas com vistas à implantação de mecanismo no sistema de informações de internações hospitalares, que impeça a reemissão de AIH glosada com substituição do código de processamento;"

Situação (item 23 - fl. 175) - A Secretaria de Assistência à Saúde informou que o sistema, em nível federal, possui as seguintes críticas referentes ao número da AIH:

AIH apresentada neste processamento;

AIH apresentada em outro processamento;

AIH paga em município em gestão semiplena;

após a AIH ser apresentada, processada e paga, o sistema automaticamente rejeita toda vez que ela for reapresentada;

possíveis mudanças de procedimentos ou erros de digitação são previstos pelo sistema;

depois de autorizada por auditor e/ou gestor e paga, o sistema não permite que nenhuma informação seja adicionada à AIH.

Análise - Entendemos que o sistema contempla crítica para AIH autorizada e paga, mas não houve referência a AIH glosada. Dado o exposto, propomos que seja reiterada ao Ministro da Saúde a determinação de que adote medidas com vistas à implantação de mecanismo no sistema de informações de internações hospitalares, que impeça a reemissão de AIH glosada com substituição do código de processamento.

"8.1.22. adote medidas com vistas ao recadastramento das unidades hospitalares e ambulatoriais, verificando a real posição da capacidade instalada, número de leitos, número de profissionais e dos Sistemas Integrados de Procedimentos de Alta Complexidade - Sipac credenciados;"

Situação (item 12 - fls. 169/170) - A Secretaria de Assistência à Saúde informou que foi realizado um trabalho visando reformular a Ficha Cadastral de Hospitais. Foi solicitado aos gestores estaduais e municipais que recadastrassem as unidades prestadoras dos serviços ambulatoriais, dentro do especificado pela PT/MS/SAS nº 133/94 (vol. I - fls. 210/218), que aprovou o novo modelo da Ficha Cadastral Ambulatorial - FCA.

Complementarmente, aquela Secretaria informou (questão 12 - fl. 185) que, no caso do SIH, o cadastramento das unidades é atualizado mensalmente e que foi instituída comissão para estudo e elaboração de instrumentos e metodologia para o recadastramento das unidades hospitalares (PT/GM/MS nº 1838/96 - fl. 187). Entretanto, a comissão está sendo definida e será publicada, em breve, nova portaria, para prosseguir e concluir esse estudo.

Quanto ao Sistema de Informações Ambulatoriais, a SAS informou que as Secretarias Estaduais e Municipais procederam o recadastramento e as alterações cadastrais são sempre realizadas, quando encaminhadas pelos gestores do SUS.

Análise - Tendo em vista que esta determinação é de dezembro de 1993, consideramos que a Secretaria de Assistência à Saúde já dispôs de prazo suficiente para implementar medidas de recadastramento no SIH. Porém, os trabalhos ainda

se encontram em fase de discussão. Desta forma, entendemos que a determinação foi parcialmente cumprida e propomos que seja determinado ao Ministro da Saúde que agilize as medidas com vistas ao recadastramento das unidades hospitalares, verificando a real posição da capacidade instalada, número de leitos, número de profissionais e dos Sistemas Integrados de Procedimentos de Alta Complexidade - Sipac credenciados.

"8.1.23. inclua nos termos dos convênios destinados a construções e reformas de hospitais cláusula prevendo que, no caso dos recursos serem insuficientes para a conclusão do objeto, o beneficiário (Secretaria Estadual ou Prefeitura) se comprometa, mediante utilização de recursos próprios, a concluir a obra, sob pena de ressarcimento do prejuízo causado aos cofres federais;"

Situação (item 1 - fl. 202) - O Fundo Nacional de Saúde - FNS informou que, no caso dos recursos serem insuficientes para a conclusão de construções e reformas de hospitais, realizadas por meio de convênios, estabelece-se uma etapa útil a ser completada, a qual deve permitir o seu funcionamento no atendimento às populações beneficiárias.

O compromisso formal do interessado, normalmente Prefeituras Municipais, figura nos processos, mas não é cláusula específica nos instrumentos firmados. Esse compromisso pressupõe a obrigatoriedade do solicitante em concluir o objeto e colocar em funcionamento a parte definida.

Foi suscitada, ainda, pela direção do FNS, a questão da pertinência de fazer constar nos convênios o determinado no item 8.1.23 da Decisão nº 576/93 do TCU (fls. 32/36), dado o disposto no inciso V, do art. 7º da IN STN 01/97, *in verbis*:

"V - a prerrogativa da União, exercida pelo órgão ou entidade responsável pelo programa, de conservar a autoridade normativa e exercer o controle e a fiscalização sobre a execução, bem como de assumir ou transferir a responsabilidade pelo mesmo, no caso de paralisação, ou fato relevante que venha a ocorrer, de modo a evitar a descontinuidade do serviço."

Análise - Em nossa opinião, uma vez ocorrido fato imprevisto e alheio à vontade das partes, a solução adotada pelo Ministério da Saúde no caso da paralisação da construção ou reforma por falta de recursos é a mais acertada. Cabe, no entanto, observar que tal situação deve figurar dentro das exceções. Caso contrário, pode indicar a necessidade de reavaliação do orçamento apresentado inicialmente.

Nesse sentido, entendemos ainda que a Decisão TCU retromencionada não vai de encontro ao disposto no inciso V do art. 7º da IN STN nº 01/97, mas completa e detalha quais as responsabilidades que a entidade responsável pelo programa, no caso, o Ministério da Saúde, transfere aos conveniados na ocorrência de paralisação das obras.

Dado o exposto, consideramos que a determinação não foi cumprida, razão pela qual propomos que seja:

a) reiterada ao Ministro da Saúde a determinação de que se inclua, nos termos dos convênios destinados a construções e reformas de hospitais, cláusula prevendo que, no caso dos recursos serem insuficientes para a conclusão do objeto, o beneficiário (Secretaria Estadual ou Prefeitura) se comprometa, mediante utilização de recursos próprios, a concluir a obra, sob pena de ressarcimento do prejuízo causado aos cofres federais;

b) esclarecido ao Fundo Nacional de Saúde que a determinação constante do item 8.1.23 da Decisão nº 576/93-P não vai de encontro ao disposto no inciso V do art. 7º da IN STN nº 01/97, mas completa e detalha quais as responsabilidades que a entidade responsável pelo programa, no caso, o Ministério da Saúde, transfere aos conveniados na ocorrência de paralisação das obras;

c) determinado à Ciset que informe, na próxima prestação de contas do Fundo Nacional de Saúde, se a determinação passou a ser cumprida.

II - Determinações dirigidas ao Inventariante do Inamps(subitem 8.2)

"8.2.1. conclusão dos processos encaminhados pelas Auditorias Regionais que se encontram pendentes de providências por parte do Instituto em extinção

8.2.2. cobrança das prestações de contas omissas e/ou atrasadas e, nos casos inadimplentes, adote as providências previstas na legislação pertinente

8.2.3. instauração de tomadas de contas especiais e inquéritos sugeridos pelos auditores regionais, que ainda não tenham sido efetivadas;"

Situação (itens 2 e 3 - fls. 202/203) - O inventariante do extinto Inamps, por meio de exposição de motivos apresentada a este Tribunal, já havia relatado a impossibilidade de dar cumprimento às determinações constantes da Decisão nº 576/93-P (fls. 32/36). Naquela oportunidade, entre outras providências, esta Corte determinou (Decisão nº 067/94 - Plenário), *in verbis*:

"encarecer ao Ministro da Saúde a adoção de medidas necessárias ao cumprimento dos itens 8.2, subitens 8.2.1 a 8.2.5, da Decisão nº 576/93-Plenário proferida no TC 005.650/93-3, que lhe fora encaminhada pelo Aviso nº 577/SS/TCU, de 22.12.93, visto que as competências do Inventariante foram subtraídas pelo Decreto nº 987/93."

O Fundo Nacional de Saúde - FNS informou que os trabalhos estão sendo feitos de acordo com a disponibilidade de pessoal de cada regional e da Coordenação de Prestação de Contas. Foi-nos, ainda, informado que o FNS, por intermédio da citada Coordenação, implantou um controle informatizado, para fins de acompanhamento, das prestações de contas de responsabilidade daquela unidade.

Diante do apresentado, solicitamos à Secretaria Executiva que nos informasse que providências vêm sendo tomadas no sentido de dar cumprimento à Decisão nº 067/94-TCU-Plenário.

Por meio do Despacho nº 399, de 28.05.97 (fls. 232/235), a Caudi descreveu as questões que ainda aguardam definição para que se conclua as solicitações do item 8.2 da citada Decisão. São elas:

definição formal se os recursos do SUS recebidos por Estados e Municípios constituem-se ou não em receita própria;

definição do instrumento formal a ser aplicado para normatizar o repasse de recursos do SUS na modalidade Fundo a Fundo;

reexame da PT/MS nº 1.475/94;

normatização do procedimento a ser adotado nos casos de desconto em processamento;

permissão ao SNA para que emita Certificado de Auditoria e de Dívida Ativa;

definição do destino dos valores impugnados referentes a glosas oriundas de irregularidades detectadas.

Análise - Considerando o que nos foi informado, concluímos que os processos encaminhados pelas Auditorias Regionais, pendentes de providências por parte do Inamps, bem como a cobrança das prestações de contas omissas ou atrasadas, ainda não foram totalmente efetuados por falta de pessoal e suporte legal para essa atividade. Assim, entendemos que as determinações constantes dos subitens 8.2.1 a 8.2.3 da Decisão nº 576/93-P e do item 8.2 da Decisão nº 067/94-P não foram cumpridas.

Dado o exposto, propomos que seja reiterada ao Ministro da Saúde a adoção de medidas necessárias ao cumprimento dos subitens 8.2.1 a 8.2.3 da Decisão nº 576/93-P e do item 8.2 da Decisão nº 067/94-P.

"8.2.4. regularização das ordens de recebimento (ORs) vencidas e pendentes de liquidação;" (vide subitem 8.3.2)

"8.2.5. remessa ao TCU das informações constantes do art. 8º da Lei nº 8.689/93."

Situação (item 5 - fl. 203) - O Fundo Nacional de Saúde - FNS informou que todas as OR objeto de parcelamento, remanescentes do ex-Inamps, estão sendo descontadas do faturamento do SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais) ou SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares/Sistema Único de Saúde) e contabilizadas como receita do FNS. As ORs provenientes de auditoria médica ou contábil estão sendo descontadas do faturamento do SIA ou SIH/SUS, desde que venham acompanhadas da devida autorização do sacado. Os saldos de convênios devidamente identificados são depositados na conta "C" do FNS e contabilizados.

Análise - O artigo 8º da Lei nº 8.689/93 determina, *in verbis*:

"art. 8º - Os créditos do Inamps junto aos agentes ou entidades integrantes do Sistema Único de Saúde, bem como aqueles decorrentes de transações financeiras ou comerciais, já apurados na data de publicação desta lei ou decorrentes da disposição contida no parágrafo anterior, serão creditados a favor do Fundo Nacional de Saúde e informados ao Tribunal de Contas da União, mediante relatórios mensais."

De acordo com a justificativa apresentada, entendemos que o Ministério da Saúde vem adotando providências para recuperar os valores referentes às ORs objeto de parcelamento, remanescentes do ex-Inamps, cabendo, somente, o acompanhamento da situação até que todas as parcelas pendentes de liquidação sejam pagas. Entretanto, a determinação em exame não vem sendo cumprida, pois os relatórios mensais a que se refere o artigo retrocitado não têm sido encaminhados a esta Corte.

Dado o exposto, propomos:

a) seja reiterado ao Ministro da Saúde que adote providências no sentido de que o disposto no art. 8º da Lei nº 8.689/93 seja cumprido;

b) seja determinado à Ciset/MS que acompanhe e informe, por ocasião da prestação de contas do Fundo Nacional de Saúde, a situação atualizada dos pagamentos das ORs pendentes.

III - Determinações dirigidas ao "órgão sucessor do Inamps" (subitem 8.3)

"8.3.1. reavalie a Resolução/Inamps nº 293 de 13.02.92 e/ou defina novos critérios para o parcelamento de dívidas, na fase administrativa da cobrança, proveniente da emissão de ordens de recebimento;"

Situação (item 6 - fls. 203/214) - O Fundo Nacional de Saúde - FNS (vide art. 8º da Lei nº 8.689/93 - vol. III - fl. 79) informou que, considerando as inúmeras solicitações de parcelamento de débito recebidas após a extinção do Inamps, foi submetida ao Ministro da Saúde uma minuta de Portaria (fls. 208/210) tratando do assunto. A Portaria não foi editada, pois a Consultoria Jurídica daquele Ministério emitiu parecer desfavorável à concessão de tal benefício (fls. 211/213). Alegou-se no parecer que o parcelamento previsto na Portaria não poderia ser concedido por aquele instrumento, já que não havia lei anterior que autorizasse o procedimento desejado pelo ato ministerial.

A Caudi argumentou que a concessão administrativa do parcelamento deveria ser regulamentada, pois no caso de recusa do ressarcimento integral e conseqüente instauração de TCE com imputação de débito, o Tribunal de Contas da União contempla a forma parcelada de pagamento.

Análise - Entendemos que a determinação contida no item 8.3.1 da Decisão nº 576/93 não foi cumprida pelo Ministério da Saúde, pois tendo detectado a necessidade de emissão de ato normativo que regulasse a matéria, o Ministério utilizou um instrumento inadequado para dispor sobre o assunto, no caso, a emissão de uma

portaria. Contudo, embora o parecer da Consultoria Jurídica tenha sido expedido em julho de 1995, não foram informados outros esforços no sentido de rediscutir critérios para o parcelamento de dívidas, na fase administrativa de cobrança, proveniente de emissão de ordens de recebimento, por meio do instrumento legal legítimo.

Dado o exposto, consideramos que a determinação não foi cumprida, razão pela qual propomos que seja reiterado ao Ministro da Saúde que, por meio do instrumento legal adequado, adote medidas no sentido de definir novos critérios para o parcelamento de dívidas, na fase administrativa da cobrança, proveniente da emissão de ordens de recebimento.

"8.3.2 - oriente o futuro órgão responsável pela auditoria regional para acompanhar os casos de parcelamento de ordens de recebimento - ORs;"

Situação (itens 4 e 6 - fls. 202 e 203/214) - O Fundo Nacional de Saúde - FNS informou que as Ordens de Recebimento - OR pendentes de liquidação, oriundas do ex-Inamps, e que foram objeto de parcelamento a longo prazo, com fundamento na Resolução nº 293 daquela Autarquia, estão sendo descontadas do faturamento apresentado pela entidade devedora. Apenas dois estados possuem saldo devedor, a saber:

Ceará

- Prefeitura Municipal de Capistrano - OR 42 e 43/94 - situação: faltam 2(duas) parcelas;

- Pronto Socorro dos Acidentados Ltda. - situação: falta 1 parcela.

Goiás

- PM de Aparecida de Goiânia - situação: faltam 24(vinte e quatro) parcelas;

- Hospital de Caridade São Pedro D'Alcântara - situação: falta 1(uma) parcela.

Análise - Entendemos que o Ministério da Saúde está tomando as providências necessárias ao cumprimento do item 8.2.4 da Decisão nº 576/93 cabendo, somente, o acompanhamento da situação até que todas as parcelas pendentes de liquidação sejam pagas. Quanto à determinação 8.3.2, não há o que ser orientado aos órgãos de auditoria regional, vez que não estão sendo concedidos novos parcelamentos e os existentes já estão sendo acompanhados pelo Fundo Nacional de Saúde.

Dado o exposto, propomos que seja determinado à Ciset/MS que acompanhe e informe, por ocasião da próxima prestação de contas do Fundo Nacional de Saúde, a situação atualizada dos pagamentos das citadas entidades dos estados do Ceará e de Goiás.

IV - Determinações à Ciset/MS

"8.4.1. proceda ao levantamento de todas as tomadas de contas especiais pendentes e encaminhe ao Tribunal de Contas da União nos termos do art. 9º da Lei nº 8.689/93;"

Situação (fl. 226) - A equipe de inspeção solicitou à Caudi e à Ciset informações sobre o andamento das TCEs instauradas contra o Hospital Maternidade de Santo Antônio do Tucuruvi e a Casa de Saúde e Maternidade Santana. A Coordenação Geral de Controle, Avaliação e Auditoria - Caudi informou que já diligenciou a finalização dos processos, os quais encontram-se em fase de conclusão no Escritório de Representação do Ministério da Saúde em São Paulo.

A Ciset informou que vem acompanhando o cumprimento das determinações contidas nos Ofícios nº 74 e 75/97-Secex 4, dirigidos ao Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Sr. Barjas Negri, concernentes às referidas TCEs. Acrescenta, no entanto, que já foram enviados à Secretaria Executiva os Ofícios nº 264 e 330/97 (fls. 226/227), sem resposta até o momento.

Análise - Entendemos que tanto a Secretaria Executiva quanto a Ciset vêm acompanhando o desfecho dos processos referidos acima.

Entretanto, sabendo da existência de outros processos pendentes nos Escritórios de Representação do Ministério da Saúde nos estados, relatados nas contas do Inamps, nos exercícios de 1990, 1991 e 1993, propomos seja determinado à Ciset que faça um levantamento de todas as TCEs pendentes nesses escritórios, informando o resultado ao TCU.

"8.4.2. efetue regularmente auditorias de rotina no Sistema Único de Saúde, até a implantação definitiva do Sistema Nacional de Auditoria(SNA), ante o que dispõe o inciso II, do art. 74 da Constituição Federal;"

O Sistema Nacional de Auditoria foi implantado, em 28.09.95, por intermédio do Decreto nº 1.651/95, razão pela qual a unidade técnica entende não mais ser necessária sua verificação.

V - Determinação ao Conselho Nacional de Seguridade Social - CNSS (subitem 8.5)

"8.5 Determinar ao Conselho Nacional de Seguridade Social que enuncie de forma clara o conceito de Seguridade Social, a fim de evitar a inclusão de despesas no seu orçamento que, não lhe sendo pertinentes, subtraiam recursos destinados às áreas da Previdência, Saúde e Assistência Social;"

Essa diligência foi efetuada por meio do Ofício nº 258/97 - 4º Secex, de 16.05.97 (fls. 100/101) e respondida pelo Ofício/MPAS/SS/SE/nº 20/97, de 27.05.97 (fls. 102/103), acompanhado do volume II destes autos.

O Secretário Executivo do Conselho Nacional de Seguridade Social - CNSS informa, no Ofício/MPAS/SS/SE/nº 20/97 (fls. 102/103), que "sempre atento às decisões dessa Egrégia Corte de Contas, o Conselho Nacional de Seguridade Social passou a adotar, também, a Decisão nº 746/96 desse TCU, nos termos consagrados às páginas 2 a 6, que tratam da conceituação de seguridade social, incorporando-a ao corpo do trabalho intitulado "Conselho Nacional de Seguridade Social", cuja cópia faço chegar às suas mãos, em anexo, e cujo texto, de clareza ímpar, vem servindo, também, de norteador das ações deste Conselho.

Em resumo, pode-se afirmar que o Conselho Nacional de Seguridade Social, como órgão da administração pública federal, atém-se estritamente ao que determinam as disposições legais, buscando cumprir com seu papel, aperfeiçoando sua atuação no que concerne às diretrizes gerais, à política de integração entre as áreas que o compõem e no acompanhamento da gestão do sistema de seguridade social, sendo que o conceito de seguridade social adotado restringe-se às disposições constitucionais e legais vigentes."

O trabalho intitulado "Conselho Nacional da Seguridade Social" constitui-se o volume II destes autos e contém informações sobre a Seguridade Social, extraídas da Decisão nº 746/96-Plenário (vol. II - fls. 03/06). Também constam informações sobre o Conselho Nacional de Seguridade Social - CNSS: competências (vol. II - fls. 08/09), composição (vol. II - fls. 10/12), organização (vol. II - fls. 12/13), funcionamento (vol. II - fls. 13/14) e atribuições (vol. II - fls. 14/15). O volume inclui, ainda, diversas resoluções e deliberações aprovadas pelo CNSS (vol. II - fls. 16/32). Passaremos a apresentar, de forma resumida, os itens abrangidos pelo trabalho em tela.

O conceito de Seguridade Social que a entidade apresentou é o adotado pela Organização Internacional do Trabalho - OIT, segundo a qual, seguridade social é a "proteção que a sociedade proporciona a seus membros, mediante uma série de medidas públicas, contra as privações econômicas sociais que de outra forma derivariam no desaparecimento ou em forte redução de sua subsistência como consequência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho ou enfermidade profissional, invalidez, velhice e morte, e, também, a proteção em forma de assistência médica e de ajuda às famílias com filhos".

Sendo assim, diz o trabalho que "o conceito de seguridade social e a sua possível abrangência move-se dentro de um contexto que pode ser traduzido como um sistema de cobertura das contingências sociais, destinado indistintamente a todos aqueles que, contribuintes ou não, se encontrem em estado de necessidade. Previdência Social, por outro lado, tem sentido mais restrito, consistindo em um sistema de cobertura dos efeitos das contingências, resultante de imposição legal, e lastreado, basicamente, na contribuição para o seu custeio."

Diante das informações apresentadas pelo Conselho Nacional de Seguridade Social, consideramos que a determinação constante do item 8.5 da Decisão nº 576/93-Plenário foi cumprida, tendo em vista, inclusive, que a entidade passou a adotar, como conceito de Seguridade Social, o disposto na Decisão nº 746/96-Plenário do Tribunal de Contas da União.

VI - Determinações ao Secretários Estaduais de Saúde (subitem 8.6)

"8.6.1. adotem medidas visando a estruturação do Sistema Nacional de Auditoria de forma descentralizada, mas também integrada;"

De acordo com o relatado pelas equipes estaduais, a estruturação do Sistema Nacional de Auditoria em nível estadual ainda está longe de ser uma realidade. Quanto ao nível municipal, o SNA é praticamente inexistente.

Apenas oito Secex consideraram que o SNA em seu estado está estruturado, sendo que, mesmo assim, sua atuação ainda deixa a desejar. Em alguns estados, a auditoria trabalha apenas na apuração de denúncias; em outros locais, o Sistema de Informações Ambulatoriais não é auditado.

As principais dificuldades apresentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde para que esse estruturação ainda não esteja concluída são:

falta de articulação entre os três níveis de auditoria (federal, estadual e municipal);

pouco entrosamento entre o Sistema de Auditoria dos Estados e os Escritórios de Representação do Ministério da Saúde;

falta de definição da atuação da instância federal do SNA no estado;

falta de apoio do nível federal;

carência de recursos humanos e materiais;

falta de treinamento;

valor irrisório das diárias pagas aos auditores;

falta de regulamentação do Plano de Cargos e Salários do Sistema de Auditoria;

deficiências na área de informática;

municipalização incipiente.

Diante dessa situação, consideramos pertinente reiterar a determinação 8.6.1 aos estados que ainda não têm o SNA estruturado, bem como solicitar aos órgãos competentes que adotem providências no sentido de solucionar os fatores que impedem a estruturação daquele sistema.

Também entendemos necessário propor determinação no sentido de que seja regulamentada a carreira de auditor na área de saúde.

"8.6.2 adotem critérios claros para a distribuição dos recursos para as ações e serviços assistenciais, tanto para o atendimento ambulatorial, quanto para internações hospitalares, com publicação dos valores e divulgação à população;"

A maioria dos estados (dezenove) possui critérios para a distribuição dos recursos para as ações e serviços assistenciais. Porém, nem sempre esses critérios são claros e adequados. Os mais usados pelos estados são: população, capacidade instalada do município, série histórica de produção, complexidade dos serviços disponibilizados, perfil epidemiológico, incentivo para ações de promoção e prevenção à saúde (por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde), orientações do Ministério da Saúde contidas na Portaria/SAS/MS nº 15/95.

Consideramos pertinente propor, também com o intuito de uniformizar os procedimentos adotados, que se regulamentem os critérios que serão utilizados na distribuição dos recursos para as ações e serviços assistenciais, lançando mão, inclusive, das disposições contidas na NOB 01/96 e no art. 35 da Lei nº 8.080/90.

Quanto à publicação dos valores e divulgação à população, são feitas por apenas sete estados. Os meios mais utilizados são: publicação no Diário do Estado, publicação de boletim informativo, rede BBS e Internet.

Em doze estados essa determinação foi considerada parcialmente cumprida porque havia critérios de distribuição, mas não havia divulgação nem publicação deles.

Os estados argumentam que não fazem essa divulgação por limitações financeiras. Concordamos que, em virtude das dificuldades monetárias por que passam a maioria das Secretarias Estaduais de Saúde, torna-se difícil despendar grande soma de recursos com a divulgação desses valores. Entretanto, consideramos que é possível divulgar, apenas, que os valores utilizados encontram-se à disposição da população nas Secretarias Estaduais e manter, nessas entidades, os dados franqueados a quem quiser verificá-los.

Outra alternativa de divulgação, que deve ser utilizada, porque está prevista na legislação, são as ações descritas no art. 9º do Decreto nº 1.651/95.

"8.6.3. adotem providências com vistas a coibir as irregularidades apontadas pelas Inspetorias-Regionais nos relatórios parciais já emitidos;"

As principais irregularidades apontadas foram: cobranças indevidas, TCE e OR pendentes, irregularidades na celebração de convênios, impedimento do trabalho de auditoria, sonegação de leitos, falta de auditoria ambulatorial.

A maioria das Secretarias Estaduais cumpriu a determinação, adotando as seguintes providências: apoio à consolidação dos Conselhos Municipais e estímulo à maior participação da sociedade; incremento de auditorias *in loco*; valorização dos recursos humanos, por meio de treinamentos; fortalecimento das atividades de controle; incentivo à implantação dos sistemas municipais de controle, avaliação e auditoria; responsabilidade dos secretários municipais pela vistoria e assinatura dos Boletins de Produção Ambulatorial; verificação das AIH; relação nominal dos pacientes atendidos no SIA, para evitar duplicidade de cobrança em caso de possíveis internações; testes de consistência e inclusão de críticas no SIA e SIH; descredenciamento de unidades; revisão de laudos médicos; instauração de TCE.

"8.6.4. Determinar aos Secretários Estaduais de Saúde que adotem medidas com vistas ao cadastramento das unidades hospitalares e ambulatoriais verificando a real posição da capacidade instalada, número de leitos, número de profissionais e dos Sistemas Integrados de Procedimentos de Alta Complexidade - Sipac credenciados;"

Essa determinação teve alto grau de cumprimento. Catorze estados já realizaram o cadastramento e oito estados estão com os trabalhos em andamento, alguns já em fase de conclusão. Além disso, as secretarias mantêm um cadastramento dinâmico, verificando as condições das unidades e alterando os respectivos cadastros, se houver discrepância.

Deve-se ressaltar que, em diversos estados, a vistoria e a responsabilidade pelas informações é do gestor municipal, por impossibilidade de ser realizada verificação *in loco* pela Secretaria Estadual de Saúde.

Outra restrição é que, em alguns casos, as auditorias *in loco* são feitas após o cadastramento da unidade.

Diante dos fatos, consideramos pertinente reiterar a determinação em análise aos estados que ainda não a cumpriram.

Vale a pena comentar a observação da equipe de inspeção do Rio Grande do Sul, registrando que a quase totalidade dos prestadores está sem cobertura contratual, caracterizando infração ao art. 60, parágrafo único da Lei nº 8.666/93, que estabelece a nulidade de contratos verbais com a administração pública. Propomos determinação para que essa situação seja corrigida.

"8.6.5. adotem providências junto aos órgãos gestores do sistema (estaduais e municipais) a fim de divulgar os serviços médicos e hospitalares colocados à disposição da população através do SUS, evitando, dessa forma, que hospitais e profissionais de saúde cobrem taxas extras por serviços custeados pelo SUS;"

De acordo com as análises feitas pelas equipes de inspeção das Secex regionais, onze estados vêm divulgando os serviços médicos e hospitalares colocados à disposição da população por meio do SUS. Os meios de divulgação utilizados são os seguintes: televisão, rádio, jornais, *outdoors*, *folders*, cartazes, cartilhas, periódicos, Internet, Programas de Agentes Comunitários, Disque Saúde, Disque SUS.

A Portaria nº 1.286/MS, de 26.10.93, dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços entre o estado, o Distrito Federal e o Município e pessoas naturais e pessoas jurídicas de direito privado de fins lucrativos, sem fins lucrativos ou filantrópicas participantes, complementarmente, do Sistema Único de Saúde. A cláusula sexta, contida nessa Portaria, em seu inciso IV, prevê que o contratado se obriga a "afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição". Entendemos que deve ser feita determinação às SES no sentido de que essa cláusula seja cumprida.

Depreende-se do relatório de inspeção da Secex de Pernambuco que há um trabalho de divulgação eficaz naquele estado. Sugerimos que a metodologia usada pela Secretaria Estadual de Pernambuco seja difundida entre as SES dos outros estados, para que elas possam aproveitar o bem sucedido trabalho de divulgação.

Em diversos estados há notícias de cobrança pelos serviços prestados aos pacientes, nas unidades de saúde. Consideramos que se deve propor reiteração da determinação 8.6.5, para esses estados.

VII - Determinações aos Conselhos Estaduais de Saúde (subitem 8.7)

"8.7.1. elaborem planos diretores de saúde estaduais, com distritalização e regionalização dos serviços de saúde, com vistas a evitar superposições e à busca de melhor cobertura assistencial, maior eficiência e racionalidade;"

De acordo com os relatórios de inspeção analisados, catorze estados já elaboraram o Plano Diretor de Saúde. Oito estados não cumpriram a determinação. Os cinco restantes estão com seus Planos Diretores inacabados, ou apresentaram outro tipo de documento (Plano Plurianual, Plano de Metas do Governo), que, segundo as equipes de inspeção, não correspondem ao documento solicitado.

O § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142/90 dispõe, *in verbis*:

"O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo."

Diante dos fatos apresentados, propomos que seja determinado às Secretarias Estaduais de Saúde que elaborem o Plano Diretor de Saúde do Estado e aos Conselhos Estaduais de Saúde que atuem na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, de acordo com o estabelecido no § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142/90.

"8.7.2. adotem providências com vistas a mudar a forma de pagamento dos birôs de informática, de modo a desincentivar as fraudes na manipulação das AIH;"

Dos vinte e sete estados inspecionados, onze já não têm suas AIH processadas por meio de *bureau* de informática. Esse serviço é executado pelos funcionários da Secretaria Estadual. Entretanto, ainda há nove estados que continuam se utilizando desse tipo de prestação de serviços, sem que os Conselhos Estaduais tenham adotado providências no sentido de mudar a forma de pagamento a esses *bureau*.

A nosso ver, a grande desvantagem desse procedimento é a remuneração das empresas de informática ser vinculada à quantidade de AIH processadas, facilitando a existência de fraudes. Entretanto, não há como regular os contratos efetuados entre os prestadores privados e aquelas empresas, pois trata-se de ajuste feito entre particulares.

De acordo com o relatório da equipe de inspeção, um funcionário da Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul afirmou que "não há necessidade de os prestadores utilizarem-se dos serviços dessas empresas de informática, para gravar suas informações às AIH utilizadas durante o mês. Ele afirma que todos os prestadores que o procuraram foram instruídos de como gravar tais informações o que, segundo ele, não requer qualquer conhecimento prévio de informática. Ele, portanto, atribui a existência dessas empresas ao desconhecimento por parte dos prestadores sobre a facilidade na gravação das informações hospitalares em meio magnético."

Considerando a afirmação citada e o fato de que diversos estados já processam suas AIH, entendemos pertinente propor as seguintes determinações:

a) às Secretarias Estaduais que realizem treinamento dirigido aos técnicos que executam o serviço de faturamento nos prestadores privados, para que eles efetuem seus próprios processamentos;

b) aos Conselhos e Secretarias Estaduais de Saúde em conjunto, para que regulamentem, no âmbito das entidades e prestadores públicos, a contratação dos serviços de *bureau*, assegurando a desvinculação entre a forma de pagamento e a quantidade processada de AIH.

"8.8. Determinar às IRCEs que procedam à realização de inspeções com vistas a avaliar, junto ao órgão sucessor da Auditoria Regional do Inamps, e/ou *in loco*, a regularidade na aplicação de recursos repassados por força das Emendas Parlamentares e dos convênios celebrados com as Secretarias Estaduais de Saúde, no exercício de 1992;"

Apenas seis estados se enquadravam nessa determinação, sendo que quatro já a cumpriram e os outros dois estão adotando as providências necessárias no sentido de cumpri-la. Sendo assim, entendemos que não restam mais pendências com relação a esse item.

VIII - Outras providências (subitem 8.9)

Finalmente, a 4ª Secex informa que as determinações dos item 8.9.1 a 8.9.4, referentes a providências administrativas ou relacionadas com a tramitação de processos, já foram cumpridas à época.

IX - Outras constatações

A Unidade Técnica da conta das seguintes constatações, observadas durante os trabalhos de verificação do cumprimento das determinações da Decisão nº 576/

93, que tratam de assuntos diversos daqueles referidos no objetivo deste trabalho, propondo determinações aos órgãos competentes para que as mesmas sejam sanadas:

diversos Conselhos Estaduais são pouco atuantes, sem independência, não funcionando de modo efetivo;

não inclusão, na composição do Conselho Estadual de Saúde, de representante do Governo Federal, contrariando recomendação do Conselho Nacional de Saúde, feita por meio da Resolução nº 33/92;

em inúmeros relatórios de inspeção foi observado que há falta de articulação entre os três níveis de auditoria: federal, estadual e municipal;

não existe Plano de Cargos e Salários para os auditores na área de saúde;

há falta de harmonia entre os trabalhos do SNA nos estados e os dos escritórios de representação estaduais do Ministério da Saúde;

a equipe de inspeção da Secex do Acre registrou que os recursos federais são movimentados em diversas contas específicas, vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde, e não por intermédio do Fundo Nacional de Saúde;

foi relatado o descumprimento das disposições do art. 12 da Lei nº 8.689/93 e art.9º do Decreto nº 1.651/95;

algumas Secretarias Estaduais de Saúde celebram convênios de prestação de serviços médicos e hospitalares antes de visitar a unidade que está sendo credenciada;

foi constatada a existência de contratos irregulares, infringindo o art. 60, parágrafo único da Lei nº 8.666/93;

divulgação deficiente das funções das Comissões Intergestores Bipartite, no que se refere à defesa dos interesses da comunidade;

o subitem 11.1.6 da NOB 01/96, necessário à elaboração das Programações Pactuadas Integradas, ainda não foi regulamentado pelo Ministério da Saúde.

X - Conclusão

Segundo a 4ª Secex os “trabalhos executados pelas diversas Secretarias de Controle Externo desse Tribunal permitiram uma visão geral do grau de implantação do Sistema Único de Saúde e do Sistema Nacional de Auditoria nos estados, bem como do cumprimento das determinações 8.6.1 a 8.6.5, 8.7.1 e 8.7.2 estabelecidas pela Decisão nº 576/93.

Foi possível verificar que tem havido avanços, apesar de algumas dificuldades, tais como: carência de recursos humanos e materiais, municipalização

incipiente, falta de regulamentação da NOB 01/96, reestruturação do Ministério da Saúde ainda pendente, entre outras.

Concluímos que houve alguns progressos no cumprimento dos itens estaduais da Decisão nº 1 576/93, a saber:

boa parte dos estados adotou providências no sentido de coibir as irregularidades apontadas no item 7.2.5.4 do relatório que originou essa Decisão;

o recadastramento das unidades ambulatoriais e hospitalares está em andamento;

existe a preocupação, por parte de alguns estados, em divulgar os serviços médicos e hospitalares colocados à disposição da população pelo SUS, enfatizando sua gratuidade;

muitos Conselhos Estaduais elaboraram Planos Diretores de Saúde;

a maioria dos estados já não trabalha mais com bureau de informática, processando as AIH na própria Secretaria Estadual de Saúde.

Entretanto, os relatórios de inspeção elaborados pelas Secex dos estados demonstraram que ainda restam descumpridos alguns itens da Decisão nº 576/93, além de outras ocorrências relativas à correta implantação do SUS."

Diante das conclusões apresentadas pelas equipes de inspeção, a 4ª Secex após agrupar as propostas semelhantes e adaptar alguns itens, com vistas a elaborar determinações globais, dirigidas aos Secretários ou Conselhos Estaduais de Saúde e propostas específicas para as ocorrências particulares apresenta as determinações de fls. à do presente processo.

É o Relatório.

VOTO

Após analisar detidamente o desdobramento de todas as determinações constantes da Decisão nº 576/93, observo que algumas foram cumpridas e outras estão em processo de implementação. Entretanto, devido à própria complexidade do Sistema Único de Saúde, remanescem muitas questões que estão ainda a merecer novas determinações e recomendações que são abordadas no presente trabalho.

Talvez o ponto mais importante, sob a ótica do controle externo, seja a constatação da premente necessidade de uma maior atenção ao processo de estruturação do Sistema Nacional de Auditoria- SNA, uma vez que se o mesmo ainda está longe de ser uma realidade em nível estadual, em nível municipal ele é praticamente inexistente.

As Secretarias Estaduais se defrontam com diversos problemas tais como a falta de definição de atuação, articulação e entrosamento entre os três níveis de auditoria, falta de apoio do nível federal, carência de recursos humanos e materiais,

falta de treinamento, valor das diárias pagas aos auditores, deficiências na área de informática e municipalização insuficiente.

Isto é absolutamente preocupante se considerarmos que um dos pilares em que se sustenta o SUS é o da municipalização dos serviços e que o controle social tem o seu território de ação e os seus limites bem definidos e, por vezes, limitados, dependendo, em alguns casos do instrumental técnico de um sistema de auditoria confiável.

Recentemente, por intermédio do Decreto nº 2.477, de 28 de janeiro de 1998 (DOU 29.01.1998), que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde, foram delegadas as competências do SNA ao Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria subordinado à Secretaria-Executiva, ficando os trabalhos de auditoria nos estados à cargo das Gerências Estaduais do Ministério, substitutas dos Escritórios de Representação. Todavia o referido decreto ainda é insuficiente para a completa estruturação do Sistema e o provimento de recursos materiais e humanos necessários ao desempenho de suas funções.

Assim, a despeito das determinações e recomendações contidas no presente processo, entendo que a questão deva continuar a ser abordada no diagnóstico da saúde no país que ora se realiza no âmbito deste Tribunal.

O que mais impressiona na área de saúde é o dinamismo com que a legislação correlata é mutável, transformando progressiva e ininterruptamente o sistema e as relações entre os diferentes atores que o compõem.

Destaco o Piso de Atenção Básica - PAB, que à época de realização do presente trabalho não havia sido implementado e a própria reestruturação do Ministério da Saúde já citada, exemplos perfeitamente ilustrativos do ritmo das mudanças.

À propósito do tema "critérios de repasse de recursos", também abordado no corpo do relatório e alvo de determinação proposta pela Unidade Técnica, foi publicada a Portaria nº 2.094, de 26 de fevereiro de 1998, DOU de 04.03.1998, que dispõe sobre a emissão do Cartão do Sistema Único de Saúde Municipal - Cartão SUS - objetivando, uma vez implementado o Piso de Atenção Básica, garantir recursos aos municípios por critério populacional, identificando os municípios em que efetivamente são prestados os serviços de saúde, uma vez que contém o endereço onde o usuário do SUS efetivamente reside.

Apesar da edição do normativo em questão, ainda há um longo caminho a percorrer na eliminação de todas as distorções na distribuição de recursos, pois falta, por exemplo, regulamentar a forma de compensação dos recursos entre estados e municípios.

Com efeito, matéria jornalística publicada no Correio Brasiliense de 12 de março de 1998 noticiou a criação de uma Câmara de Compensação entre os governos dos estados do Pará, Tocantins, Piauí e Maranhão, exatamente para o ressarcimento dessas despesas. Nesse contexto, o Ministério deve fomentar a regulamentação da compensação ou mesmo regulamentá-la, razão pela qual considero acertada a inclusão da determinação proposta.

Outra questão que não pode ser relevada é o número de determinações e recomendações do presente trabalho e a forma de ser efetuado o seu acompanhamento.

Vejam, quando foi proferida, a Decisão nº 576/93 continha 49 determinações, ao passo que a presente decisão contém 89 determinações e 37 recomendações a serem monitoradas.

Considerando os diversos trabalhos levados a cabo pela 4ª Secretaria e que todas as Secretarias Regionais realizam fiscalizações e auditorias relacionadas diretamente à área de saúde, sem contar as tomadas e prestações de contas, pode-se ter um pálida idéia da tarefa complexa de acompanhamento de todas as falhas, impropriedades, irregularidades e determinações correspondentes já exaradas nos diferentes processos.

Entendo que tal tarefa deva contar com uma adequada ferramenta computacional para sua execução, não só em razão do número de determinações, mas porque a adoção de tal mecanismo propiciará inúmeras vantagens tais como: possibilidade de obtenção automática de relatórios delineando a situação da saúde no país sob a ótica dos trabalhos desta Corte de Contas, rápida disponibilização de informações ao Congresso Nacional, Poder Judiciário e Ministério Público, uniformização de conhecimento e linguagem nas propostas das diferentes Secex, etc.

Uma outra necessidade relativa aos trabalhos deste Tribunal na área de saúde, evidenciada pelo ritmo de evolução da legislação já comentado anteriormente, é que seja desenvolvido um banco de dados para o acompanhamento *pari passu* da legislação do setor.

As vantagens da implementação desse sistema de armazenamento, disponível também em rede para as Secex regionais, são igualmente enormes, levando-se em conta a necessidade permanente de atualização e a complexidade do arcabouço da referida legislação.

Note-se bem que as duas proposições são independentes, porém complementares, considerando-se que existe a possibilidade de uma determinação, perfeitamente adequada aos normativos em vigor, tornar-se, no futuro, inexecutável à luz de legislação superveniente.

Por último, registro minha convicção de que este trabalho é mais uma contribuição relevante desta Corte de Contas na busca da melhoria da saúde pública no país, servindo, inclusive, como elemento de informação para a equipe que, em atendimento a determinação plenária, está realizando, sob a coordenação da Secex, Saudi e 4ª Secex, o mais completo diagnóstico sobre a saúde no Brasil.

Diante do exposto, Voto por que o Tribunal adote a decisão que ora submeto à consideração deste Egrégio Plenário.

DECISÃO Nº 132/98 - TCU - PLENÁRIO¹

1. Processo: TC-001.381/97-0
2. Classe de Assunto: VII - Acompanhamento
3. Interessado: Tribunal de Contas da União
4. Entidades: Fundo Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Conselhos Estaduais de Saúde
5. Relator: Ministro Humberto Guimarães Souto
6. Representante do Ministério Público: não atuou
7. Unidade Técnica: 4ª Secex e demais Secex regionais
8. Decisão: O Tribunal Pleno, diante das razões expostas pelo Relator, DECIDE:
 - 8.1. determinar ao Ministro de Estado da Saúde que, mediante a adoção das medidas cabíveis junto às unidades componentes de sua Pasta:
 - 8.1.1. regulamente o subitem 11.1.6 da NOB 01/96, necessário à elaboração das programações pactuadas e integradas;
 - 8.1.2. regulamente o sistema de repasse de verbas de modo a implementar mecanismos de compensação a municípios identificados como centros de referência pelo atendimento a pacientes residentes em outras localidades;
 - 8.1.3. adote providências para a implantação, no Sistema de Informações Ambulatoriais(SIA), do detalhamento de dados sobre os pacientes e da reformulação do sistema de pagamento, com vistas à coibir irregularidades;
 - 8.1.4. adote providências com vistas ao término do recadastramento das unidades hospitalares, verificando a real posição da capacidade instalada, número de leitos, número de profissionais e o credenciamento nos Sistemas Integrados de Procedimentos de Alta Complexidade - Sipac;
 - 8.1.5. adote providências com a finalidade de estabelecer normativamente a obrigatoriedade de Estados e Municípios informarem ao Ministério a existência de ocupantes de cargos ou de chefia ou de função de confiança na estrutura do SUS, e que, em desacordo com a lei, sejam proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados;
 - 8.1.6. adicione às críticas já existentes no sistema de informações de internações hospitalares, mecanismo que impeça a reemissão de AIH glosada com substituição do código de processamento;
 - 8.1.7. proceda à regulamentação dos critérios para o parcelamento de dívidas, no âmbito do SUS, na fase administrativa da cobrança, provenientes da emissão de ordens de recebimento;
 - 8.1.8. adote medidas com vistas à obtenção dos dados constantes dos critérios definidos no art. 35 da Lei nº 8.080/90, para o estabelecimento dos valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios;
 - 8.1.8. proceda a realização de estudos objetivando:

1. Publicada no DOU de 07.04.98, Seção 1, p. 77.

8.1.8.1. aprimorar o sistema de remuneração por serviços produzidos aos prestadores privados contratados e credenciados, tornando-o menos vulnerável a fraudes;

8.1.8.2. reformular os mecanismos de financiamento do SUS, e proceder à definição de padrões de apuração dos custos da assistência médica a fim de fundamentar nesses custos os valores das tabelas de procedimentos;

8.1.8.3. possibilitar o cumprimento do art. 27 da Lei nº 8.080/90, que estabelece como um dos objetivos da política de recursos humanos na área de saúde a valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS;

8.1.8.4. viabilizar o efetivo encaminhamento pelas Secretarias de Estado da Saúde das ocorrências de fraudes comprovadas em procedimentos do SIH e SIA aos Tribunais de Ética Médica dos Conselhos Regionais de Medicina, como forma de imprimir um maior comprometimento do corpo clínico credenciado ao SUS;

8.1.8.5. verificar a possibilidade de implantação de rotinas de consistência no Sistema Datasus, objetivando a rejeição de registros com CGC duplicado e pagamentos de exames laboratoriais a pessoas físicas, de forma a evitar ações fraudulentas, via Sistema;

8.1.8.6. redefinir as competências do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, nas três esferas, de maneira clara, possibilitando o exercício das atividades de forma descentralizada e integrada, com divisão de responsabilidades entre os níveis de gestão;

8.1.8.7. harmonizar os trabalhos dos Escritórios de Representação do Ministério da Saúde nos estados e do SNA estadual;

8.1.8.8. avaliar os montantes repassados pelo SUS a Estados e Municípios, já considerando a sistemática do PAB, à luz dos critérios de repasse de recursos estabelecidos na NOB 01/96 e no art. 35 da Lei nº 8.080/90;

8.1.8.9. verificar a necessidade de uma Câmara Setorial para o acompanhamento e controle da política de insumos para saúde (medicamentos, órteses, próteses, oxigênio, equipamentos, etc.), integrada por membros do governo, produtores, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários;

8.1.9. informe a este Tribunal o resultado dos estudos retro no prazo de 120 dias;

8.2. recomendar ao Ministro de Estado da Saúde que:

8.2.1 instrua os Secretários Estaduais de Saúde no sentido de dar cumprimento ao § 1º do art. 199 da Constituição Federal e aos artigos 24 e 25 da Lei nº 8.080/90;

8.2.2. incentive as Secretarias de Saúde dos estados a assumirem, sem intermediação, o processamento do pagamento às unidades prestadoras ambulatoriais e hospitalares, mediante cooperação técnica e financeira, nos termos do inciso XIII do art. 16 da Lei nº 8.080/90;

8.2.3. incentive as Secretarias de Saúde dos estados a implantarem Centrais de Leitos e Consultas, mediante cooperação técnica e financeira, nos termos do inciso XIII do art. 16 da Lei nº 8.080/90;

8.2.4. adote providências no sentido de dotar o SNA, no nível federal, de recursos materiais e humanos necessários ao desempenho de suas funções;

8.2.5. adote providências com vistas à elaboração de um Plano de Cargos e Salários para os auditores da área de saúde;

8.3. determinar à Ciset/MS que:

8.3.1. informe na próxima prestação de contas do Fundo Nacional de Saúde:

8.3.1.1. se já foi feita a interligação do Datasus ao Siafi, com vistas ao registro das transferências de recursos do SUS a estados e municípios;

8.3.1.2. a situação dos processos de prestação de contas da implantação do SIA nos estados do Paraná (Convênio nº 35/92), Paraíba (Convênio nº 24/92), São Paulo (Convênio nº 55/92) e Rondônia (Convênio nº 33/92);

8.3.1.3. a situação atualizada dos pagamentos de todas as ORs pendentes, inclusive as das seguintes entidades:

- Prefeitura Municipal de Capistrano (CE);

- Pronto Socorro dos Acidentados Ltda (CE);

- PM de Aparecida de Goiânia (GO);

- Hospital de Caridade São Pedro D'Alcântara (GO);

8.3.2. faça um levantamento de todas as tomadas de contas especiais pendentes nas Gerências Estaduais do Ministério da Saúde, informando o resultado a este Tribunal 90 (noventa) dias após a ciência desta Decisão;

8.4. comunicar ao Fundo Nacional de Saúde e à Ciset/MS, visando à adoção de providências cabíveis, que a prestação de contas do Convênio nº 039/91, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul e a Prefeitura Municipal de Camapuã - MS, objetivando a reforma e ampliação do Hospital Filantrópico Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Camapuã, cuja fonte de recursos é o Convênio SUS/MS/Inamps nº 001/91 - 10º Termo Aditivo, celebrado com a referida Secretaria para a consolidação da implantação do Sistema Único de Saúde no Estado, foi desaprovada e o processo respectivo tramita no Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul sob o nº TC-MS 014049/94;

8.5. determinar ao responsável pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do Ministério da Saúde que:

8.5.1. realize auditoria nas entidades prestadoras: Centro Médico Ubajara - Ubajara, Hospital Ignez Andrezza - Aurora, Hospital Santa Tereza - Crato, Hospital Regional - Iguatu e Pronto Socorro dos Acidentados - Fortaleza, com vistas à apuração de eventuais desvios em suas obrigações contratuais para com o Sistema Único de Saúde, informando a este Tribunal o resultado dos trabalhos no prazo de 90 dias;

8.5.2. acompanhe a efetiva implantação dos Conselhos Municipais de Saúde, enviando relatórios semestrais a este Tribunal;

8.6. determinar aos Secretários Estaduais de Saúde que:

8.6.1. dêem efetivo cumprimento ao § 1º do art. 199 da Constituição Federal e aos artigos 24 e 25 da Lei nº 8.080/90;

8.6.2. adotem providências no sentido de solucionar os fatores que impedem a estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, de

forma autônoma, dotando-o dos meios necessários para a efetiva realização de suas atividades, definindo a situação dos servidores do órgão que comporá o SNA em nível local, quanto a atribuições e requisitos necessários para o cargo, conforme disposto na Lei nº 8.689/93 e no Decreto nº 1.651/95;

8.6.3. regulamentem os critérios que deverão ser observados na distribuição dos recursos para as ações e serviços assistenciais, utilizando, inclusive, as disposições contidas no art. 35 da Lei nº 8.080/90 e na NOB 01/96;

8.6.4. cumpram o disposto no art. 12 da Lei nº 8.689/93 e no art. 9º do Decreto nº 1.651/95, apresentando, trimestralmente, ao conselho estadual de saúde correspondente, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada;

8.6.5. façam cumprir a cláusula sexta, inciso IV, definida na Portaria nº 1.286/MS, de 26.10.93, e contida nos Termos de Contrato, que obriga o prestador de serviço a "afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição";

8.6.6. celebrem convênios e contratos de prestação de serviços médicos e hospitalares somente após verificação *in loco* da unidade que está sendo credenciada;

8.6.7. na contratação de unidades privadas prestadoras de serviços ao SUS, formalizem o devido termo de contrato, cumprindo o disposto no art. 60, parágrafo único da Lei nº 8.666/93, o qual determina que "é nulo e de nenhum efeito o contrato verbal com a Administração, salvo o de pequenas compras de pronto pagamento";

8.7. recomendar aos Secretários Estaduais de Saúde que:

8.7.1. disponibilizem à população as informações referentes aos tetos financeiros dos municípios e os critérios de distribuição dos recursos para as ações e serviços assistenciais, tanto para o atendimento ambulatorial quanto para as internações hospitalares, tornando mais transparente o processo de distribuição desses recursos, bem como contribuindo para a orientação da população na procura de unidades credenciadas com maior disponibilidade de recursos e capacidade instalada para o seu atendimento;

8.7.2. divulguem que as informações referentes aos critérios de distribuição dos recursos acima referidos estão franqueadas à população;

8.7.3. adotem providências no sentido de incentivar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, de forma atuante, independente e efetiva;

8.7.4. adotem providências no sentido de possibilitar que os próprios servidores estaduais executem os processamentos de AIHS;

8.7.5. realizem uma divulgação eficaz das funções das Comissões Intergestores Bipartite, no que se refere à defesa dos interesses da comunidade;

8.7.6. disponibilizem as tabelas de preços e procedimentos pagos às unidades hospitalares e aos profissionais de saúde, divulgando que tais tabelas se encontram à disposição da população para consulta;

8.8. determinar aos Conselhos Estaduais de Saúde que incluam, em sua composição, representante do Governo Federal, de acordo com o estabelecido na Resolução nº 33/92, do Conselho Nacional de Saúde;

8.9. determinar aos Conselhos e Secretarias Estaduais de Saúde, em conjunto, que regulamentem, no âmbito das entidades e prestadores públicos, a contratação dos serviços de *bureau* de informática, assegurando a desvinculação entre a forma de pagamento e a quantidade processada de AIH e procedimentos do SAI;

8.10. determinar ao Secretário Estadual de Saúde do Acre que:

8.10.1. efetue o recadastramento das unidades hospitalares e ambulatoriais, realizando as correspondentes vistorias *in loco*;

8.10.2. viabilize o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, providenciando o espaço físico e o apoio técnico necessário para que o Conselho possa cumprir sua função institucional, nos termos do § 2º, art. 1º da Lei nº 8.142/90;

8.10.3. elabore Plano Diretor de Saúde Estadual, em conjunto com o Conselho Estadual de Saúde, visando a obtenção de maior eficácia na aplicação dos recursos, em cumprimento ao *caput* e § 1º do art. 36 da Lei nº 8.080/90 e ao subitem 8.7.1 da Decisão nº 576/93;

8.10.4. compatibilize a operacionalização dos recursos do SUS em conta especial do Fundo Estadual de Saúde, conforme prescrito pelo art. 33 da Lei nº 8.080/90;

8.11. recomendar ao Governador do Acre que reavalie os percentuais orçamentários que o Estado tem disponibilizado para o financiamento de suas ações de saúde, tendo em vista a contínua diminuição desses recursos, ao longo dos anos de 1994 (3,92%), 1995 (2,18%), 1996 (1,18%) e 1997 (0,80%), uma vez que, em 1991, tal montante atingiu 5,66%;

8.12. determinar ao Secretário Estadual de Saúde do Amapá que:

8.12.1. adote providências no sentido de que seja realizado treinamento dos servidores que atuarão no Sistema de Auditoria do Estado;

8.12.2. efetue o recadastramento das unidades hospitalares e ambulatoriais, realizando a correspondente vistoria *in loco*, verificando a real capacidade instalada, número de leitos, número de profissionais e situação dos Sistemas Integrados de Procedimentos de Alta Complexidade;

8.12.3. providencie a retomada, com a máxima brevidade, do funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, conforme dispõe o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142/90, com as atribuições que lhe são inerentes;

8.12.4. oriente as unidades de saúde, no que diz respeito aos serviços do SUS, sobre a utilização dos parâmetros de produção, médica e odontológica, fixados pela Portaria/MPAS nº 3.046/82;

8.12.5. elabore Plano Diretor de Saúde Estadual, em conjunto com o Conselho Estadual de Saúde, visando a obtenção de maior eficácia na aplicação dos recursos, em cumprimento ao *caput* e § 1º do art. 36 da Lei nº 8.080/90;

8.13. recomendar ao Secretário Estadual de Saúde do Amapá que promova campanha de divulgação dos serviços médicos e hospitalares à disposição da população pelo SUS, enfatizando seu caráter gratuito;

8.14. determinar ao Superintendente de Saúde do Amazonas que:

8.14.1. envie esforços no sentido de alocar maior contingente de recursos humanos ao Núcleo de Auditoria da Coordenadoria de Avaliação e Controle, visando a aumentar o nível das atividades de fiscalização e controle, de forma a exercer um acompanhamento satisfatório e abrangente das unidades de saúde localizadas nos Municípios e na Capital;

8.14.2. elabore instrumentos administrativos que viabilizem a apuração de responsabilidades de agentes envolvidos na prática de atos que desvirtuem os objetivos do Sistema;

8.14.3. aprimore os procedimentos de análise de prestação de contas das unidades de saúde, evitando a mera operação aritmética da soma de valores dos documentos comprobatórios de pagamento, procurando privilegiar o exame do objetivo e avaliação da natureza da despesa expressa nas notas fiscais e recibos de pagamentos e atentando sempre para os aspectos quantitativos e a natureza dos materiais adquiridos;

8.15. recomendar ao Superintendente de Saúde do Amazonas que providencie a divulgação, junto à população, dos serviços médicos e hospitalares oferecidos e custeados pelo SUS, de modo a evitar que profissionais e hospitais cobrem taxas extras por serviços prestados;

8.16. recomendar ao Conselho Estadual de Saúde do Amazonas que:

8.16.1. acompanhe, fiscalize e cobre dos órgãos executivos o cumprimento das diretrizes e estratégias propostas no Plano Estadual de Saúde de 1996, propondo as alterações que se fizerem necessárias, visando a garantir maior eficiência na prestação de serviços de saúde à população atendida pelo SUS, nos termos do § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142/90;

8.16.2. crie mecanismos que possibilitem verificar, com maior eficácia, a aplicação dos recursos do SIA/SUS, com o objetivo de coibir distorções verificadas em algumas prestações de contas;

8.17. determinar ao Secretário Estadual de Saúde do Ceará que:

8.17.1. realize o recadastramento de todas as unidades de saúde do Estado conveniadas/contratadas ao SUS, verificando a real posição da capacidade instalada, do número de leitos, do número de profissionais e dos Sistemas Integrados de Procedimentos de Alta Complexidade credenciados;

8.17.2. elabore Plano Diretor de Saúde Estadual, em conjunto com o Conselho Estadual de Saúde, visando a obtenção de maior eficácia na aplicação dos recursos, em cumprimento ao *caput* § 1º do art. 36 da Lei nº 8.080/90;

8.18. recomendar ao Secretário Estadual de Saúde do Ceará que:

8.18.1. viabilize medidas visando à revisão dos valores das diárias dos membros da Auditoria Médica lotados, tanto no DERES como na Auditoria Central;

8.18.2. aplique a avaliação constante do roteiro denominado de "Manual de Padronização da Qualidade Hospitalar" também ao Sistema Ambulatorial;

8.18.3. divulgue, ao menos uma vez por ano, em órgão de fácil acesso ao público, as condições de atendimento universal, igualitário e gratuito dos serviços de saúde garantidos na lei, bem como a relação das entidades contratualmente obrigadas a prestá-los à população;

8.19. recomendar ao Conselho Estadual de Saúde do Ceará que, quando da formulação de estratégias de execução da política de saúde, conforme § 2º, art. 1º da Lei nº 8.142/90, verifique e incentive a destinação de um percentual dos recursos destinados ao SUS, para fazer face às despesas com o controle do próprio sistema (auditoria);

8.20. comunicar ao Governador do Distrito Federal a necessidade de agilizar a implantação do Departamento de Planejamento, Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, de forma a se garantir o efetivo funcionamento do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do DF;

8.21. determinar ao Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo que:

8.21.1. realize o cadastramento de todas as unidades hospitalares do SUS (capacidade instalada, número de leitos, número de profissionais e Sistemas Integrados de Procedimentos de Alta Complexidade credenciados);

8.21.2. aperfeiçoe o sistema de acompanhamento das prestações de contas das prefeituras, implementando mecanismo de penalização às inadimplentes;

8.22. recomendar ao Secretário de Saúde de Goiás que promova campanha de divulgação dos serviços médicos e hospitalares à disposição da população pelo SUS, enfatizando seu caráter gratuito;

8.23. recomendar ao Conselho Estadual de Saúde de Goiás que participe ativamente da elaboração do Plano Diretor de Saúde Estadual, nos termos do § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142/90;

8.24. determinar ao Secretário de Estado da Saúde do Maranhão que:

8.24.1. efetue o cadastramento das unidades hospitalares e ambulatoriais, com a realização das correspondentes vistorias *in loco*, com a finalidade de verificar a real posição da capacidade instalada, do número de leitos, do número de profissionais e dos Sistemas Integrados de Procedimentos de Alta Complexidade credenciados;

8.24.2. elabore Plano Diretor de Saúde Estadual, em conjunto com o Conselho Estadual de Saúde, conforme o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142/90, visando a obtenção de maior eficácia na aplicação dos recursos, em cumprimento ao *caput* e § 1º do art. 36 da Lei nº 8.080/90;

8.25. recomendar ao Secretário de Estado da Saúde do Maranhão que realize campanha abrangente de divulgação dos serviços médicos e hospitalares do SUS à disposição da população, ressaltando o seu caráter gratuito;

8.26. determinar ao Secretário de Saúde do Mato Grosso do Sul que adote providências no sentido de que as visitas hospitalares em decorrência de renovação de contratos e convênios de prestação de serviços sejam realizadas previamente à

celebração dos respectivos termos, viabilizando a correção de eventuais distorções nos dados da capacidade instalada informados pelo interessado, que podem ter reflexo no quantitativo mensal dos serviços estabelecidos;

8.27. recomendar ao Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul que adote medidas junto aos órgãos gestores dos sistemas estadual e municipal de saúde, no sentido de divulgar amplamente, por meio da imprensa ou de outros meios de comunicação, os serviços médicos e hospitalares colocados à disposição da população por meio do SUS, informando quanto à sua gratuidade, além de todos os outros serviços oferecidos pelo SUS, tais como fornecimento de medicamentos de alto custo, passagens para tratamento fora de domicílio, órteses e próteses, esclarecendo também sobre sua gratuidade, viabilizando assim o conhecimento e acesso das pessoas ao sistema;

8.28. determinar ao responsável pela Gerência Estadual do Ministério da Saúde em Mato Grosso do Sul que, em conjunto com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, implemente ações objetivando a elaboração e apresentação de 86 relatórios referentes às auditorias realizadas nos exercícios de 1996 e 1997, que se encontram pendentes, adotando, ainda, medidas de modo a impedir que tal situação volte a ocorrer;

8.29. recomendar à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que:

8.29.1. adote medidas para regulamentar o Plano de Cargos e Salários dos Auditores da área de saúde, conforme previsto no Decreto nº 36.629, de 30.12.94;

8.29.2. informe à população, com maior eficácia, os locais de atendimento do Sistema Único de Saúde e a gratuidade desses serviços, em conjunto com os gestores municipais;

8.29.3. divulgue, com maior amplitude, as funções da Comissão Intergestores Bipartite, para que a comunidade saiba a quem recorrer na possibilidade de problemas na área de saúde;

8.30. determinar ao Secretário de Saúde Pública do Pará que:

8.30.1. reaparelhe e ajuste o quadro de pessoal e a logística de operações do Departamento de Auditoria em Saúde face às novas exigências decorrentes da atual política de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, da opção do Estado pela adoção de Contratos de Gestão com as Organizações Sociais e da execução da auditoria pactuada com as esferas federal e municipal;

8.30.2. constitua e assegure o funcionamento da Comissão Corregedora Bipartite, nos termos do Decreto nº 1522 do Governo do Estado do Pará;

8.30.3. informe os Secretários Municipais de Saúde do Pará sobre a existência e finalidade da Central de Leitos e Consultas, de modo a evitar remoções desnecessárias e onerosas de pacientes para Belém, quando o atendimento puder ser efetuado em hospitais especializados situados mais próximo do doente;

8.30.4. implante sistemática que vincule completamente, por meio da Central de Leitos, as internações feitas por hospitais públicos e privados, evitando-se com isso manipulações de leitos à disposição do SUS;

8.31. recomendar ao Secretário de Saúde Pública do Pará que:

8.31.1. estenda ao interior do estado, segundo o modelo consolidado pelo Departamento de Análises e Serviços, a atividade de supervisão local dos prestadores de serviços de saúde integrantes do SUS por intermédio dos Centros Regionais de Saúde promovidos a Unidades Orçamentárias, que já detêm competência para estruturar seus quadros próprios de supervisores médicos, bem como de auditores-médicos;

8.31.2. aprimore o funcionamento da Central de Leitos e Consultas, expandindo a capacidade de atendimento mediante ampliação dos postos de trabalho (ramal telefônico conjugado a terminal de computador) e melhor capacitação do quadro de atendentes;

8.31.3. efetue a divulgação dos serviços médicos e hospitalares colocados pelo SUS à disposição da população, principalmente no que se refere à sua gratuidade;

8.32. determinar ao responsável pela Gerência Estadual do Ministério da Saúde no Pará que:

8.32.1. imprima maior celeridade à fase administrativa dos processos referentes a Ordens de Recebimento oriundas de despesas impugnadas e que geraram tomadas de contas especiais;

8.32.2. oriente os fornecedores de serviços credenciados junto ao SUS, da rede pública e privada, quanto aos requisitos documentais em que se deve apoiar a cobrança dos seus serviços, de modo a evitar que suas faturas sejam glosadas;

8.32.3. recomende aos auditores-médicos que evitem impugnações por questões apenas formais quando se dispuser de evidência suficiente para concluir pela ocorrência da prestação do serviço, e que atuem didaticamente, priorizando o aperfeiçoamento do sistema de controle e o aprimoramento da prestação dos serviços de saúde à população;

8.33. determinar ao Conselho Estadual de Saúde do Pará que conceda ao representante do Ministério da Saúde no Pará plenos direitos de componente do Conselho, nos termos do item 2 da Resolução nº 33/92 do Conselho Nacional de Saúde;

8.34. determinar ao Secretário Estadual de Saúde de Pernambuco que avalie os cadastros das unidades cujos recadastramentos aconteceram há mais de 05 (cinco) anos, tanto no âmbito da Diretoria Executiva de Controle e Avaliação da Rede Hospitalar - DECARH quanto no da Diretoria Executiva de Controle e Avaliação da Rede Ambulatorial - DECARA, objetivando a vistoria *in loco* das unidades que evidenciem possíveis impropriedades;

8.35. encaminhar à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco - SES/PE cópia da Comunicação de Auditoria - CA nº 18/96 (vol. V - fls. 31/32 do TC nº 500.159/97-1) e do Relatório de Auditoria nº 20/97 (vol. V - fls. 33/43 do TC nº 500.159/97-1) ambos produzidos pela Divisão de Auditoria do Escritório de Representação do Ministério da Saúde em Pernambuco - EREMS/PE, fixando-lhe prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da ciência da presente Decisão, para o atendimento às solicitações e recomendações contidas nos mencionados documentos;

8.36. fixar prazo de 120 (cento e vinte) dias a Gerência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco, a contar da ciência da presente Decisão, para que, de posse dos elementos e informações que vierem a ser prestados pela SES/PE em cumprimento à determinação contida no item anterior, emita parecer conclusivo sobre a regularidade ou não da prestação de contas relativa ao Convênio nº 13/92, instaurando, se for o caso, quanto aos valores que, eventualmente, venham a ser glosados, a devida tomada de contas especial;

8.37. determinar ao Secretário de Saúde do Piauí que elabore Plano Diretor de Saúde Estadual, em conjunto com o Conselho Estadual de Saúde, conforme o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142/90, visando a obtenção de maior eficácia na aplicação dos recursos, em cumprimento ao *caput* e § 1º do art. 36 da Lei nº 8.080/90;

8.38. recomendar ao Secretário de Saúde do Piauí que realize campanha abrangente de divulgação dos serviços médicos e hospitalares do SUS à disposição da população, ressaltando o seu caráter gratuito;

8.39. recomendar ao Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro que realize campanha abrangente de divulgação dos serviços médicos e hospitalares do SUS à disposição da população, ressaltando o seu caráter gratuito;

8.40. determinar ao Secretário de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte que:

8.40.1. regulamente os critérios de penalização a serem adotados pelos órgãos de vigilância sanitária quanto ao descumprimento das determinações resultantes de suas fiscalizações;

8.40.2. promova a adoção de critérios mais rigorosos na distribuição e pagamento das AIH de referência, com intuito de disciplinar a utilização de sua cota de AIH pelas unidades hospitalares;

8.40.3. efetue o cadastramento, com visita *in loco*, de todas as unidades credenciadas pelo SUS, enviando estes dados para os Conselhos Municipais e a Comissão Intergestores Bipartite, com a finalidade de criarem parâmetros para fixação das cotas de AIH;

8.40.4. promova o cancelamento do registro da APAMI - Associação de Proteção à Infância e Maternidade da Maternidade José Varela, situada em Macau/RN, como associação, conforme já determinado na Decisão nº 710/96 - Plenário - item 8.1.3, em virtude da impropriedade de tal denominação;

8.40.5. verifique se a APAMI - Maternidade José Varela (Macau/RN) tomou as providências necessárias para garantir a assistência de médicos durante todos os dias da semana;

8.40.6. adote providências com vistas a verificar se a Fundação Antônio Ferraz, situada em Macau/RN, instalou os equipamentos de lavanderia que se encontram estocados desde 1993, em vista da precariedade de sua lavanderia;

8.41. levar ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina no Rio Grande do Norte - CRM/RN as ocorrências de fls. 14/20 do TC nº 600.140/97-0), para as providências cabíveis;

8.42. determinar a Gerência Estadual do Ministério da Saúde no Rio Grande do Norte que:

8.42.1. providencie a instauração de Tomada de Contas Especial com referência às AIHs de "pacientes fantasmas" relacionadas no Anexo II do TC nº 600.140/97-0, referente à Casa de Saúde Petrópolis;

8.42.2. instaure tomada de contas especial para receber as AIHs relacionadas à Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima (item 8.2.1.1 da Decisão nº 710/96 - Plenário - TC nº 014.879/93-0), uma vez que a instituição se encontra fechada;

8.43. determinar ao Secretário da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul a adoção de medidas necessárias à elaboração de um Plano Estadual de Saúde contendo as metas pactuadas, a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, as estratégias de descentralização das ações de saúde para os municípios, as estratégias de reorganização do modelo de atenção, os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações, segundo os parâmetros ora redefinidos pela NOB 01/96;

8.44. recomendar ao Secretário da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul a realização de campanha abrangente de divulgação dos serviços médicos e hospitalares do SUS à disposição da população, ressaltando o seu caráter gratuito;

8.45. determinar ao Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul que observe o inciso XV do art. 8º da Lei Estadual nº 10.097/94, no tocante à regulamentação dos *bureau* responsáveis pela gravação em meio magnético das informações referentes às AIHs utilizadas pelos prestadores de serviços;

8.46. comunicar ao Governador do Estado de Rondônia e ao Secretário Estadual de Saúde de Rondônia sobre a necessidade de observar o princípio contido no inciso XI do art. 7º da Lei nº 8.080/90, no que se refere à aplicação de recursos próprios nas ações e serviços de saúde, compartilhando com o Governo Federal a responsabilidade de financiar o Sistema Único de Saúde;

8.47. determinar ao Secretário Estadual de Saúde de Rondônia que:

8.47.1. adote critérios e regulamente sua utilização na distribuição de recursos próprios aos Municípios do Estado, em consonância com as disposições da legislação vigente, principalmente a NOB-SUS 01/96;

8.47.2. adote providências com vistas à realização de auditorias nas unidades hospitalares e ambulatoriais conveniadas ao SUS, objetivando a verificação da conformidade entre os dados cadastrais e a real posição da capacidade instalada, número de leitos, número de profissionais e Sistemas de Alta Complexidade credenciados, bem como a verificação de possíveis incompatibilidades observadas no lançamento da produção;

8.47.3. adote providências com vistas à elaboração de um Plano Diretor Estadual que oriente as ações voltadas à regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, o qual deverá ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, operacionalizando tal Plano por meio de deliberações da Comissão Bipartite,

aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde, e articulações com os Municípios, de acordo com o disposto na NOB-SUS 01/93, item 1 e no art. 7º, inciso IX, alínea "b", art. 8º, art. 17, inciso IX e art. 18, inciso II, todos da Lei nº 8.080/90;

8.47.4. reestruture o Conselho Estadual de Saúde, compondo-o com um número de conselheiros não inferior a dez nem superior a vinte, conforme recomendado pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 33, de 23.12.92;

8.47.5. utilize uma única conta corrente para movimentar os recursos do SUS no Fundo Estadual de Saúde, conforme o disposto no art. 33 da Lei nº 8.080/90;

8.48. recomendar ao Secretário Estadual de Saúde de Rondônia que publique e divulgue os serviços médicos ambulatoriais e hospitalares colocados à disposição da população por meio do SUS, tanto nas unidades públicas como nas unidades privadas, discriminando-os por especialidades, tipos de exames complementares e outras especificações necessárias à identificação do serviço, consoante o disposto no inciso VI do art. 7º da Lei nº 8.080/90;

8.49. determinar ao Secretário Estadual de Saúde de Roraima que elabore Plano Diretor de Saúde Estadual, em conjunto com o Conselho Estadual de Saúde, visando a obtenção de maior eficácia na aplicação dos recursos, em cumprimento ao *capute* § 1º do art. 36 da Lei nº 8.080/90;

8.50. recomendar à Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina que divulgue, junto à população, os recursos destinados a cada município e os critérios para sua distribuição;

8.51. determinar ao Secretário de Saúde do Estado de São Paulo que adote providências com vistas à conclusão do cadastramento de unidades assistenciais integrantes do SUS;

8.52. recomendar ao Presidente do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo que adote medidas para estreitar relacionamento com os órgãos de controle das esferas municipal e federal, para conhecimento e avaliação das ações de controle planejadas e realizadas nos âmbitos municipal e federal, respectivamente, nos termos do § 2º, art. 1º da Lei nº 8.142/90;

8.53. determinar ao Secretário de Estado da Saúde de Sergipe que adote providências com vistas a:

8.53.1. implementar medidas coibitivas (preventivas e punitivas) para a prática ilegal de cobrança dos serviços oferecidos pelo SUS;

8.53.2. elaboração de planos diretores de saúde estaduais, nos termos do art. 36, *capute* parágrafo primeiro, da Lei nº 8.080/90;

8.54. recomendar ao Secretário de Estado da Saúde de Sergipe que realize periodicamente auditorias sistemáticas com o fito, inclusive, de manter atualizados todos os dados do cadastro das unidades prestadoras de serviços do SIA e SIH;

8.55. determinar ao Secretário de Estado da Saúde de Tocantins que remeta à Secretaria de Controle Externo de Tocantins os documentos comprobatórios da formalização das providências adotadas com a finalidade de atender às determinações constantes dos itens 8.6.2 e 8.6.3 da Decisão nº 576/93-TCU-Plenário;

8.56. comunicar ao Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco que o termo legal existente para contratação dos serviços de faturamento das contas de internação - AIH das unidades hospitalares subordinadas à Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM contém cláusulas que contrariam a Lei nº 8.666, de 21.06.93, em particular o § 3º do art. 57;

8.57. determinar à Secex/ES que envie cópia da relação de convênios com prestações de contas vencidas (fls. 38/64 do TC nº 300.077/97-1) ao Serviço de Convênios, Projetos e Atividades Especiais (SERCA) da Fundação Nacional de Saúde, como contribuição à fiscalização do Convênio nº 028/96;

8.58. determinar à Secretaria de Informática deste Tribunal -SEINF que, em conjunto com a 4ª Secex e sob a supervisão do Comitê de Informática desenvolva:

8.58.1. um banco de dados para o acompanhamento da legislação na área de saúde;

8.58.2. um sistema de acompanhamento das determinações proferidas por esta Corte de Contas na área da saúde;

8.60. enviar cópia desta Decisão, assim como do Relatório e Voto que a fundamentaram, e da Decisão 576/93, ao Exmº Sr. Ministro da Saúde, aos Secretários Estaduais de Saúde, ao Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, solicitando que envie cópia as Gerências Estaduais de Saúde do Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional de Saúde e aos Conselhos Estaduais de Saúde, para as providências dentro de suas áreas de competência;

8.61. enviar cópia desta Decisão, assim como do Relatório e Voto que a fundamentaram ao Sr. Deputado Federal Jaques Wagner, dando cumprimento ao disposto no item 8.1 da Decisão nº 144/96-Plenário e ao Sr. Procurador-Chefe da Procuradoria da República no Estado do Amapá, Sr. João Bosco de Araújo Fontes Júnior, conforme proposto no TC nº 775.102/97-0 (fl. 34);

8.62. enviar o presente processo à 4ª Secex para que o seu conteúdo seja utilizado pelo Grupo de Trabalho criado pela Portaria Segecex nº 01, de 19.01.1998;

8.63. desapensar os demais processos, enviando-os às Secex de origem.

9. Ata nº 10/98 - Plenário.

10. Data da Sessão: 25/03/1998 - Ordinária.

11. Especificação do *quorum*:

11.1. Ministros presentes: Homero Santos (Presidente), Adhemar Paladini Ghisi, Carlos Átila Álvares da Silva, Iram Saraiva, Humberto Guimarães Souto (Relator), Bento José Bugarin, Valmir Campelo e os Ministros-Substitutos Lincoln Magalhães da Rocha e Benjamin Zymler.

Homero Santos
Presidente

Humberto Guimarães Souto
Ministro-Relator

