

GRUPO I – CLASSE V – Plenário

TC 024.271/2015-2

Natureza(s): Relatório de Auditoria

Órgão/Entidade: Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá

Responsável: Ary Soares de Souza Júnior – Secretário Municipal de Saúde de Cuiabá – (378.624.721-87)

Representação legal: não há

SUMÁRIO: RELATÓRIO DE AUDITORIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ (SMS). PROCESSO DE GERENCIAMENTO E DE PAGAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE AMBULATORIAIS E HOSPITALARES NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). OPORTUNIDADES DE MELHORIAS. RECOMENDAÇÃO.

RELATÓRIO

Trata-se de auditoria realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS), no período compreendido entre 14/9/2015 e 27/11/2015, com o objetivo de verificar a regularidade do processo de gerenciamento e de pagamento de prestadores de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. A seguir, transcrevo o relatório efetuado pela unidade técnica:

Resumo

De modo a atingir esse objetivo, formularam-se duas questões de auditoria. A primeira buscou analisar se os recursos transferidos pela União por meio de cada bloco de financiamento estavam sendo geridos em conta bancária específica e regularmente movimentados. Já a segunda teve a pretensão de verificar se as supervisões administrativa e hospitalar exercidas pela Superintendência de Controle, Avaliação e Regulação (Scar) da SMS são eficazes para assegurar a legalidade da liquidação das despesas. O volume de recursos fiscalizados perfaz o montante de R\$ 426,3 milhões, que corresponde aos repasses fundo a fundo do SUS à SMS nos exercícios 2014 e 2015 (até o mês de setembro).

Na fase de planejamento dos trabalhos, buscou-se, entre outras informações, levantar dados com o intuito de mapear o processo padrão utilizado pela SMS para executar a despesa perante os prestadores de serviço ambulatoriais e hospitalares. Esse critério foi construído especialmente mediante entrevistas junto aos gestores da Scar, na medida em que não havia normas locais que regulamentasse detalhadamente esse processo. Com base na materialidade dos recursos repassados pela SMS aos prestadores de serviço de saúde, foram selecionados quatro hospitais integrantes da rede SUS em Cuiabá-MT. Na fase de execução da fiscalização, foram realizadas entrevistas com os supervisores desses hospitais para comparar os procedimentos realizados para liquidação da despesa nesses estabelecimentos com o critério construído junto aos gestores da Scar e identificar riscos nesse processo. Além disso, foram aplicados testes de controle exploratórios com o objetivo de averiguar se havia provas suficientes, nos processos analisados em amostras não-estatísticas, para afirmar que a comprovação da despesa foi realizada com base em documentos hábeis para esse fim.

Apesar de os testes não detectarem quaisquer irregularidades nos processos analisados, foi constatado que não havia uma padronização nos procedimentos de supervisão nos hospitais. Além

disso, constatou-se um controle deficiente da jornada de trabalho dos médicos responsáveis por realizar essa tarefa. Portanto, considerando-se o escopo desse trabalho, pode-se concluir que para reduzir o risco de impropriedades no procedimento de liquidação da despesa, há especial necessidade de padronizar o processo de supervisão ambulatorial e hospitalar mediante sua regulamentação por parte da SMS, além de outras medidas para garantir um exame suficiente de toda documentação apresentada pelo prestador de serviço. Cabe destacar, ainda, que não foram constatadas falhas decorrentes da análise prevista para a primeira questão de auditoria.

Um potencial benefício desta fiscalização relaciona-se ao incremento da economia, eficiência, eficácia e efetividade da Scar em razão do aperfeiçoamento dos controles internos da SMS referentes aos trabalhos de supervisão sobre os recursos repassados pelo SUS. As propostas de encaminhamento mais importantes contemplam recomendação à SMS no sentido de elaborar normativos internos para padronizar as atividades de supervisão administrativa e hospitalar e aprimorar o controle de frequência dos supervisores que atuam in loco e nas dependências da Scar.

I. APRESENTAÇÃO

1. Esta auditoria é decorrente da produção de conhecimento realizada pela Secex-MT no período de 22/4 a 22/5/2015 (TC 014.372/2015-0), em que foram mapeados os processos de credenciamento, habilitação, gerenciamento e pagamento de prestadores de serviços de saúde contratados pela SMS. Nesse trabalho, os auditores concluíram que havia potencial risco de que os objetivos institucionais e estratégicos da SMS não fossem alcançados por conta da ausência, ou ineficácia, dos controles internos aplicados no âmbito da Secretaria e até da Scar.

2. Em razão do risco identificado, propôs-se a realização de auditoria com foco no processo de gerenciamento e pagamentos dos prestadores de serviços, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, sendo a proposta acatada mediante despacho do ministro-relator, constante do TC 016.846/2015-0. Este relatório também contém mapeamento dos processos de pagamento e análise dos controles internos relacionados à supervisão ambulatorial e hospitalar, desde a entrada do paciente no estabelecimento de saúde até o efetivo encaminhamento do processo para pagamento.

3. O relatório está estruturado da seguinte forma: na introdução, especificamente, na visão geral do objeto, encontra-se descrito o mapeamento completo dos processos de pagamentos. Após o tópico dos achados de auditoria, foi introduzido o capítulo denominado informações complementares onde estão traçados outros temas necessários a um melhor entendimento desta fiscalização. Ademais, constam apêndices com a matriz de achados, constatações sobre a 1ª questão de auditoria e fluxograma do processo de liquidação de despesas.

II. INTRODUÇÃO

II.1. Deliberação que originou o trabalho

4. Em cumprimento ao Despacho de 21/7/2015 do Ministro-Relator Benjamin Zymler (TC 016.846/2015-0), realizou-se auditoria de conformidade na SMS, no período compreendido entre 14/9/2015 e 27/11/2015. As razões que motivaram esse trabalho decorrem da identificação de fragilidades nos controles internos apurados em fiscalização anterior relacionados à supervisão administrativa e hospitalar, a cargo da Scar.

II.2. Visão geral do objeto

5. A SMS conta com a estrutura organizacional, níveis hierárquicos, orgânicos e funcionais estabelecidos no Decreto Municipal 5.707/2015, o qual regulamentou a Lei Complementar Municipal 359/2014. O Plano Municipal de Saúde de Cuiabá/MT 2014-2017, além de ser um instrumento de gestão e requisito legal para a administração pública em saúde, sistematiza as políticas do governo no enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população, afirma o compromisso da gestão com o SUS e norteia as ações a serem realizadas naquele quadriênio.

6. O plano municipal apresenta como objetivos estratégicos o aprimoramento da gestão do sistema e serviços de saúde e elevação da expectativa de vida do público alvo. Em complemento, prevê ações estratégicas como o aperfeiçoamento da gestão financeira e participativa do Sistema Único de Saúde (SUS), a implementação da Gestão do Trabalho e Educação Permanente no SUS, a promoção do modelo de atenção à saúde, organizando a rede de serviços por ciclo de vida, reduzindo riscos, agravos e a morbimortalidade na população cuiabana; e a intersectorialidade entre as demais políticas públicas.

7. O processo de liquidação de despesas está a cargo da Superintendência de Controle, Avaliação e Regulação (Scar), unidade da SMS que responde pela supervisão administrativa e hospitalar da produção apresentada pelos hospitais e clínicas contratados, mediante auditoria dos documentos gerados ao longo dos processos e análise de relatórios elaborados pelos sistemas informatizados de produção (SIA e SIH).

II.2.1. Processo de liquidação de despesa

8. O usuário pode ser referenciado de outras unidades de saúde ou comparecer diretamente ao hospital. No primeiro caso, para ser atendido, deve apresentar, além do Cartão SUS e do Registro Geral (RG), o laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (laudo de Apac) ou o laudo para Solicitação/Autorização de Internação Hospitalar (laudo de AIH) emitidos, na unidade de origem, pelo médico solicitante.

9. No segundo caso, o paciente deve fornecer apenas o Cartão SUS e o RG, que, tratando-se de internações, devem ser fotocopiados e juntados aos prontuários médicos. Em seguida, o recepcionista preenche a ficha pessoal do usuário e confere a exatidão dos dados pessoais e endereços cadastrados no Sistema Nacional de Regulação – Sisreg.

10. Realizada a triagem, a consulta inicial e identificada a necessidade de exames ambulatoriais, o médico preenche um laudo de Apac. Com base nesse documento, o recepcionista da unidade clínica solicita, por meio do Sisreg, a autorização dos supervisores médicos da SMS para execução do serviço (exceto consultas e atendimentos emergenciais), lembrando que o próprio sistema procede ao agendamento do exame.

11. Dada a autorização (que em alguns casos pode tardar semanas), o recepcionista comunica o paciente e, na data agendada, coleta sua assinatura na ficha pessoal e imprime a chave do Sisreg, documento que comprova a regulação do usuário, a autorização da Scar e informa quando e qual hospital deve prestar o serviço.

12. Realizado o procedimento, o hospital emite duas cópias do laudo de Resultado Ambulatorial (RA) - um para o paciente e outro a ser mantido na guia para comprovar, junto à SMS, a realização do exame. Em seguida, encaminha o usuário e o laudo de RA para análise do médico solicitante.

13. Realizada a consulta e identificada a necessidade de internação, o médico preenche um laudo de AIH, que também deve ser autorizado no sistema pelos médicos supervisores. Dada a autorização, o recepcionista comunica o paciente e, na data agendada, coleta sua assinatura na ficha pessoal e imprime a chave do Sisreg.

14. Realizada a internação, o hospital emite duas cópias do Relatório Médico de Alta (RMA) - uma para o usuário e outra a ser mantida no prontuário médico - com a descrição cirúrgica e todos os serviços e materiais especiais oferecidos ao paciente (diárias extras e para acompanhantes, fisioterapia, hemodiálise, exames, medicamentos, órteses, próteses etc.).

15. Para efeito de esclarecimento, vale observar que, no caso de internações, os supervisores e gestores dos hospitais referem-se ao conjunto de documentos gerados como “prontuários”; no caso

de procedimentos ambulatoriais, aludem a “guias”. Com vistas à padronização, manter-se-á a mesma nomenclatura neste relatório.

16. Periodicamente, a unidade de faturamento do hospital registra, em sistema informatizado próprio, os dados de toda a produção, tanto ambulatorial quanto hospitalar. Para os procedimentos hospitalares, emite-se o espelho da AIH, documento que elenca o valor da internação e, separadamente, os dos serviços e materiais especiais (que elevam o preço global a ser pago pelo procedimento principal).

17. No final da competência, as informações coletadas são migradas para a base de dados do DataSUS por meio do Apac-Mag, do BPA-Mag e do Sistema Gerador do Movimento das Unidades Hospitalares (SISAIH). Esses programas, além de emitirem os relatórios de faturamento mensais, também geram arquivos digitais que serão utilizados pela Scar para alimentar os módulos de críticas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

18. Registre-se que, no caso de exames ambulatoriais, todos os documentos produzidos no processo são encaminhados às dependências da Scar para subsidiar a análise do faturamento emitido pelo hospital. Contudo, o grande volume inviabiliza que seja feito o mesmo com os prontuários. Portanto, no caso das internações, encaminham-se apenas os espelhos de AIH.

19. Na Scar, os supervisores administrativos e médicos verificam, com base nas críticas apontadas pelos sistemas SIA e SIH sobre os procedimentos faturados, o que poderá acarretar glosas no pagamento. Todavia, o contratado ainda pode apresentar justificativas em reunião realizada mensalmente com a Scar e o FMS ou, nos termos da Portaria-MS 3.410/2013, a qualquer momento, até a terceira competência seguinte. O fluxograma deste processo encontra-se no Anexo A deste relatório.

II.2.2. Supervisão dos procedimentos

20. Os contratos firmados com os prestadores de serviços médicos preveem expressamente, na Cláusula V, inciso VI, o monitoramento, por parte da SMS, da execução do objeto contratado (peça 10, p. 5). No município de Cuiabá, enfermeiros, assistentes sociais e supervisores médicos realizam a supervisão administrativa dos procedimentos ambulatoriais, quais sejam, aqueles que não levam à internação do paciente.

21. Ademais, supervisores (ou auditores) médicos se encarregam da supervisão hospitalar, que abrange os procedimentos hospitalares, isto é, aqueles executados em razão das internações. Esses profissionais devem auditar, inclusive, as consultas e exames que levaram à internação do paciente (e foram juntados aos prontuários), pois o valor desses serviços já integra o montante global pago ao hospital.

22. A primeira atuação dos supervisores ocorre **in loco** nos hospitais e concomitante à execução dos serviços contratados. Após o faturamento, novas análises são realizadas nas instalações da Scar com base nas inconsistências apontadas pelos módulos de críticas do SIA e SIH. De modo a facilitar a compreensão, o quadro 1 abaixo ilustra as etapas da supervisão in loco e na Scar:

Quadro 1: sumário das atividades de supervisão dos serviços de saúde

Item	Local	Natureza	Atividades
1	In loco	Administrativa	Verificar a existência e o devido preenchimento dos documentos nas guias ambulatoriais.
2			Monitorar as taxas de ocupação e permanência dos leitos e realizar pesquisas de opinião junto aos pacientes.
3		Hospitalar	Verificar a realização e legalidade dos procedimentos hospitalares mediante análise dos documentos nos prontuários.
4	Scar	Administrativa	Verificar a existência e o devido preenchimento dos documentos nas guias ambulatoriais.

5	Hospitalar	Analisar as impropriedades apontadas pelo SIA e SIH nos relatórios de faturamento encaminhados pelos prestadores.
6	Administrativa	Verificar, em conjunto com representantes do prestador e do CMS ¹ , o alcance das metas para os procedimentos contratualizados ² .

Nota 1: Conselho Municipal de Saúde

Nota 2: procedimentos de média complexidade para o MS concede incentivos financeiros complementares à Tabela SUS.

II.2.2.1. Fase in loco nos hospitais

II.2.2.1.1. Supervisão administrativa

23. Os supervisores administrativos devem conferir, à medida que os serviços são prestados, a existência, carimbo, assinatura (dos pacientes e profissionais de saúde) e o devido preenchimento dos documentos gerados durante o processo (laudos de Apac e AIH, chave do Sisreg, ficha pessoal do paciente, laudo de resultado de exames etc.).

24. Quanto à assinatura do paciente, vale registrar que, apenas na hipótese de internação ou outros serviços complexos, os hospitais reproduzem cópias da identidade e do Cartão SUS. Assim, na supervisão dos demais procedimentos, os supervisores não dispõem de meios para averiguar a autenticidade da assinatura aposta na ficha pessoal. Dessa forma, apenas averiguum correção do nome do paciente com base nos registros da chave do Sisreg.

25. Nessa fase, deve-se redobrar a atenção ao exame das informações transcritas nos laudos, pois permitem analisar o efetivo exame realizado pelos profissionais de saúde. Os supervisores administrativos verificam, por exemplo, se o médico solicitou a internação do paciente, de modo que o serviço não seja cobrado separadamente. Nesses casos, é necessário juntar os laudos do exame ou consulta que deram origem à internação ao prontuário respectivo.

26. Os entrevistados informaram que, na hipótese de procedimentos ambulatoriais, o paciente costuma retornar ao hospital. Assim, eventuais impropriedades na documentação podem ser mais facilmente sanadas. Também defendem que o monitoramento concomitante da produção minimiza glosas no faturamento e, por conseguinte, retrabalhos por parte do hospital e da Scar. Saliente-se que para alguns prestadores não houve qualquer glosa nas últimas competências.

27. Caso os processos contenham todos os documentos e estes estejam preenchidos corretamente, o supervisor apõe assinatura e data na ficha pessoal do paciente como forma de atestar a conformidade dos serviços e/ou materiais oferecidos. Em seguida, as guias ambulatoriais são encaminhadas para o setor de faturamento para que sejam cadastradas no sistema informatizado do hospital.

28. Os supervisores administrativos também monitoram diariamente a ocupação e permanência nos leitos destinados ao SUS, alertando a Scar no caso de ociosidade ou utilização indevida por parte do hospital. Ao final da competência, elaboram relatórios consolidando os dados coletados e os enviam à Scar para confrontação com o faturamento. Em complemento, realizam pesquisas mensais de opinião com os pacientes de 30% dos leitos destinados aos SUS.

29. As atribuições descritas no parágrafo anterior enquadram-se na categoria de supervisão administrativa, embora sejam realizadas durante as internações, pois são realizadas por enfermeiras e/ou assistentes sociais e limitam-se a registrar dados, sem adentrar na adequação ou não da natureza e do quantitativo dos procedimentos executados.

II.2.2.1.2. Supervisão hospitalar

30. A Scar dispõe de supervisores médicos incumbidos de analisar, diariamente e in loco, a conformidade dos procedimentos hospitalares e especiais prestados pelas entidades contratadas com

base nos documentos juntados ao prontuário a exemplo do laudo de AIH, descrição cirúrgica, imagens de raios x, tomografias e notas fiscais de fornecedores.

31. Os procedimentos especiais são aqueles executados durante a internação tais como exames de imagem, fisioterapia, órteses, próteses e materias (OPM), medicamentos especiais etc., mas que não integram o valor global pago pela SMS para o serviço hospitalar respectivo. Por conseguinte, devem ser faturados separadamente, embora toda a documentação gerada seja mantida no mesmo prontuário.

32. Ao contrário do que ocorre com os procedimentos ambulatoriais, os especiais não precisam ser autorizados, previamente, via Sisreg pelos médicos reguladores. Isso porque, nesse caso, o paciente encontra-se internado e mais suscetível a situações emergenciais que demandam pronto atendimento. No entanto, sua auditoria é realizada, posteriormente, pelos supervisores médicos que atuam in loco e nas dependências da Scar.

33. Após a internação, o hospital encaminha o espelho da AIH (com listagem de todos os procedimentos executados) e o prontuário ao supervisor médico, que deve averiguar a existência de documentos que evidenciem a efetiva prestação dos serviços e sua correlação com o estado clínico do paciente. Na hipótese de implantação de OPM, por exemplo, deve-se verificar se constam imagens de raios x e notas fiscais dos fornecedores.

34. Alguns documentos como as descrições cirúrgicas e relatórios de anestesia são assinados por todos os profissionais que contribuíram de alguma forma para o procedimento, o que, por certo, reduz a possibilidade de manipulação e fraude, pois demandaria o conluio de um número maior de agentes. Após o exame, caso identifique a adequação dos serviços oferecidos, o supervisor médico apõe seu carimbo e assinatura no espelho da AIH.

35. No entanto, pode ocorrer de o hospital executar serviços incompatíveis com o laudo de AIH, não autorizados ou que, embora integrem o preço da internação, tenham sido elencados como despesas complementares. Não acatando as justificativas apresentadas pelo hospital, o supervisor solicita a exclusão do procedimento do espelho da AIH e do relatório mensal de faturamento e, no final da competência, emite relatório com as propostas de glosa a serem encaminhadas à Scar.

36. Segundo as entrevistas, grande parte das impropriedades identificadas são corrigidas ao longo da competência com os gestores do hospital. Na hipótese de inexistência de documento imprescindível para a liquidação da despesa, o supervisor médico pode abster-se de assinar o espelho da AIH até sua apresentação. Caso constate a realização de serviços diversos dos autorizados, solicita o pagamento com base no valor do procedimento que de fato deveria ter sido executado.

37. Nos hospitais visitados, os supervisores médicos atuam dentro do setor de faturamento, facilitando a comunicação com os responsáveis por emitir e, caso necessário, retificar os espelhos de AIH. Dessa forma, os supervisores não atuam apenas de maneira corretiva, mas também preventiva e educativa, pois os prestadores são constantemente orientados quanto às normas do MS, reduzindo a incidência de faturamentos indevidos. Todavia, cabe ressaltar que, se, por um lado essa sistemática minimiza retrabalhos, por outro, evidencia a informalidade dos trabalhos de supervisão.

38. Os testes de controles exploratórios, realizados com base em amostra não estatística de 67 prontuários dos quatro hospitais visitados (peça 9), revelaram que os pareceres emitidos pelos supervisores médicos não apresentam os critérios normativos, sejam do Ministério da Saúde, da SMS ou de qualquer outro órgão, utilizados para aferir a conformidade ou não dos procedimentos. Mesmo quando solicitam glosas, esses profissionais não indicam o embasamento legal para tanto.

39. Em resposta, os supervisores alegaram que se baseiam em seu conhecimento e no Manual de Supervisão Hospitalar do DataSUS, embora não tenham fornecido cópia desse documento.

Mediante pesquisa ao portal do Ministério da Saúde, a equipe de auditoria localizou os manuais do SIA e do SIH juntados à peça 8, p. 7-162 e que serão objeto de exame técnico em tópico mais à frente.

40. As entrevistas também demonstraram que os auditores médicos não analisam a conformidade dos preços listados nos espelhos de AIH. Em primeiro lugar, porque não teriam o conhecimento técnico necessário para proceder a tal análise. Em segundo, porque o setor de faturamento insere apenas o código do serviço no sistema informatizado, que remete aos valores da Tabela SUS.

II.2.2.2. Fase interna na Scar

II.2.2.2.1. Supervisão Administrativa

41. Quando a Scar recebe o relatório de faturamento, os supervisores administrativos procedem a nova conferência de todos os documentos gerados durante a execução dos serviços ambulatoriais. Isso é necessário para que a Scar se certifique de que as glosas solicitadas ao hospital durante a supervisão *in loco* foram realmente efetuadas e, dessa forma, excluídas do faturamento. Ademais, funcionaria como segunda instância de controle.

42. Cabe ressaltar, contudo, que essa segunda etapa da supervisão é desempenhada pelo mesmo profissional que atuara *in loco*, o que vai de encontro ao princípio da segregação de funções. Essa questão, contudo, será analisada nos itens 117 a 119 deste relatório.

II.2.2.2.2. Supervisão Hospitalar

43. Os arquivos digitais com o faturamento de todos os prestadores de serviços são importados para os módulos de críticas do SIA e do SIH, que realizam o cruzamento dessas informações com o propósito de identificar inconsistências no faturamento emitido pelo hospital. Em resposta à equipe de auditoria, a Scar encaminhou relatórios de críticas de julho, agosto e setembro de 2015 referentes aos quatro hospitais visitados (peças 15-21). O quadro abaixo elenca os critérios utilizados para aferir as inconsistências:

Quadro 2: Critérios utilizados pelos sistemas de críticas.

Natureza do procedimento	Critério para a crítica dos sistemas de informação
Ambulatorial	Ausência de cadastro do profissional do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.
	Incompatibilidade de procedimentos na mesma AIH.
	Duplicidade de numeração de Autorização de Procedimento Ambulatorial – Apac.
	Ausência de orçamento para o procedimento (não pactuado).
	CEP inválido.
Hospitalar	Duplicidade de nomes e Cartão Nacional de Saúde – CNS dos pacientes.
	Referência a profissional médico não vinculado ao hospital.
	Emissão da AIH após o prazo legal.
	Ausência de notificação obrigatória de doenças.

Fonte: peças 15-21.

44. Segundo os servidores da Scar, ao comparar a produção de vários prestadores, é possível apurar, por exemplo, procedimentos idênticos e simultâneos em hospitais distintos para o mesmo paciente. Vale também apontar a prática corrente de o usuário iniciar o tratamento num hospital e, posteriormente, buscar atendimento emergencial em outro, acarretando descontinuidade na prestação dos serviços e desequilíbrio financeiro para os prestadores.

45. Nesta fase, um supervisor médico analisa as impropriedades apontadas pelo SIA enquanto outro examina as inconsistências identificadas pelo SIH, lembrando que dispõem das guias

ambulatoriais e espelhos de AIH como auxílio. Caso não identifiquem irregularidades, carimbam e assinam os relatórios de faturamento de modo a atestar sua anuência com os serviços cobrados. Do contrário, os médicos se abstêm de apor sua assinatura e emitem relatório de glosas.

46. Aqui vale ressaltar a diferença entre a supervisão hospitalar **in loco** e aquela realizada, após o faturamento, nas dependências da Scar. No primeiro caso, os supervisores médicos analisam todos os procedimentos hospitalares, mas não os ambulatoriais. No segundo, examinam tanto os ambulatoriais quanto hospitalares, mas apenas aqueles criticados pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIH).

47. Os supervisores informaram que realizam rodízio mensal para analisar os relatórios de críticas de todos os prestadores de serviço. Note-se que, dessa forma, a maior parte da produção é auditada por médico distinto daquele responsável pela supervisão **in loco**, o que promove a imparcialidade dessa segunda instância de controle na fase interna da supervisão.

48. Na competência julho/2015, todos os relatórios de críticas foram atestados pelo mesmo supervisor (peças 16-7). No entanto, os documentos equivalentes de agosto e setembro não contêm qualquer atesto (peças 18-21). Assim, não evidenciam o exame, menos ainda o rodízio, entre os médicos. Ademais, cabe registrar que alguns relatórios de bloqueios de setembro foram manuscritos, o que reforça a tese de ausência de normatização e padronização dessas atividades (peça 20, p.30-5).

II.2.2.2.3. Comissão para o Acompanhamento de Convênios

49. Nos casos dos serviços de média complexidade prestados pelos hospitais contratualizados, que recebem incentivos além dos valores da Tabela SUS, a Portaria MS 3.410/2013, em seu art. 32, prevê a realização de mais uma instância de controle. O relatório de faturamento deve ainda ser aprovado pela Comissão de Acompanhamento de Contratualização (CAC), formada por representantes do prestador, da Scar e do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

50. A remuneração desses serviços ocorre com base no atingimento de metas qualitativas e quantitativas que, por sua vez, pautam-se em critérios técnicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A CAC desempenha a função de averiguar, de forma conjunta, o atendimento desses parâmetros, conceder o contraditório e apurar o devido valor a ser pago a título de incentivos a que alude o art. 15, inciso I da Portaria MS 3.410/2013.

51. As reuniões ocorrem no final da competência e separadamente para cada hospital contratualizado. As deliberações são transcritas em ata, com a assinatura de todos os representantes. Em seguida, esse documento é encaminhado junto com o relatório final dos valores devidos à Unidade Orçamentária-Financeira (UOF), que procederá ao pagamento.

II.3. Objetivo e questões de auditoria

52. A presente auditoria teve por objetivo realizar ação de controle relativa aos processos de gerenciamento e pagamento de prestadores públicos e/ou privados, de serviços de saúde ambulatoriais e/ou hospitalares no âmbito do SUS, sob a responsabilidade da SMS. Com o propósito de avaliar em que medida os recursos estão sendo aplicados conforme a legislação pertinente, formularam-se as questões abaixo indicadas:

Questão 1. Os recursos transferidos pela União para cada bloco de financiamento são geridos em conta bancária específica e regularmente movimentados?

Questão 2. Os controles internos aplicados pela Superintendência de Controle, Avaliação e Regulação (SCAR) são eficazes para assegurar a legalidade da liquidação das despesas?

II.4. Metodologia utilizada

53. Os trabalhos foram realizados em conformidade com as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União (Portaria-TCU n. 280, de 8 de dezembro de 2010, alterada pela Portaria-TCU n. 168 de 30 de junho de 2011) e com observância aos Padrões de Auditoria de Conformidade estabelecidos pelo TCU (Portaria-Segecex n. 26 de 19 de outubro de 2009).

54. Com base na materialidade dos recursos repassados pela SMS aos prestadores de serviço de saúde (curva ABC), foram selecionados como amostra quatro hospitais integrantes da rede SUS, quais sejam: Hospital Santa Helena, Hospital da Santa Casa, Hospital Geral Universitário e Hospital do Câncer, todos com personalidade jurídica de entidade beneficente.

55. Durante o planejamento, foram realizadas entrevistas exploratórias com os supervisores administrativos e hospitalares lotados na SMS-Cuiabá em que se buscou mapear os processos de pagamento aos prestadores de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Na execução, foram realizadas entrevistas com os supervisores dos quatro hospitais constantes da amostra.

56. Como testes de controle exploratórios, a fim de averiguar como a SMS atua na conformidade dos processos de liquidação e pagamento, procedeu-se à amostragem não estatística de 67 prontuários de procedimentos hospitalares realizados pelos quatro hospitais. Para tanto, priorizou-se o critério de materialidade. Em complemento, buscou-se contato telefônico com os pacientes da amostra selecionada.

57. Por fim, vale ainda consignar que a equipe de auditoria selecionou amostra de autos de doze processos de pagamento relacionados a serviços de média complexidade prestados pelos quatro hospitais objeto da auditoria nas competências julho, agosto e setembro de 2015.

II. 4.1 Testes de controle exploratórios

58. Durante os trabalhos da presente auditoria, suscitou-se a possibilidade de manipulação dos dados gerados pelo SIA e pelo SIH, o que poderia acarretar em pagamentos indevidos aos prestadores de serviços. Ante à dificuldade de se obter e comparar os montantes globais dos relatórios desses sistemas, desde a previsão orçamentária até o pagamento, optou-se por realizar testes de controle sobre a documentação produzida, pelos prestadores e sistemas de informação, durante o processo de liquidação.

59. A Ficha de Programação Orçamentária (FPO) consiste em módulo do SIA e SIH que possibilita o registro da programação orçamentária da unidade de acordo com o documento descritivo constante nos contratos. Há, portanto, uma correlação entre esses documentos, de tal maneira a mostrarem coerência entre si no tocante às metas pactuadas.

60. De acordo com o art. 25 da Portaria GMS 3.410/2013, que versa sobre as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), o documento descritivo “é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa (...) acrescido das especificidades locais e anexo ao contrato”.

61. Os convênios assinados com os prestadores de serviço (peça 10) contêm o documento descritivo onde estão descritas as metas quali-quantitativas, bem como os indicadores de desempenho. Conforme cláusulas desse instrumento, é prevista a revisão do documento descritivo caso não se atinja 50% das metas pactuadas em 3 meses consecutivos ou 5 meses alternados ou se alcance percentual superior a 100% de cumprimento de metas por 12 meses consecutivos.

62. Conforme cláusula 10ª, o documento descritivo deve ser revisado a cada trimestre com o objetivo de avaliar a execução do contrato e adequá-lo às necessidades da SMS e do contratado de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira. Já a cláusula 12ª prevê que as metas físicas

relacionadas ao valor fixo do convênio poderão sofrer alterações de 5% para mais ou para menos sem haver alteração do montante financeiro.

63. *Em relação aos hospitais amostrados, as FPO disponibilizadas dos meses de abril a setembro/2015 (peça 11) não apresentaram diferença nos pagamentos, apenas em alguns casos houve diferença entre a previsão orçamentária e a execução física.*

64. *Nesses casos, vê-se que os procedimentos foram efetivamente pagos, do que se pode deduzir que, embora não houvesse previsão de metas para exame, por exemplo, de dosagem de antígeno prostático (PSA) na FPO para os meses de abril a julho em relação ao Hospital do Câncer (peça 11, p.26), o apresentado pelo hospital foi aprovado pelo SIA.*

65. *O não bloqueio do pagamento é explicado pela lógica de que os exames realizados pelos hospitais são imprescindíveis para a saúde do paciente. Portanto, não deveriam sofrer qualquer paralisação. No Sigtap, vê-se que os procedimentos estão estruturados como grupo (1^o e 2^o dígitos), subgrupo (3^o e 4^o dígitos), forma de organização (5^o e 6^o dígitos) e código (7^o a 10^o dígitos).*

66. *No documento descritivo, os procedimentos estão elencados apenas até o nível de subgrupo. Dessa forma, havendo disponibilidade orçamentária dentro do subgrupo, os procedimentos serão pagos, constando ou não da programação da FPO. Consulta ao convênio do Hospital do Câncer (peça 10, p.38) esclarece que o procedimento 0202 consta do documento descritivo como “diagnóstico em laboratório clínico”, que engloba o procedimento 020203010.*

67. *Diante disso, é possível afirmar que as regras previstas no convênio deixam claro que as metas são passíveis de alteração, conforme se verifique maior ou menor oferta de serviços pelos hospitais contratualizados. Assim, é necessário alterar tanto o documento descritivo, que integra o contrato, quanto a FPO. Todavia, não mostra-se necessário alteração do instrumento contratual.*

68. *A equipe de auditoria solicitou à Scar os relatórios de produção do SIH, que embasaram o pagamento dos quatro hospitais visitados nas competências janeiro a julho de 2015. Em seguida, procedeu-se à seleção de amostra (saliente-se, não estatística) de 67 prontuários referentes aos principais procedimentos hospitalares com base no critério de materialidade. Os serviços ambulatoriais não foram considerados em razão de sua baixa materialidade em confronto com o total repassado pelo SUS.*

69. *Com auxílio dos supervisores médicos responsáveis pelo prestador ou, em razão de sua ausência, de outro médico designado pelo hospital, a equipe de auditoria analisou os documentos comprobatórios da realização dos serviços e exames objetos dos prontuários. Ademais, foi efetuado contato telefônico com aproximadamente metade dos pacientes da amostra visando confirmar a efetiva prestação dos serviços e fornecimento dos materiais descritos nos laudos médicos.*

70. *Os prontuários continham os laudos médicos, imagens de exame, descrições cirúrgicas e notas fiscais necessários à comprovação dos serviços descritos nos prontuários, o que também fora confirmado pelos pacientes contatados pela equipe de auditoria. Dessa forma, não é possível afirmar, ao menos com base na amostra selecionada, que houve manipulação dos dados SIH de tal maneira a beneficiar indevidamente algum hospital, porquanto a liquidação ocorrera conforme as normas de direito financeiro (Lei 4.320/64, art. 63, §1^o).*

71. *Além disso, solicitou-se à UOF os autos de doze processos de pagamento dos procedimentos de média complexidade (contratualizados) referentes aos quatro hospitais visitados nas competências julho, agosto e setembro de 2015 (peça 22). Essa documentação era necessária para se identificar quais documentos embasam a decisão e o montante a ser pago aos prestadores de serviços e sua correlação com os relatórios emitidos pelo SIH.*

72. *Todos os processos continham a ata da reunião mensal da Comissão de Acompanhamento de Contratualização (CAC), aludida nos itens 49 a 51 deste relatório. As ordens de pagamentos eram*

emitidas no exato montante autorizado pela CAC. Vale lembrar, que a referida comissão é composta por representantes do prestador, da Scar e do Conselho Municipal de Saúde e deliberaram com base nos relatórios de produção do SIH. Portanto, eventual manipulação dos dados demandaria o conluio de diversos atores e entidades.

73. Diante dessas ponderações, conclui-se que os testes de controle exploratórios realizados sobre os prontuários médicos e os processos de pagamento dos quatro hospitais visitados, por um lado, evidenciaram a efetiva realização dos procedimentos da amostra; por outro, não revelaram sequer indícios de irregularidades aptas à imputação de débito ou aplicação de multa por parte TCU.

II.5. Limitações inerentes à auditoria

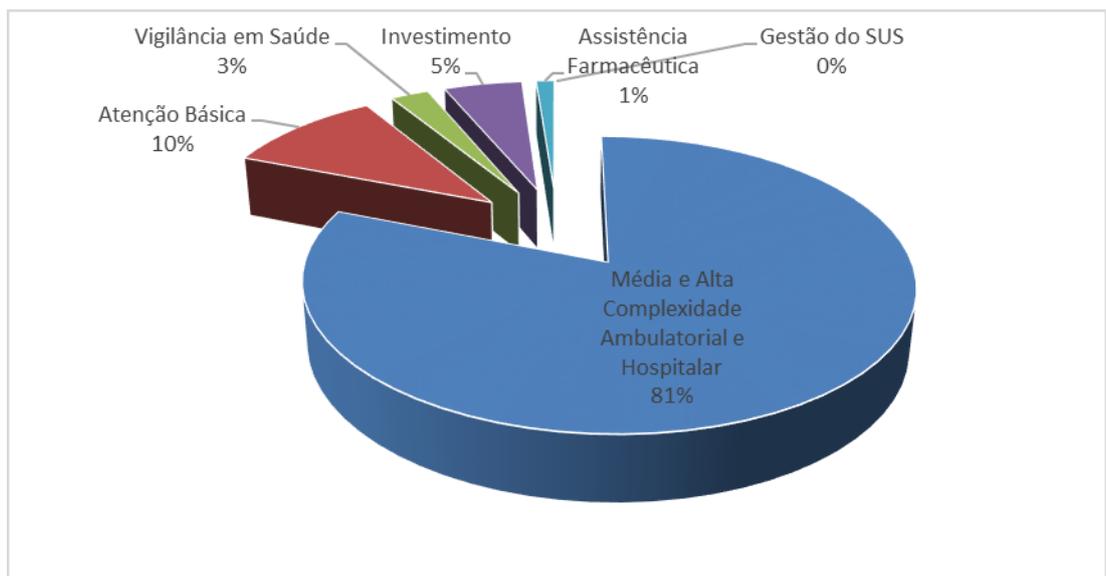
74. Os trabalhos foram realizados em conformidade com as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União e com observância aos Padrões de Auditoria de Conformidade estabelecidos pelo TCU. Contudo, ocorreram limitações aos exames realizados. Cita-se a inexistência de recursos tecnológicos para gerar relatórios padronizados sobre a produção dos hospitais que permitissem comparar os quantitativos e valores previstos, produzidos e efetivamente pagos.

75. Ademais, outro fator digno de nota refere-se à ausência dos supervisores hospitalares em dois estabelecimentos de saúde visitados pela equipe de auditoria. Embora os hospitais tenham disponibilizados outros médicos para auxiliar a equipe de auditoria, a ausência daqueles profissionais impediu uma análise mais aprofundada e fidedigna das atividades cotidianas por eles desempenhadas. Além disso, a amostra de processos analisados nos hospitais não teve caráter estatístico, não sendo possível extrapolar os resultados obtidos para toda a população.

II.6. Volume de recursos fiscalizados

76. O volume de recursos fiscalizados alcançou o montante de R\$ 426.332.357,50, que corresponde ao montante repassado pelo SUS ao município de Cuiabá nos exercícios de 2014 e 2015 (até o mês de setembro). Os recursos compõem seis blocos de financiamento, conforme Gráfico 1 abaixo, com destaque para o bloco de média e alta complexidade que abarcou 81% das transferências.

Gráfico 1: Transferências Fundo a Fundo por Bloco de Financiamento (2014-2015)



Fonte: <http://fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>

II.7. Benefícios estimados da fiscalização

77. *Entre os benefícios estimados desta fiscalização pode-se mencionar o incremento da economia, eficiência, eficácia ou efetividade do órgão ou entidade da administração pública, notadamente, no sentido do aperfeiçoamento do processo de controles internos da SMS referentes à supervisão dos procedimentos médicos financiados pelo SUS.*

III. Achados de auditoria

3.1. Regulamentação deficiente das atividades de supervisão administrativa

78. *Durante as visitas técnicas ao Hospital Santa Helena, Hospital Geral Universitário, Hospital de Câncer e Santa Casa de Misericórdia, os supervisores administrativos alegaram desconhecer qualquer normativo que disciplinasse os trabalhos de supervisão dos serviços conveniados com o SUS. Também informaram que as atividades **in loco** iniciaram havia dois anos, embora não soubessem especificar se a nova sistemática fora implantada por ato formal da SMS ou de qualquer outro órgão público.*

79. *Ainda segundo os supervisores, a Scar já teria elaborado esboço de normativo, mas que ainda se encontrava em fase de aprovação. Em resposta aos auditores do TCU, a superintendência encaminhou dois documentos intitulados “Normas e Rotinas da Supervisão Administrativa” e “Princípios e Normas da Supervisão Médica Ambulatorial” (peça 8), que serão objeto de exame técnico a seguir.*

80. *Quanto às Normas e Rotinas, vale observar que, embora aluda a “supervisão hospitalar” e elenque atividades a serem realizadas durante as internações, tais atribuições consistem de fato em supervisão administrativa. Isso porque referem-se a tarefas essencialmente administrativas, como o registro de dados sobre a utilização dos leitos e entrevistas de pacientes, executadas por enfermeiros e assistentes sociais. Por isso, nesta análise serão identificadas como supervisão administrativa hospitalar.*

81. *Saliente-se que o referido documento não disciplina a supervisão hospitalar a cargo dos auditores médicos, tendente a averiguar, com amparo nos laudos, exames e relatórios juntados aos prontuários, a conformidade dos serviços e materiais oferecidos ao paciente durante a internação em relação às normas do Ministério da Saúde que regulamentam o pagamento dos prestadores. Essa questão, no entanto, será melhor abordada no exame técnico do próximo tópico deste relatório.*

82. *As Normas e Rotinas apresentam organograma da Unidade de Supervisão Administrativa da Scar (USA) e apenas três páginas de texto. Não possui cabeçalho ou rodapé e tampouco fazem referência aos responsáveis por sua aprovação e implementação. Limita-se a fornecer listagem de competências das três subunidades da USA, quais sejam, Responsabilidade Técnica, Supervisão Administrativa Ambulatorial e Supervisão Administrativa Hospitalar (peça 8, p. 1-4).*

83. *À Responsabilidade Técnica estariam reservadas funções gerenciais como a coordenação e o monitoramento da frequência, férias e licenças dos supervisores. Ademais, caberia a essa subunidade o controle da movimentação e o arquivamento dos documentos encaminhados pelos hospitais para subsidiar a análise dos relatórios mensais de faturamento emitidos pelos hospitais (peça 8, p.1).*

84. *As Normas e Rotinas encarregam a Supervisão Administrativa Ambulatorial de averiguar a existência e conformidade dos documentos que comprovam a produção ambulatorial e de elaborar relatórios com sugestões de glosas. Na mesma seção, o normativo também alude à “supervisão de contas ambulatoriais” e à “elaboração e avaliação do POA”, sem, contudo, conceituar os termos utilizados, o que inviabiliza a análise desses preceitos (peça 8, p. 2).*

85. *Já a Supervisão Administrativa Hospitalar estaria associada ao acompanhamento das internações, no que diz respeito ao controle dos agendamentos cirúrgicos e da taxa de ocupação e*

permanência nos leitos bem como a realização de pesquisas de opinião sobre a qualidade do atendimento. No entanto, o normativo não especifica a periodicidade desses trabalhos e de que forma os resultados devem ser apresentados à Scar.

86. *Dentre as atribuições dessa subunidade, as Normas e Rotinas também aludem a censo diário, POA, indicadores de qualidade e “ponte com a urgência e emergência sobre os leitos vagos e os reservados”. No entanto, nesse caso, a ausência de conceitos tampouco enseja o devido exame do comando normativo (peça 8, p.3-4).*

87. *Quanto ao documento “Princípios e Normas que Norteiam o Trabalho de Supervisão Médica Ambulatorial” (peça 8, p.5-6), deve-se salientar, primeiramente, que o título se mostra bastante ambíguo. Isso porque, ao falar em “supervisão médica”, entende-se que se trata da auditoria realizada por médico. Ao falar em “supervisão ambulatorial”, deduz-se que não se refira a procedimentos realizados em razão das internações.*

88. *Conforme o processo descrito na seção sobre a visão geral do objeto deste Relatório, a única etapa em que o supervisor médico analisa procedimentos ambulatoriais consiste no exame dos relatórios de críticas produzidos pelo SIA, já na fase interna dos trabalhos. Todavia, o suposto normativo faz diversas menções a procedimentos cirúrgicos ao longo de suas duas (e únicas) páginas, que abrangem cinco tópicos, quais sejam, Introdução, Objetivos, Trabalhos, Glosas e Entregas.*

89. *Na introdução, os Princípios e Normas limitam-se a afirmar que a supervisão médica ambulatorial se norteia pelos princípios do SUS, além da ética e da “defesa dos princípios do SUS e dos prestadores”. O objetivo desses trabalhos consistiria em impedir o pagamento de serviços fictícios ou não autorizados mediante a análise da “coerência interna” dos documentos do prontuário.*

90. *O tópico “Dos trabalhos” prescreve que a supervisão deve pautar-se por documentos comprobatórios da solicitação, autorização e descrição dos procedimentos e que os prontuários serão distribuídos de forma equitativa para exame dos médicos. As seções relacionadas às “Glosas” e “Entregas” acrescentam que, ao final da competência, os supervisores médicos deverão entregar relatório com sugestões de glosas, que devem observar a “origem do problema” e a “reincidência”.*

91. *Diante disso, constata-se que os normativos recebidos não detalham suficientemente as atividades listadas, valendo-se com demasia de termos indeterminados e ambíguos. Tampouco discriminam a periodicidade ou de que forma as informações coletadas devem ser comunicadas à Scar. Ademais, não tem o condão de produzir efeitos na esfera jurídica, pois não foram assinados por autoridade da SMS e publicados na imprensa oficial.*

92. *Não obstante, deve-se registrar que, durante as visitas à SMS e aos hospitais, também houve menção ao Manual Técnico Operacional do SIA (peça 8, p. 7-75), que objetiva apresentar orientações técnicas para operação dos sistemas de captação da produção ambulatorial e subsidiar processos de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria dos serviços de saúde correlatos.*

93. *Esse documento apresenta três seções principais: duas relacionadas à operacionalização dos sistemas informatizados (Seções 4 e 5) e outra às normas técnicas sobre o processamento dos serviços ambulatoriais e ao devido preenchimento dos formulários de solicitação (Seção 6). O manual alude à Tabela de Procedimentos do SUS (Sigtap), que codifica e discrimina todos procedimentos, atributos e regras da produção ambulatorial.*

94. *O Manual Técnico Operacional do SIA de fato traz preceitos atinentes à supervisão administrativa. As Seções 4 e 5 disciplinam normas atinentes às atividades realizadas dentro da Scar e a Seção 6 àquelas exercidas in loco nos hospitais. Todavia, o documento não aborda questões importantes relacionadas, por exemplo, às pesquisas de opinião ou o monitoramento da ocupação e permanência nos leitos contratados pelos SUS.*

95. A equipe de auditoria solicitou a documentação comprobatória da realização dessas atividades em 2015 nos quatro hospitais visitados. Em resposta, a Scar encaminhou relatórios mensais de utilização dos leitos, mas não forneceu os formulários com as taxas diárias de ocupação e permanência que teriam embasado sua elaboração (peça 27). Cabe observar, ademais, que os relatórios apresentam informações bastantes sintéticas.

96. Em diversos casos, a taxa de ocupação de leitos disponíveis para adultos manteve-se acima do quantitativo pactuado. O Hospital Santa Helena destinou, na competência março/2015, 281 leitos para o SUS, o que configura 200,71% do estipulado em contrato. A permanência nos leitos também variou consideravelmente. No Hospital Geral Universitário houve acréscimo de 50% entre março e agosto de 2015. No entanto, a Scar não forneceu qualquer justificativa para essas aparentes anormalidades que podem repercutir sobre os valores devidos aos hospitais.

97. No caso das pesquisas de opinião, apresentaram relatórios de alguns meses de 2015 de tal maneira que não é possível afirmar se foram realizadas ao longo de todo o exercício. Ademais, não forneceram a metodologia, periodicidade, critérios de escolha dos pacientes etc., limitando-se a informar que as pesquisas foram realizadas em 30% dos leitos conveniados pelo SUS. Quando questionados sobre o assunto, alguns supervisores disseram que aplicam os questionários “quando têm tempo”.

98. Como não existe normativo legal disciplinando os trabalhos de supervisão dos serviços ambulatoriais e hospitalares, tais atribuições deveriam ser normatizadas em ato interno da SMS de modo a conferir segurança aos supervisores e padronização das atividades correlatas, com fulcro no princípio da eficiência insculpido no art. 37 da CF/88.

99. No entanto, constata-se que os normativos recebidos pela equipe de auditoria evidenciam esforço bastante incipiente e tímido para esse propósito. Os relatórios de ocupação e permanência e as pesquisas de opinião também reforçam esse entendimento, pois carecem de metodologia que estipule, por exemplo, sua periodicidade, os critérios para a seleção dos pacientes a serem entrevistados ou as providências cabíveis caso esses instrumentos identifiquem irregularidades durante a prestação dos serviços. Cabe destacar que a rotatividade dos gestores à frente da SMS possa explicar a falta de uma rotina de trabalho consagrada ao longo do tempo.

100. Diante dessas considerações, constata-se que a deficiente normatização no âmbito da Scar potencializa prejuízo para a auditoria dos processos de liquidação da despesa decorrentes dos contratos com os prestadores de serviços de saúde. Além disso, enseja o dispêndio de recursos financeiros e humanos para a obtenção de informações esparsas e incoerentes sobre as taxas de utilização de leitos e opiniões dos pacientes, desprovidas de qualquer utilidade para a tomada de decisão.

101. Assim, cabe considerar que a qualidade e a padronização do procedimento de supervisão administrativa e hospitalar repercutem de forma importante na boa e regular liquidação da despesa no SUS, lembrando que no caso de Cuiabá-MT esse montante chegou a cerca de R\$ 345 milhões nos exercícios financeiros de 2014 e 2015 (até o mês de setembro). Portanto, entende-se oportuno e relevante recomendar à SMS que elabore norma interna, mediante instrumentos formais, que padronize as atividades de supervisão administrativa dessa Secretaria.

3.2. Regulamentação deficiente da supervisão hospitalar

102. Os supervisores médicos também alegaram desconhecer qualquer normativo interno da SMS que disciplinasse a supervisão hospitalar. Todavia, aludiram ao Manual Técnico Operacional do SIH, que apresenta orientações técnicas para o registro da produção hospitalar nesse sistema e para os processos de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria dos procedimentos hospitalares (peça 8, p.76-162).

103. O referido documento pode ser dividido em duas partes: a primeira relacionada a normas gerais sobre a operacionalização dos sistemas informatizados e preenchimento dos formulários (Seções 4 e 8); a segunda relacionada às regras específicas para cada categoria de procedimento hospitalar (Seção 9 a 72). O manual também alude à Tabela de Procedimentos do SUS (Sigtab), que codifica e discrimina todos os procedimentos, atributos e regras da produção hospitalar.

104. Tome-se como exemplo o serviço de fisioterapia. O manual informa que se trata de procedimento especial (agrega valor ao principal), que deve ser registrado no Grupo 03, Subgrupo 02, Formas de Organização de 01 a 07 do SISAIH01 e que a quantidade máxima permitida por dia varia conforme o procedimento principal (peça, p.105). No caso de atendimento fisioterapêutico em cirurgia oncológica, o Sigtab autoriza três seções diárias, conforme informações disponíveis no site do DataSUS.

105. Portanto, o Manual Técnico Operacional do SIH de fato traz preceitos atinentes à supervisão hospitalar, tendentes a orientar os supervisores médicos quanto à adequação da natureza e quantitativo dos serviços e exames realizados pelos hospitais contratados no âmbito de cada procedimento hospitalar. Contudo, como já relatado de forma semelhante no item 98 deste relatório, atribuições inerentes à supervisão hospitalar deveriam ser normatizadas em ato interno da SMS de modo a conferir segurança aos supervisores e padronização das atividades correlatas. Apesar do Manual Técnico Operacional do SIH e da Tabela Sigtab, a Scar não dispõe de normativos internos aptos a regulamentar e padronizar os trabalhos de supervisão hospitalar.

106. Para corroborar com esse ponto de vista, valem aqui alguns comentários sobre as constatações dos testes de controle nos hospitais visitados. A equipe de auditoria selecionou, com base nos relatórios de produção do SIH, amostra de 67 prontuários da competência junho de 2015 distribuídos entre as quatro principais categorias de serviços oferecidos pelos hospitais auditados, conforme a peça 9. Em seguida, procedeu-se, com auxílio dos supervisores médicos ou de outro profissional designado pelo hospital, ao exame dos laudos e demais documentos comprobatórios da produção. Por fim, a equipe de auditoria buscou contatar, via telefone, os pacientes com intuito de confirmar a execução dos serviços.

107. Deve-se registrar que não foram identificados indícios ou evidências de irregularidades passíveis de imputação de débito ou aplicação de multa pelo TCU. Todos os laudos, exames de imagens, relatórios de altas, descrições cirúrgicas e notas fiscais (no caso de OPM) apontaram para a efetiva realização dos procedimentos descritos nos prontuários. O mesmo decorre dos contatos telefônicos, ressaltando que parte dos pacientes não foram localizados.

108. Durante os testes, contudo, a equipe identificou que a única manifestação dos supervisores médicos nos prontuários consiste no carimbo e na assinatura dos espelhos da AIH e, em alguns casos, dos laudos de solicitação. Os médicos alegaram que, por conta da supervisão in loco, quaisquer dúvidas referentes à ausência de documentos ou execução de serviços não autorizados são sanadas ao longo da competência. Portanto, raramente torna-se necessário a glosa de pagamentos ou mesmo a emissão de pareceres. Não se pretende aqui criticar a simplicidade desse procedimento de atesto, mas, o que se pretende é definir uma rotina a ser seguida pelo médico supervisor, a fim de que esteja previsto e garantido formalmente um exame completo da documentação aposta nos prontuários.

109. Por essa razão, propõe-se recomendar à SMS que elabore norma interna, mediante instrumentos formais aprovados pelos responsáveis da SMS, que padronize as atividades de supervisão hospitalar notadamente no tocante à metodologia de trabalho que evidencie o exame efetivamente realizado pelos supervisores e enseje a aplicação de penalidades a esses profissionais, na hipótese de descumprimento de suas atribuições, bem como aos prestadores, no caso de violação às regras contratuais, em consonância com o princípio da eficiência insculpido no art. 37 da CF/88.

3.3. Controle deficiente da jornada de trabalho dos supervisores

110. O estatuto dos servidores da Prefeitura Municipal de Cuiabá (Lei Complementar 93/2003) não prescreve carga horária para os cargos da supervisão administrativa e hospitalar. Por isso, a equipe de auditoria solicitou essas informações ao setor de pessoal da Prefeitura, em relação aos supervisores que atuam nos hospitais visitados.

111. A despeito da ausência de resposta, constatou-se que em 2014 o Município publicou edital de concurso para médico especialista em auditoria, enfermeiro e assistente social, informando carga horária semanal de 20 horas para o primeiro e 40 horas semanais para os demais (peça 28). Além disso, a Coordenação do SIA, subunidade da Scar, encaminhou folhas de frequência dos supervisores administrativos referentes às competências agosto, setembro e outubro de 2015 (peça 29).

112. Embora os auditores do TCU tenham agendado duas visitas técnicas para cada prestador com vários dias de antecedência, os supervisores médicos não foram localizados em dois hospitais. A Coordenação do SIH afirmou que inexistia no âmbito da Scar uma sistemática para registrar os horários desses profissionais. Portanto, havia recomendado a utilização dos sistemas de frequência dos hospitais, embora os médicos fossem servidores da SMS. Todavia, muitos prestadores teriam recusado a proposta em razão de um eventual reconhecimento de vínculo trabalhista.

113. Durante as visitas, alguns gestores dos hospitais alegaram que a supervisão hospitalar ocorre apenas quando há prontuários a serem auditados, o que deixa implícito que a carga horária de 20 horas não configura parâmetro para nortear o volume de trabalho. Ademais, tampouco é possível afirmar que os supervisores médicos têm realizado uma análise detida dos documentos, uma vez que sua única manifestação nos prontuários consiste no carimbo e na assinatura, conforme já exposto nesse relatório, como já relatado nos parágrafos 106 a 108 deste relatório.

114. No que tange à supervisão administrativa, algumas folhas de frequência revelam horários de saída e entrada idênticos para toda a competência. Já outras contêm apenas a assinatura do servidor, sem qualquer referência ao período de trabalho. Dessa forma, a documentação apresentada não dispõe dos atributos necessários para evidenciar a carga horária efetivamente cumprida pelos enfermeiros e assistentes sociais da Scar.

115. Diante dessas considerações, constata-se que a Scar não possui uma sistemática devidamente formalizada para controlar o cumprimento da carga horária estipulada no estatuto ou em contratos de trabalho para os supervisores administrativos e médicos. Essa situação poderia ensejar a redução da diligência dos supervisores durante a análise das guias e prontuários e, por conseguinte, a elevação do risco de pagamentos indevidos. Portanto, propõe-se recomendar à SMS que busque aprimorar o controle de frequência da equipe de supervisores da SCAR.

IV. Informações complementares

116. As entrevistas com os supervisores da Scar e os gestores dos hospitais revelaram diversos aspectos dos processos de liquidação e pagamento, ou mesmo alheios a eles, que podem repercutir direta ou indiretamente sobre o equilíbrio econômico-financeiro entre a SMS e os prestadores de serviços de saúde. Os principais pontos discutidos estão elencados a seguir.

IV.1. Segregação das atividades de supervisão administrativa

117. Como relatado no parágrafo 41, quando a Scar recebe o relatório de faturamento, os supervisores administrativos procedem a nova conferência de todos os documentos gerados durante a execução dos serviços ambulatoriais. Isso é necessário para que a Scar se certifique de que as glosas solicitadas ao hospital durante a supervisão in loco foram realmente efetuadas e, dessa forma, excluídas do faturamento. Ademais, funcionaria como segunda instância de controle.

118. Cabe ressaltar, contudo, que essa segunda etapa da supervisão é desempenhada pelo mesmo profissional que atuara in loco. Portanto, o supervisor poderia estar propenso a reduzir seu

grau de atenção por confiar nos trabalhos que ele próprio já realizara anteriormente. Assim, constata-se que a ausência de segregação de funções, in loco e na Scar, potencializa prejuízos à eficácia do controle exercido por essa superintendência e, por via de consequência, pagamentos indevidos.

119. Diante do exposto, propõe-se recomendar à SMS que, na fase interna da supervisão administrativa, respeite o princípio da segregação da função designando equipe distinta da que atuou in loco para verificar a adequação dos relatórios de faturamento com as guias ambulatoriais recebidas dos hospitais.

IV.2. Defasagem dos valores da Tabela SUS

120. Um argumento sempre levantado pelos gestores dos hospitais refere-se à desatualização da Tabela SUS e dos incentivos complementares pagos pelo Ministério da Saúde. A Tabela Sigtap, disponível no site do DataSUS, informa os valores individuais da Tabela SUS, pagos em razão do quantitativo de procedimentos efetivamente realizados. Os incentivos, por sua vez, são remunerados com base no alcance das metas previamente estipuladas no contrato; portanto, não detêm uma correlação direta e proporcional com o número de serviços prestados.

121. Os gestores dos hospitais asseveram que a grande defasagem entre os valores recebidos, por meio do SUS, e aqueles de fato despendidos em razão dos serviços prestados acarreta constante déficit nas contas da instituição. Dessa forma, os hospitais apenas se mantêm em funcionamento em virtude das doações provenientes de pessoas físicas e jurídicas. Nesse cenário, poder-se-ia concluir a maior parte dos serviços requisitados pelo SUS apenas poderia ser prestado por entidades sem fins lucrativos, que recebem doações e benefícios fiscais.

122. De modo a averiguar a veracidade desse argumento, solicitou-se aos prestadores comprovantes dos valores despendidos para alguns serviços ambulatoriais de modo a confrontá-los com os montantes da Tabela SUS e dos incentivos. Não obstante, a equipe de auditoria não obteve qualquer resposta sobre essa questão. Ainda assim, vale registrar que os próprios supervisores médicos corroboraram a tese de defasagem entre os parâmetros financeiros utilizados para remunerar os hospitais e o custo efetivo que lhes são incorridos.

VI.3. Ausência de agendamento da Central de Regulação

123. Em muitos casos, os contratos firmados com os hospitais preveem que 70% do atendimento seja regulado (encaminhado) pela SMS. Todavia, e a despeito da demanda reprimida, a Secretaria não agenda todos os procedimentos contratados. Dessa forma, os hospitais são duplamente penalizados. Em primeiro lugar, porque a remuneração com base na Tabela SUS é calculada sobre o quantitativo de serviços efetivamente prestados. Em segundo, os prestadores podem não alcançar as metas e, portanto, receber valores inferiores a título de incentivos.

124. Alguns gestores apontam como causa a má gestão da regulação de acesso. Outros aduzem à insuficiência de dotação orçamentária para os procedimentos. Contudo, as metas estipuladas nos contratos já dispõem (ou deveriam dispor) de amparo orçamentário. Diante disso, a causa mais provável do problema reside no gerenciamento precário do acesso pela Central de Regulação de Cuiabá, que não regula a quantidade mínima de pacientes necessária à consecução das metas pactuadas.

125. Outro problema relatado diz respeito a comunicação com o usuário. Ainda que o cadastro, por exigência legal, deva ser atualizado, o hospital responsável necessita comunicar o paciente para agilizar o atendimento. No entanto, a longa demora da fila do SUS faz com que se busquem outras formas de atendimento. Dessa forma, é possível que, quando o hospital entra em contato com o usuário, o serviço já foi prestado em outra unidade.

126. Ainda que existam vagas ociosas, os hospitais não estão autorizados a captar pacientes, por conta própria, para compensar a ausência de agendamento por parte da Scar. Para minimizar o risco, o Hospital da Santa Casa, a título de exemplo, adota a prática de contatar os usuários com antecedência de alguns dias de modo a confirmar se ainda pretendem realizar o procedimento agendado. Ainda assim, reputa-se necessário uma flexibilização do percentual de atendimentos que prescindem de regulação prévia da SMS.

IV.4. Absenteísmo

127. Segundo os servidores da Scar, há casos em que, no município de Cuiabá, o absenteísmo alcança 50% das consultas e exames agendados pela Central de Regulação. Tal situação também ocorria nas internações, embora com menos frequência, mas, ainda assim, acarretando prejuízos no cronograma dos atendimentos.

128. Os gestores dos hospitais alegaram que tal fato decorre da deficiência do sistema de regulação. A título de exemplo, tome-se o caso do paciente que inicia o procedimento em certo hospital e aguarda o agendamento da cirurgia, que poderá ser realizada em qualquer outra unidade filiada ao SUS. É possível que, após sentir-se mal, o usuário busque atendimento em outro hospital.

129. Nesse cenário, é possível que os responsáveis pelo sistema de regulação não cancelem a solicitação de cirurgia eletiva (não emergencial) que fora agendada no primeiro hospital. Note-se que, dessa forma, esse serviço não será prestado em razão de falha da própria Administração que não atualizou o sistema e/ou alocou novo paciente para a vaga.

IV.5. Judicialização

130. A judicialização da saúde tem se tornado a alternativa última de pacientes que não conseguem atendimento pela rede SUS, em razão da morosidade do sistema de regulação ou do fato de certos procedimentos não serem financiados pelo SUS. Nesses casos, o paciente tem-se valido de medidas liminares impetradas no judiciário para garantir o direito à assistência médica.

131. Questionados sobre a influência da judicialização no orçamento, os gestores alegaram que a maior parte das liminares se destina a hospitais com fins lucrativos e que referem-se a medicamentos, cirurgias e OPM não cobertos pelo sistema SUS. Por essa razão, a Tabela SUS não configura meio apto à análise dos valores despendidos em razão dos serviços judicializados.

132. É fato que os preços da tabela SUS estão desatualizados, de modo que até os hospitais filantrópicos dispensam certos procedimentos mais onerosos a fim de evitar operar com prejuízo. Todavia, poderão realizá-los, contanto que amparados por ordem judicial liminar, pois, nesse caso, o preço cobrado será o de mercado.

133. As entrevistas revelaram que as liminares são concedidas com base em cotações de preço apresentadas por Advogado, Ministério Público, Defensoria Pública ou pelo próprio hospital onde o paciente encontra-se internado à espera de atendimento. Além disso, segundo os gestores da Scar, após a notificação judicial, a própria SMS também procede a novas cotações de preços.

134. Quando a liminar se refere a materiais não cobertos pelo SUS, o hospital realiza apenas o serviço e recebe o valor da Tabela SUS. O material, por sua vez, é pago diretamente ao fornecedor. Os gestores do Hospital de Câncer informaram que, no caso de OPM, elaboram o orçamento com base na Tabela Brasileira de Medicamentos e Materiais e, no caso de cirurgias, a estimativa é elaborada pelo médico do hospital.

135. As ações que resultam em liminares são geralmente endereçadas, em conjunto, à SMS e também ao prestador. Na hipótese de a Secretaria autorizar o orçamento para atender à solicitação, o hospital é comunicado para realizar o procedimento. Caso contrário, o prestador ainda deve atender à ordem judicial, embora possa interpor recurso contra a decisão, pois inexistente garantia de que será remunerado por procedimento não autorizado pela SMS.

136. Na atual sistemática, se a SMS autorizar os valores, estes poderão ser depositados na conta do próprio hospital, que procede ao pagamento dos fornecedores, ou diretamente em nome destes. No entanto, em ambas as hipóteses, o hospital deve prestar contas ao Ministério Público ou ao Poder Judiciário.

137. Ressalte-se que, no âmbito do TC 016.804/2015-5, está em curso auditoria com o objetivo de identificar o perfil, o volume e o impacto das ações judiciais na área da saúde, bem como investigar a atuação do Ministério da Saúde e de outros órgãos e entidades dos três poderes para mitigar seus efeitos no acesso dos usuários e nos orçamentos das três esferas estatais.

V. Análise dos comentários dos gestores

138. Primeiramente, vale registrar que a secretária-adjunta da SMS, Dra. Iracema Maria Cardoso de Queiroz, participou, em 2/2/2016, de reunião na Secex-MT com a equipe de auditoria com o intuito de expor, pessoalmente, suas considerações acerca dos resultados auferidos na fiscalização sobre os processos de pagamento de prestadores públicos e/ou privados contratados pela referida secretaria. Ademais, apresentou os documentos juntados à peça 20 deste processo, em resposta ao Ofício 1.555/2015-TCU/Secex-MT, que encaminhou o relatório preliminar desta fiscalização para comentários dos gestores.

139. Quanto à recomendação proposta pela equipe de auditoria para que a SMS normatizasse as atividades de supervisão administrativa e hospitalar, a secretária-adjunta forneceu minutas dos normativos denominados “Normas e Rotinas” de cada atividade de supervisão administrativa e hospitalar por parte da Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e da Coordenadoria de Controle e Avaliação Hospitalar (peça 20, p. 18-90).

140. O primeiro documento contém listagem de atribuições dos coordenadores, faturistas, assistentes sociais, enfermeiros e médicos responsáveis pela supervisão dos serviços ambulatoriais. Ademais, fornece mapeamento dos processos de alimentação do SIA. Já o manual de avaliação hospitalar normatiza as competências dos profissionais encarregados de vistoriar a execução dos serviços hospitalares. Em anexo, também aborda os cadernos de orientações operacionais do SIHD2, do CIHA02, do BI, sem contudo, fornecer os textos desses documentos.

141. As minutas apresentadas contém os nomes dos responsáveis por sua elaboração e aprovação, o que inclui o secretário, secretária-adjunto, superintendente de regulação, coordenador de controle e avaliação, coordenador de controle e avaliação ambulatorial e coordenador de controle e avaliação ambulatorial hospitalar, embora não constem suas assinaturas. Segundo a Dra. Iracema, esses documentos serão submetidos para votação e aprovação nos envolvidos no dia 11/2/2016. Em seguida, a SMS procederá à publicação nas próximas semanas.

142. Em complemento, a equipe de auditoria também recebeu o Plano de Ação Municipal de Educação Permanente em Saúde, com a demanda por cursos de capacitação. Para a Superintendência de Controle, Avaliação e Regulação, foram solicitados, a título de exemplo, treinamento nas seguintes áreas:

Quadro 3: cursos demandados para a Scar

Curso	Participantes
Sisreg Hospitalar e Ambulatorial	20
Sistema de Informações Hospitalares (SIHD 2)	5
Utilização ferramenta Business Intelligence (BI)	5
Sistema de Informações Ambulatórias (SIA)	4
APAC ¹	4
Auditoria em serviços de saúde	15
Fluxos de regulação	1

Nota 1: sistema informatizado para procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou custo.

Fonte: peça 20, p. 91-139

143. Quanto à recomendação para que a SMS aprimorasse o controle de frequência da equipe de supervisores administrativos e hospitalares da Scar, a Secretária Adjunta informou que a SMS já havia contratado empresa para instalar o ponto eletrônico para registrar os horários de entrada e saída dos funcionários da secretaria. Ademais, ressaltou que em algumas unidades hospitalares esses trabalhos já haviam sido finalizados.

144. A Secretária Adjunta ressaltou, contudo, que a instalação dos equipamentos de registro de ponto seria inviável em postos de saúde com poucos servidores da SMS. Além disso, asseverou que tal controle não fora autorizado nos hospitais filantrópicos e particulares, onde atuam os supervisores administrativos e hospitalares da Scar, alegando que esses estabelecimentos teriam o receio de caracterizar vínculo trabalhista com esses profissionais. Por essa razão, nessas unidades, o controle do cumprimento da carga horária deveria ser realizado por meio de auditorias.

145. Em resposta a essa ressalva dos gestores, foi proposto que, quando eles encaminharem o plano de ação para implementar as recomendações deste relatório, após o prazo a ser concedido pelo acórdão, a SMS descrevesse a metodologia das auditorias, discriminando sua periodicidade e os responsáveis por sua realização. Enfatizou-se, também, a necessidade de vistoriar não somente a presença dos médicos supervisores, como também a qualidade da supervisão, lembrando que o registro dos horários, ainda que por equipamentos eletrônicos, configura-se mero indício, e não evidência, dos trabalhos desempenhados.

146. A SMS também encaminhou a escala dos horários para os supervisores administrativos e médicos, que atuam in loco e em suas dependências (peça 20, p. 1-17). Além disso, ressaltou que serão publicados após as providências de 11/2/2016, citadas no item 141. Todavia, como já analisado no item 112 deste relatório, muitos supervisores médicos, que deveriam trabalhar vinte horas semanais, não foram encontrados durante as visitas técnicas, embora o hospital tenha sido comunicado com vários dias de antecedência.

147. Por fim, deve-se ressaltar que as informações e documentos fornecidos na reunião de 2/2/2016, pela secretária adjunta da SMS, não suprem, necessariamente, aqueles que vierem a ser eventualmente demandados quando da prolação do acórdão pelo plenário do TCU. Assim, a jurisdicionada ainda terá de apresentar o plano de ação a que alude o item 153.2 deste relatório.

VI. Conclusão

148. As observações, análises e testes realizados ao longo desta auditoria não revelaram indícios ou evidências de irregularidades passíveis de imputação de débito ou aplicação de multa pelo TCU. Isso decorre da existência, nos prontuários examinados, de comprovantes da confirmação, por parte dos pacientes, da realização dos procedimentos.

149. Quanto à primeira questão de auditoria, foi identificado que os recursos transferidos pela União para cada bloco de financiamento estão sendo geridos em contas bancárias específicas e regularmente movimentados com despesas afeitas à área de saúde. Os procedimentos de auditoria aplicados estão descritos na metodologia e, de forma mais detalhada, no apêndice B.

150. Quanto à segunda questão de auditoria, não se pode afirmar que as supervisões administrativa e hospitalar exercidas pela SCAR sejam eficazes para assegurar a legalidade da liquidação de todas as despesas. Isto porque ficou constatada a deficiência na regulamentação das atividades de supervisão administrativa e hospitalar que eleva o risco de prejuízo para a auditoria dos processos de liquidação da despesa. Ademais, enseja o dispêndio de recursos financeiros e humanos para a obtenção de informações esparsas sobre as taxas de utilização de leitos e a percepção dos pacientes sobre o atendimento oferecido, ao passo, que não se sabe qual a utilidade dessas informações para a gestão dos hospitais da rede SUS.

151. Constatou-se, ainda, que a Scar não possui uma sistemática devidamente formalizada para controlar o cumprimento da carga horária estipulada no estatuto ou em contratos de trabalho para os supervisores administrativos e médicos, o que poderia ensejar a redução da diligência dos supervisores durante a análise das guias de exames e prontuários médicos, elevando o potencial de risco de pagamentos indevidos.

VII. Proposta de encaminhamento

152. Ante todo o exposto, submetem-se os autos à consideração superior, propondo:

152.1. Com fundamento no art. 18 da Lei 8.443/1992 c/c art. 208, § 2º, do RI/TCU, recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT (SMS), que busque:

a. elaborar norma interna, mediante instrumentos formais aprovados pelos responsáveis da SMS, que padronize as atividades de supervisão administrativa notadamente no tocante à metodologia, forma, periodicidade e critérios de seleção dos pacientes para o monitoramento das taxas de utilização dos leitos e pesquisas de opinião bem como as providências cabíveis, caso esses instrumentos identifiquem irregularidades na prestação dos serviços (parágrafos 78 a 101 deste relatório);

b. na fase interna da supervisão administrativa, respeitar o princípio da segregação da função designando equipe distinta da que atuou in loco para verificar a adequação dos relatórios de faturamento com as guias ambulatoriais recebidas dos hospitais (parágrafos 117 a 119 deste relatório);

c. elaborar norma interna, mediante instrumentos formais aprovados pelos responsáveis da SMS, que padronize as atividades de supervisão hospitalar notadamente no tocante à metodologia de trabalho que evidencie o exame efetivamente realizado pelos supervisores e enseje a aplicação de penalidades a esses profissionais, na hipótese de descumprimento de suas atribuições, bem como aos prestadores, no caso de violação às regras contratuais (parágrafos 102 a 109 deste relatório);

d. aprimorar o controle de frequência da equipe de supervisores administrativos e hospitalares da SCAR (parágrafos 110 a 115 deste relatório).

152.2. Fixar prazo de sessenta dias para que a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT apresente plano de ação a fim de implementar as recomendações registradas no parágrafo anterior (142.1) deste Relatório, nos moldes dos Padrões de Monitoramento estabelecidos pela Portaria-Segecex 27/2009;

152.3. Encaminhar cópia da deliberação a ser proferida, acompanhada do relatório e do voto que a fundamentarem, aos responsáveis pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT de modo a subsidiar a implementação das recomendações supracitadas; e

152.4. Arquivar o presente processo, com fulcro no art. 169, inciso V, do Regimento Interno do TCU.”

É o relatório.

VOTO

Trata-se de auditoria realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS), no período compreendido entre 14/9/2015 e 27/11/2015, com o objetivo de verificar a regularidade do processo de gerenciamento e de pagamento de prestadores de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. Com base na materialidade dos recursos repassados pela SMS aos prestadores de serviço de saúde, foram selecionados como amostra quatro hospitais integrantes da rede SUS (curva ABC), todos com personalidade jurídica de entidade beneficente.

3. Durante os trabalhos, além da análise documental, foram realizadas entrevistas com os supervisores administrativos e hospitalares lotados na SMS-Cuiabá com o intuito de mapear os processos de pagamento aos prestadores de serviços de saúde no âmbito do SUS.

4. Como testes de controle exploratórios, a fim de averiguar como a SMS atua na conformidade dos processos de liquidação e pagamento, procedeu-se à amostragem não estatística de 67 prontuários de procedimentos hospitalares realizados pelos quatro hospitais. Para tanto, priorizou-se o critério de materialidade. Em complemento, buscou-se contato telefônico com os pacientes da amostra selecionada.

5. Vale ainda consignar que a equipe de auditoria selecionou amostra de autos de doze processos de pagamento relacionados a serviços de média complexidade prestados pelos quatro hospitais objeto da auditoria (competências de julho, agosto e setembro de 2015).

II

6. Ao descrever o processo de gerenciamento dos pagamentos dos serviços de saúde, foi constatado que a primeira atuação dos supervisores da secretaria municipal ocorre **in loco**, de forma concomitante à execução dos serviços contratados.

7. Consoante constatado pela equipe de fiscalização, esse procedimento permite que os supervisores municipais (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) atuem não somente de maneira corretiva, mas também preventiva e educativa, pois os prestadores dos serviços de saúde são constantemente orientados quanto às normas do Ministério da Saúde, reduzindo-se a incidência de faturamentos indevidos.

8. Nessa etapa da fiscalização, são conferidos, à medida que os serviços são prestados, o devido preenchimento dos documentos gerados durante o processo. Ademais, é analisada diariamente a conformidade dos procedimentos hospitalares e especiais prestados pelas entidades contratadas com base nos documentos juntados aos prontuários (v.g. laudo de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, descrição cirúrgica, imagens de raios x, tomografias e notas fiscais de fornecedores).

9. Ocorre, ainda, o monitoramento diário da ocupação e permanência nos leitos destinados ao SUS, alertando-se a Superintendência de Controle, Avaliação e Regulação (Scar) da Secretaria Municipal de Saúde quando houver ociosidade ou utilização indevida por parte do hospital.

10. Ao final do mês de competência, são elaborados relatórios consolidando os dados coletados para a ulterior confrontação com o faturamento. Em complemento, realizam-se pesquisas mensais de opinião com os pacientes de 30% dos leitos destinados aos SUS.

II.1

11. A segunda fase do processo de liquidação de despesa ocorre no âmbito da Superintendência de Controle, Avaliação e Regulação.

10. Nessa fase, os supervisores procedem a nova conferência de todos os documentos gerados durante a execução dos serviços ambulatoriais.

11. Ademais, os arquivos digitais com o faturamento de todos os prestadores de serviços são importados para os módulos de críticas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que realizam o cruzamento dessas informações com o propósito de identificar inconsistências no faturamento emitido pelo hospital.

III

12. A respeito dos trabalhos, a unidade técnica afirma que *“as observações, análises e testes realizados ao longo desta auditoria não revelaram indícios ou evidências de irregularidades passíveis de imputação de débito ou aplicação de multa pelo TCU. Isso decorre da existência, nos prontuários examinados, de comprovantes da confirmação, por parte dos pacientes, da realização dos procedimentos.”*

13. Foram, entretanto, observadas as seguintes impropriedades e oportunidades de melhoria, para as quais proponho a realização de recomendação ao órgão:

- ausência de normas internas que padronizem as atividades de supervisão, notadamente no tocante à definição da metodologia de trabalho;
- desrespeito ao princípio da segregação da função, pois a equipe que atua **in loco** também atua na segunda fase do procedimento de liquidação de despesa; e
- deficiente controle de frequência dos supervisores municipais.

IV

14. Finalmente, não posso deixar de registrar que os trabalhos de fiscalização evidenciam boas práticas no controle de pagamentos de serviços prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, proponho que seja dada ciência ao Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso e à Secretaria de Controle Externo da Saúde do contido nestes autos, de forma a permitir que essas boas práticas, no âmbito de atuação dessa unidade técnica, sejam objeto de disseminação.

15. Diante do exposto, voto por que o Tribunal adote o acórdão que ora submeto à deliberação deste Colegiado.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 16 de março de 2016.

BENJAMIN ZYMLER
Relator

ACÓRDÃO Nº 591/2016 – TCU – Plenário

1. Processo nº TC 024.271/2015-2.
2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Relatório de Auditoria
3. Responsável: Ary Soares de Souza Júnior – Secretário Municipal de Saúde de Cuiabá – (378.624.721-87)
4. Órgão/Entidade: Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.
5. Relator: Ministro Benjamin Zymler.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: Secretaria de Controle Externo no Estado de Mato Grosso (SECEX-MT).
8. Representação legal: não há
9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de relatório de auditoria, ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, ante as razões expostas pelo Relator, em:

9.1. com fundamento no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/92 e 250, inciso III, do Regimento Interno, em fazer as seguintes recomendações à Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá:

9.1.1. elabore norma interna, mediante instrumentos formais aprovados pelos responsáveis da Secretaria Municipal de Saúde, que padronize as atividades de supervisão dos pagamentos de prestadores de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), notadamente no tocante à definição da metodologia de trabalho e ao atendimento ao princípio da segregação de funções;

9.1.2. aprimore o controle de frequência da equipe de supervisores da Superintendência de Controle, Avaliação e Regulação (Scar);

9.2. encaminhar cópia deste acórdão, acompanhado do relatório e voto que o fundamentam, à Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT, ao Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso e à Secretaria de Controle Externo da Saúde;

9.3. arquivar o presente processo, com fulcro no art. 169, inciso V, do Regimento Interno do TCU.

10. Ata nº 8/2016 – Plenário.

11. Data da Sessão: 16/3/2016 – Ordinária.

12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0591-08/16-P.

13. Especificação do quorum:

13.1. Ministros presentes: Raimundo Carreiro (na Presidência), Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zymler (Relator), José Múcio Monteiro e Vital do Rêgo.

13.2. Ministros-Substitutos convocados: Augusto Sherman Cavalcanti e André Luís de Carvalho.

13.3. Ministros-Substitutos presentes: Marcos Bemquerer Costa e Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)
RAIMUNDO CARREIRO
na Presidência

(Assinado Eletronicamente)
BENJAMIN ZYMLER
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
PAULO SOARES BUGARIN
Procurador-Geral