



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO**  
**PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**A DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR NO FATURAMENTO E CUSTEIO**  
**DE UM HOSPITAL ESCOLA**

**ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Glimar de Aquino da Silva**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2016**

**A DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR NO FATURAMENTO E CUSTEIO DE UM  
HOSPITAL ESCOLA**

**Glimar de Aquino da Silva**

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Suzinara Beatriz Soares de Lima**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2016**

**Universidade Federal de Santa Maria - UFSM**  
**Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS**  
**Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em**  
**Saúde EaD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a  
Artigo de Conclusão de Curso

**A DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR NO FATURAMENTO E CUSTEIO DE UM  
HOSPITAL ESCOLA**

elaborado por  
**Glimar de Aquino da Silva**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

**Comissão Examinadora**

---

**Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dr<sup>a</sup>**  
(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

---

**Prof<sup>a</sup>. Vanessa Ramos Kirsten**  
(Examinador)

---

**Prof. Francisco Ritter**  
(Examinador)

Santa Maria, de 06 de setembro de 2016.

# A DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR NO FATURAMENTO E CUSTEIO DE UM HOSPITAL ESCOLA

## DOCUMENTATION IN HOSPITAL BILLING AND COST OF A HOSPITAL SCHOOL

Glimar de Aquino da Silva<sup>1</sup>, Suzinara Beatriz Soares de Lima<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aluno do Curso de Especialização em Gestão da Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Curso de Especialização em Gestão da Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

**Resumo:** O presente estudo tem como objetivo refletir sobre a importância do correto preenchimento da documentação hospitalar e o seu reflexo no faturamento e custeio das instituições. A importância do prontuário médico como ferramenta legal na avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente, como informações vitais para a instituição como caráter legal, e para os demais profissionais da saúde. Este estudo contribui para o ensino, a pesquisa e avaliação da qualidade da assistência prestada pela instituição, uma vez que os documentos são padronizados e destinados ao registro e controle dos cuidados prestados ao paciente pelo serviço de saúde.

**Descritores:** faturamento hospitalar, gestão em saúde

**Abstract:** This study aims to reflect on the importance of correct completion of hospital documentation and its reflection in revenues and defrayal of the institutions. The importance of medical records as a legal tool for assessing the quality of care provided to patients, as vital information for the institution as a legal basis, and for other health professionals. This study contributes to the teaching, research and evaluation of the quality of care provided by the institution, since the documents are standardized and for the registration and control of patient care by the health service.

**Descriptors:** hospital billing, health management

## 1 - Introdução

Há muito tempo o sistema de saúde pública do Brasil vem sendo subfinanciado, fazendo com que diversos prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) percam o interesse e solicitem o seu descredenciamento, conseqüentemente diversos problemas são agravados como: aumento nas filas de espera de pacientes que necessitam realizar procedimentos cirúrgicos, muitas vezes de baixa complexidade, avaliação de especialistas, ou realização de exames. Esta restrição na assistência tem conseqüências sérias na recuperação dos pacientes, e conseqüentemente causa um reflexo direto no encarecimento do sistema público assistencial. A demora na reabilitação reflete na impossibilidade dos pacientes retornarem a vida produtiva, fazendo com que necessitem ficar um longo tempo utilizando seus sistemas de previdência, além de agravar sua patologia, necessitando de procedimentos mais complexos, podendo até levar a um estágio de impossibilidade de retornar a vida produtiva. (CONASS; 2011)

Em meio a todas estas situações geradas pela restrição na assistência à saúde pública, estão os Hospitais Universitários Federais (HUFs) que, na sua grande maioria, tiveram sua estrutura organizacional estabelecida por volta da metade do século vinte. Nos anos 80, quando ainda eram apenas hospitais escolas, desempenhavam suas atividades de ensino pesquisa e extensão apenas prestando assistência à população não contribuinte do INAMPS (Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social). Na década de 90 passaram a fazer parte do SUS, quando o Ministério da Saúde ficou responsável pelo financiamento de custeio e o Ministério da educação pelo pagamento de pessoal. (CONASS; 2011)

O subfinanciamento da prestação de serviço ao Sistema Único de Saúde já vem de muitos anos como é possível se verificar no quadro 1, onde constam alguns exemplos da produção assistencial de alguns HUs e o valor repassado pelo Ministério da Saúde. Como destaca o Manifesto do Cebes – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Abres – Associação Brasileira de Economia da Saúde, Rede Unida e Ampasa – Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde, por ocasião do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, já referido, o subfinanciamento do SUS tem dupla implicação.(CONASS, 2011)

Uma, por impossibilitar os gestores municipais e estaduais de organizarem a oferta de serviços com qualidade (...), o que os compele a sub-remunerar os profissionais e os estabelecimentos prestadores de serviços, a não investir em melhores edificações e equipagem de unidades de saúde e a atrasar com frequência o pagamento de prestadores e fornecedores, pondo em risco a viabilidade da gestão”. Outra, por significar “intensa repressão de demanda, insuportável congestionamento nos prontos-socorros e consultórios de especialidades, impossibilidade da atenção básica (...) “a ser a porta de entrada preferencial com alta resolutividade, e a permanência do predomínio de intervenções tardias: doenças preveníveis não prevenidas, doenças agravadas não atendidas precocemente e mortes evitáveis não evitadas. (CONASS, 2011, p. 10)

Quadro 1. Dados financeiros de produção SUS por meio dos quais se verifica um déficit entre o produzido e o pago (Brasília; 2008)

IFES	HOSPITAL	PRODUZIDO	APROVADO / PAGO	PAGO - PRODUZIDO
UFMS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	34.263.031,48	24.821.946,24	-9.441.085,24
HCPA	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	86.099.214,00	77.163.157,17	-8.963.056,83
HFES	HU CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES	23.658.402,18	18.114.297,97	-5.514.104,21
UFMS	HU MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	15.662.272,02	11.998.495,96	-3.663.776,06
UNIRIO	HU GAFFRÉE E GUINLE	7.941.511,87	5.396.665,80	-2.544.846,07

Fonte: Relatório REHUF/SESu/MEC, Brasília, 2008

Em meio a este panorama preocupante, a economia em saúde vem ganhando papel extremamente relevante em todo o mundo. Os recursos utilizados na prestação da assistência, se por um lado apresentam demanda crescente em função das novas tecnologias, por outro a insuficiência de recursos do setor público e o aumento dos gastos e custos na saúde é acompanhado com preocupação pelos gestores públicos. (CONASS; 2011)

No entanto para que os gestores de saúde pública tenham um retorno referente ao custeio e faturamento de seu hospital, este precisa que sua equipe de profissionais da saúde preencham corretamente os dados dos pacientes e procedimentos que foram realizados no decorrer do atendimento no prontuário médico, sendo este considerado um dos principais documentos hospitalares. O prontuário é um instrumento valioso para o paciente, o médico e demais profissionais da saúde e para a instituição que atende, bem como para o ensino, a pesquisa e avaliação da qualidade da assistência prestada. Nesse sentido um prontuário médico bem preenchido se torna um grande aliado do médico em caso de

defesa e para a instituição que consegue efetuar a cobranças de todos os procedimentos feitos pelo paciente durante sua internação.

Segundo a Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina em seu Art. 1º define o prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestado ao indivíduo.

Dessa forma, o principal objetivo é refletir sobre a atual gestão de custeio dos Hospitais Universitários financiados exclusivamente pelo SUS e a necessidade de reduzir os recursos que deixam de ser repassados, por motivo de Autorizações de Internações Hospitalares glosadas – AIHs, pelos mais diversos motivos, mas principalmente por documentos com erros no preenchimento e/ou incompletos. E os objetivos específicos são: identificar publicações e legislação vigente referente ao custeio dos hospitais universitários e como a gestão poderá evitar os desperdícios de dinheiro quando as contas dos procedimentos realizados são glosadas pelos auditores. A metodologia usada será de pesquisa bibliográfica e descritiva.

## **2 - Faturamento e Custeio Hospitalar**

Durante muitos anos os hospitais eram vistos somente como uma instituição onde seu objetivo era a saúde, mas atualmente sem perder o seu caráter de prestador de serviços de saúde, os gestores públicos estão pensando no hospital como uma empresa que deverá gerar rentabilidade, ou seja, mesmo sendo um hospital 100% SUS este precisa ser rentável, para conseguir manter o exercício de suas atividades com destaque na aquisição de equipamentos, medicamentos, insumos entre outros. Sendo assim os gestores precisam levar em conta a apuração dos custos para elaborar com maior eficiência a negociação com outros convênios.

Neste sentido o gestor público necessita procurar uma contabilidade de custeio e faturamento que pode ser aplicada aos hospitais, segundo Madeira e Teixeira (2004), pode-se destacar três métodos de custeio sendo eles: o custeio por absorção, o custeio variável e o custeio baseado em atividades também conhecido como ABC. O custeio por absorção inclui todos os custos diretos e indiretos em um

certo período nos custos de suas diferentes atividades, sua principal finalidade é a apuração de custos totais de cada produto ou serviço. Já o custeio direto ou variável só inclui os custos dos produtos e serviços de custos diretos e variável e tem como finalidade a determinação da contribuição marginal total ou unitária de cada objeto de custeio e por fim o custeio ABC que trata de administrar os custos indiretos de fabricação ou de serviços e tem como ideia básica mostrar que as operações podem ser subdivididas em atividades. (MADEIRA; TEIXEIRA, 2004, p.. 46 e 47)

Sendo assim, no momento em que o hospital implantar um sistema de custos hospitalares este deverá atender a oito fases distintas e consecutivas sendo elas: conhecimento da instituição; estruturação dos centros de custos; alocação dos custos diretos; identificação dos critérios de rateio; distribuição dos custos comuns; rateio dos centros de custos administrativos; rateio dos centros de custos auxiliares de produção e custo por procedimento. Nesse interim o hospital irá montar um plano de custo integrado a um plano contábil. O plano de custo vai definir os centros de custos possíveis de alocações e o plano contábil define as contas contábeis. (MADEIRA; TEIXEIRA; 2004)

As ações e serviços de saúde, implementados pelos estados, municípios e financiados com os recursos da União e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados pelo Orçamento da Seguridade Social. Segundo o Tesouro Nacional cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

Esses repasses ocorrem por meio de transferências "fundo a fundo", realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de Saúde. As transferências regulares e automáticas constituem a principal modalidade de transferência de recursos federais para os estados, municípios e Distrito Federal, para financiamento das ações e serviços de saúde, contemplando as transferências "fundo a fundo" e os

pagamentos diretos a prestadores de serviços e beneficiários cadastrados de acordo com os valores e condições estabelecidas em portarias do Ministério da Saúde. As transferências voluntárias são, por sua vez, entregas de recursos correntes ou de capital a outra esfera da federação para cooperação, auxílio ou assistência financeira não decorrente de determinação constitucional, legal, ou que se destine ao SUS.(TESOURO NACIONAL; 2015)

O repasse dos recursos e feito diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais sempre observando as condições de gestão, a qualificação e certificação aos programas de incentivos do Ministério da Saúde. Dentro dos hospitais 100% SUS temos como principais fontes de custeio a contratualização hospitalar e dentro desta temos programação financeira; pós fixado FAEC (Fundo de Ações Estratégicas de Compensação); pré fixado média complexidade, pós fixado alta complexidade; pré fixado incentivo financeiro federais.

Conforme a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, em seu Título V, que se refere do financiamento, temos o capítulo I que fala dos recursos, o capítulo II sobre a gestão financeira e capítulo III do planejamento e orçamento.

#### CAPITULO I

##### Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

## CAPÍTULO II

### Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista

de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

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 da 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. (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012) (Vide Lei nº 8.142, de 1990)~~

§ 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.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 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.

### CAPÍTULO III

#### Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu

financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

Segundo Brizola; Gil e Cordoni (2011) a forma de remuneração é um dos desafios para os sistemas de saúde devido ao modelo de atenção e de gestão da saúde, interferindo com isso na eficiência, na qualidade e nos custos dos serviços. Portanto o SUS utiliza o modelo do pagamento por serviço prestado variando nos critérios e tabelas de procedimentos. (BRIZOLA, GIL; CORDONI, 2011, p. 8). Estes também salientam que os sistemas de informação e pagamento do SUS – Sistema de Informação Hospitalar – SIH e o Sistema de Informação Ambulatorial – SAI geralmente apresentam distorções, duplicidades e informações falhas que precisam ser superadas por que o modelo de gestão vigente não estimula a racionalização dos recursos, mas incentiva o aumento de oferta e produção de procedimentos. (BRIZOLA, GIL; CORDONI, 2011)

### **3 - Contratualização Hospitalar**

A contratualização hospitalar, instituída em 2004, é a formalização das relações pactuadas entre gestores e prestadores estabelecendo obrigações recíprocas e pressupõe a definição de demandas e objetivos, metas qualitativas e quantitativas, obrigações e responsabilidades de cada parte envolvida, bem como a definição de critérios e instrumentos de monitoramento e avaliação de resultados.

Através da contratualização o hospital será beneficiado por vários fatores como: adequação ao perfil epidemiológico da sua região de abrangência; inserido em uma rede de serviços de saúde por meio do complexo regulador; atendimento mais humanizado; gestão descentralizada; prestação de serviço de saúde com responsabilidade social e estará capacitado para incorporar tecnologias baseado em critérios racionais e prestação de serviços de qualidade. Quando hospital

contratualiza este consegue diversas vantagens na ampliação dos mecanismos de participação e controle social; valorização dos aspectos referentes ao ensino, pesquisa e produção de conhecimento; uma maior integração ensino-serviço com privilegio da lógica das necessidades de saúde da população e maior comprometimento das equipes profissionais da instituição.

Então a contratualização não pode ser vista como um rito formal para repasses de recursos, compras de serviços ou para facilitar os processos de administração pública, ela deve ser inovadora com um jeito novo de fazer gestão e criar responsabilização entre as partes envolvidas. Ou seja, isto não substitui a gestão, mas exige maior capacidade e organização das equipes e do aparato institucional. A contratualização deve se dar sobre metas e indicadores presentes e futuros e pode ser um instrumento para a gestão na construção de uma saúde melhor e com aplicação mais eficiente dos recursos (López, COSEMS/SP, 2012).

As instituições contratualizadas passam a ter diversas responsabilidades nos eixos da assistência onde deverá zelar pelo cumprimento e prestação da assistência prezando pela resolutividade e cumprindo todos os quesitos que preconiza a atenção, a gestão onde deverá dispor de diversos serviços e demais ações integradas de gestão conforme sua complexidade, ensino e pesquisa onde além de manter suas equipes em constante capacitação e atualização também deverá dispor de programas de capacitação voltados para profissionais da atenção básica e, por fim, da avaliação onde deverá desenvolver ações de monitoramento e avaliação de sua prestação de serviço bem como da resolutividade, cada eixo com diversas ações a serem implementadas e de responsabilidade dos Hospitais Contratualizados (López, COSEMS/SP, 2012).

#### **4 – Programação Financeira**

De acordo com o Tesouro Nacional a Programação Financeira compreende um conjunto de atividades com o objetivo de ajustar o ritmo de execução do orçamento ao fluxo provável de recursos financeiros. Assegurando a execução dos programas anuais de trabalho, realizados por meio do SIAFI, com base nas diretrizes e regras estabelecidas pela legislação vigente.

Logo após a sanção presidencial à Lei Orçamentária aprovada pelo Congresso Nacional, o Poder Executivo mediante decreto estabelece em até trinta

dias a programação financeira e o cronograma de desembolso mensal por órgãos, observadas as metas de resultados fiscais dispostas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

A Programação Financeira se realiza em três níveis distintos, sendo a Secretaria do Tesouro Nacional o órgão central, contando ainda com a participação das Subsecretárias de Planejamento, Orçamento e Administração (ou equivalentes os órgãos setoriais - OSPF) e as Unidades Gestoras Executoras (UGE). Compete ao Tesouro Nacional estabelecer as diretrizes para a elaboração e formulação da programação financeira mensal e anual, bem como a adoção dos procedimentos necessários a sua execução. Aos órgãos setoriais competem a consolidação das propostas de programação financeira dos órgãos vinculados (UGE) e a descentralização dos recursos financeiros recebidos do órgão central. Às Unidades Gestoras Executoras cabem a realização da despesa pública nas suas três etapas, ou seja: o empenho, a liquidação e o pagamento. (Tesouro Nacional)

A contratualização tem por objeto a prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, visando à garantia da atenção integral à saúde, à serem prestados aos usuários que deles necessitam. Dentro da contratualização temos os pagamentos de recursos estaduais e federais.

Dessa forma, os recursos que são provenientes do teto federal de assistência do Ministério da Saúde, serão repassados de acordo com sua forma de financiamento pré ou pós-fixado. Conforme Minuta do Contrato da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul o componente pré-fixado corresponde aos procedimentos de média complexidade e o cumprimento de 100% a 90% das metas qualitativas pactuadas corresponde a um repasse de 40% do valor pré-fixado e o cumprimento de 95% a 105% das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 100% da parcela pré-fixada. Já o componente pós-fixado corresponde ao procedimento de alta complexidade e aos procedimentos estratégicos – FAEC que estão cadastrados e que serão repassados a contratada após o processamento, aprovação e concomitantemente à respectiva transferência financeira do Ministério da Saúde.

Com isso os incentivos estaduais, pagos pós-fixados, serão repassados ao prestador de forma pré-fixada, conforme Resolução da CIB e o não cumprimento da prestação dos serviços acarretará em suspensão dos incentivos ou descontos proporcionais. O cumprimento das metas quantitativas e qualitativas e o

acompanhamento dos serviços contratados deverão ser atestados pela Comissão de Acompanhamento do Contrato através de apresentação de relatório mensal e a avaliação do cumprimento das metas deverá ser global e não por procedimentos específicos. No entanto esses recursos serão repassados da seguinte forma as despesas com a média e alta complexidade – MAC e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e incentivos financeiros federais vão correr por conta dos recursos financeiros da união, suplementado se necessário com recursos financeiros do estado, já as despesas com política de incentivo estadual à qualificação de atenção secundária e terciária em saúde – PIES-AST, vão correr por conta dos recursos financeiros do estado. (Minuta do Contrato SES/RS)

A Portaria Interministerial nº 1.006/2004 elaborou um termo de referencia para a contratualização entre os hospitais de ensino e os gestores de saúde, este busca instrumentalizar a implementação do processo de reestruturação da Política Nacional de Atenção Hospitalar, permitindo com isso o aprimoramento e a inserção destes estabelecimentos no Sistema Único de Saúde – SUS. Esse termo procura redefinir o papel do hospital de ensino no sistema municipal ou de referencia, de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem ofertados em função da necessidade da população. Sendo assim, será determinado metas, qualificação da inserção do hospital de ensino na rede estadual/municipal de saúde, mecanismos de referência e contra-referência com as demais unidades de saúde, mudança de estratégias de atenção, humanização da atenção à saúde, melhoria na qualidade dos serviços prestados, qualificação na gestão hospitalar e desenvolvimento das atividades de educação permanente e de pesquisa de interesse do SUS.

## **5 - Metodologia**

O presente estudo é caracterizado por pesquisa bibliográfica com natureza descritiva, sendo este um estudo sistematizado e desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais e redes eletrônicas, isto é, material acessível ao publico em geral. Segundo Gil (1999) a pesquisa bibliográfica e:

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Parte dos estudos exploratórios podem ser definidos como pesquisas bibliográficas, assim como certo número de pesquisas desenvolvidas a partir da técnica de análise de conteúdo” (GIL, 1999, p. 50)

Através da metodologia objetiva-se descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação através de certas variáveis e compreender e classificar os processos dinâmicos sociais envolvidos, ou seja a metodologia é o estudo dos métodos, especialmente dos métodos das ciências. É um processo utilizado para dirigir uma investigação da verdade, no estudo de uma ciência ou para alcançar um fim determinado.

Foi realizado um levantamento dos conteúdos relacionados a importância da documentação médica no faturamento e custeio dentro de um hospital escola. Em fim a elaboração desse estudo, necessita que seus resultados sejam satisfatórios e devem estar baseados em um planejamento bem elaborado, reflexões conceituais sólidas e conseqüentemente em conhecimento já existentes.

Foi realizada uma busca em periódicos digitais no período de agosto de 2015 a março de 2016, em artigos disponíveis gratuitamente e publicados em português, utilizando os seguintes descritores: faturamento hospitalar, gestão em saúde. Também foi observado na seleção dos artigos a pertinência do tema e estarem com o texto na íntegra para consulta online.

## **6 - Resultados**

Com as palavras financiamento e custeio hospitalar e programação financeira foram encontrados nove artigos referente aos temas programação financeira, princípios e diretrizes para a gestão no trabalho do SUS, auditoria médica, glosa médica; dados essenciais para auditoria de contas médicas hospitalares, custos hospitalares uma proposta de implantação.

Já com as palavras contratualização, gestão e administração pública foram vistos quatro artigos relacionados aos temas contratualização nos serviços de saúde, a modernização da administração pública brasileira, controle interno no faturamento das contas do Hospital Universitário de Santa Maria.

## **7 - Discussão**

Em meio a toda a regulamentação que a contratualização prevê existe um fator cada vez mais relevante no monitoramento da produção das instituições

contratualizadas, onde o Gestor do SUS realiza a auditoria em grande parte dos atendimentos, procedimentos e materiais cobrados e informados nos sistemas de contas médicas, muitas vezes levando a glosa nas contas.

A glosa é o cancelamento das cobranças por serem consideradas indevidas, onde o auditor considera a cobrança não conforme, podendo ser aplicada quando houver qualquer situação de dúvidas em relação a prática adotada pela instituição de saúde. Existem as glosas administrativas que são decorrentes de falhas operacionais no momento da cobrança, as glosas técnicas que são decorrentes da equipe de enfermagem ou médica, onde estão vinculadas a falta de justificativas ou embasamento que se apliquem à indicação de determinado procedimento, e a falta de anotação das equipes durante a assistência prestada ao paciente. (FERREIRA; BRAGA, 2009).

O prontuário médico é o elemento imprescindível neste processo, sendo a mais importante ferramenta legal na avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente, fornecendo informações vitais para a instituição de saúde, o médico e demais profissionais da saúde, para o ensino, a pesquisa e avaliação da qualidade da assistência prestada, este é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados pelos serviços de saúde. (FERREIRA; BRAGA, 2009)

Alguns procedimentos podem auxiliar na diminuição destas glosas e possibilitar as instituições a real arrecadação pelos serviços prestados.

Implementar a informatização hospitalar pode ser a principal ferramenta para possibilitar o faturamento real pelos procedimentos, materiais e medicamentos que foram dispensados para o atendimento do paciente, devendo o mesmo estar integrado a toda instituição, seja nos ambulatórios, internação, serviços especializados, farmácia bem como na controladoria, faturamento e demais áreas administrativas e também de apoio. Esta integração pode propiciar aos gestores conhecer a real situação da instituição, visto que sistemas que não são unificados não possibilitam a apresentação dos dados reais da mesma, fazendo, inclusive, que os gestores fiquem com dados menos concisos para uma eventual negociação de contratualização ou para comprovar o atingimento das metas estabelecidas.

A Comissão de Revisão de prontuários que foi oficializada através da Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2012, do Conselho Federal de Medicina, também tem um papel muito importante no faturamento, visto que as auditorias

ocorrem sempre referente a análise dos prontuários e onde existe uma Comissão efetiva, esta poderá realizar um trabalho de acompanhamento e auditoria interna nos prontuários da instituição, visto que conforme o Art. 5º da referida Resolução a primeira competências da Comissão é *“Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel: a) Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP); b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado; c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico; d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM; e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.”* Desta forma havendo um monitoramento dos prontuários das instituições, conseqüentemente haveria uma menor incidência de inconsistência no preenchimento dos prontuários e inclusão de documentos obrigatórios.

Também a constante capacitação das equipes, tanto da assistência como administrativos que atuam nas diversas unidades poderiam auxiliar no monitoramento dos prontuários, e principalmente na manutenção dos mesmos, visto que são os principais documentos hospitalares, pois trazem o histórico dos principais clientes da instituição, o paciente.

## **8- Conclusão**

Sendo assim, torna-se elementar que as instituições de saúde implementem sistemas de controle interno que possibilitem o monitoramento dos procedimentos

realizados bem como sua correta comunicação aos gestores buscando que o faturamento ocorra de forma integral a produção assistencial.

Embora esta conduta pareça básica no provimento das instituições públicas de saúde, ainda ocorre um índice muito importante de serviços e procedimentos que não são ressarcidos pelo gestor de saúde, e em grande parte das vezes se deve a ineficácia de cobrança das instituições, que tentam equalizar suas finanças através do estabelecimento de médias de produção.

## 9 - Referências

1. Tesouro Nacional. Programação Financeira. [http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/programacao\\_financeira/index.asp](http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/programacao_financeira/index.asp); acessado em 14 de novembro de 2015.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
3. Brasil, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 (Série J Cadernos).
4. Brizola, Jeremias Béquer. GIL; Célia Regina Rodrigues. Junior; Luiz Cordoni. Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. RAS – Vol. 13; Nº 50 – Jan-Mar; 2011; p 07-22.
5. Wikipédia, a enciclopédia livre. Auditoria Médica. [https://pt.wikipedia.org/wiki/auditoria\\_m%C3%A9dica](https://pt.wikipedia.org/wiki/auditoria_m%C3%A9dica). Acessado em 29 de abril de 2016
6. Wikipédia, a enciclopédia livre. Glosa Médica. [https://pt.wikipedia.org/wiki/glosa\\_m%C3%A9dica](https://pt.wikipedia.org/wiki/glosa_m%C3%A9dica); acessado em 28 de setembro de 2015.
7. López, Elaine Machado. Contratualização nos Serviços de Saúde. <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Contratualizacao-Elaine-06-03.pdf>; acessado em 29 de abril de 2016.
8. Kobus, Luciana Schleder Gonçalves. Dados essenciais para auditoria de Contas Médicas Hospitalares experiências em Curitiba-PR. [https://Araguaiana.ifto.edu.br\(...\)/gerenciaemsaudeauditoriaemsaude](https://Araguaiana.ifto.edu.br(...)/gerenciaemsaudeauditoriaemsaude); acessado em 29 de abril de /2016
9. Madeira, Geová José. Teixeira, Maura Fernandes. Custos hospitalares: uma proposta de implantação. Contab. Vista & Rev. Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 45-61, dez. 2004.
10. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 (Série J Cadernos).
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html). Acessado em 14 de setembro de 2015.

12. Conselho Federal de Medicina, Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2012.
13. Motta, Paulo Roberto. A modernização da administração pública brasileira nos últimos 40 anos. RAP; Rio de Janeiro; Edição Especial Comemorativa; 87-96; 1967-2007.
14. Teixeira, Girlei Dario Zemolin. O controle interno no faturamento das contas do Hospital Universitário de Santa Maria: uma análise crítica. Artigo Científico. Santa Maria. 2011. UFSM
15. Ferreira, Tânia S. Braga, André LS. Auditoria em Enfermagem: O Impacto das Anotações de Enfermagem no Contexto das Glosas Hospitalares. Rev. Aquichan, Colômbia. 2009; 9(1): 38-49. Disponível em <http://www.uff.br/anaissegerenf/premio/AUDITORIA%20EM%20ENFERMAGEM%20O%20IMPACTO%20DAS%20ANOTA%C7%D5ES%20DE%20ENFERMAGEM%20NO%20CONTEXTO%20DAS%20GLOSAS%20HOSPITALARES.pdf>, acessado em 29 de abril de 2016.
16. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acessa em 05 de outubro de 2016.