



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MT

RESOLUÇÃO CIB/MT AD REFERENDUM Nº 018 DE 18 DE JUNHO DE 2020.

Dispõe sobre o caráter excepcional, do cofinanciamento estadual ao custeio mensal de leitos em Unidades de Terapia Intensiva/UTI para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19, no território do Estado de Mato Grosso, que atenderem aos termos e requisitos dispostos na Portaria nº 568/2020 do Ministério da Saúde.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO -CIB/MT, no uso de suas atribuições legais e considerando;

I – A Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, do Decreto Federal nº. 7.508 de 28 de junho de 2011, da Resolução nº. 07/ANVISA de 24 de fevereiro de 2010, da Portaria nº. 930/GM/MS de 10 de maio de 2012, da Portaria nº. 3.410/GM/MS de 30 de dezembro de 2013, da Portaria nº. 3.389/GM/MS de 30 de dezembro de 2013, da Portaria nº 529/GM/MS de 1º de abril de 2013, da Portaria nº 2.567/GM/MS de 25 de novembro de 2016, da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017 (Portaria de origem nº 895/GM/MS de 31 de março de 2017);

II - A Lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, em seu Art. 4º "é dispensável a licitação para aquisição de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus de que esta Lei";

III - A Portaria GM/MS nº 356 de 11 de março de 2020, que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19);

IV - A Portaria GM/MS nº 414 de 18 de março de 2020, que autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19;

V – A Portaria SAE/MS nº 237 de 18 de março de 2020 que inclui leitos e procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento exclusivo dos pacientes com COVID-19;

VI – A Portaria GM/MS nº 568 de 26 de março de 2020, que autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19;

VII – O Decreto Estadual nº 456 de 24 de março de 2016, que dispõe sobre o Sistema de Transferência de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências;

VIII – O Decreto Estadual nº 407 de 20 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (2019-nCoV) a serem adotadas pelo Poder Executivo do Estado de Mato Grosso, e dá outras providências em seu Art. 4º "fica autorizada a realização de despesas, inclusive com dispensa de licitação, para aquisição de bens/serviços/insumos de saúde, bem como a Contratualização de serviços de saúde, destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de que trata este Decreto, mediante prévia justificativa da área competente, ratificada pelo Secretário de Estado de Saúde, com fundamento no art. 4º da Lei Federal nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020;

IX – O Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 - Mato Grosso;



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MT

X – A Portaria GBSES nº 020 de 02 de janeiro de 2018 que institui critérios para transferência de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde para Fundo Municipal de Saúde em apoio ao custeio mensal de leitos em Unidade de Terapia Intensiva/UTI - Adulto, Pediátrica, Neonatal e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal-UCIN, credenciada/habilitada elou em processo de credenciamento/habilitação junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de melhoria de acesso para atendimento ao usuário do SUS no Território do Estado de Mato Grosso;

XI A Instrução Normativa GBSES nº 002 que estabelece critérios de pagamento de diárias referente ao cofinanciamento estadual dos leitos de UTI que trata a Portaria nº 020/2018/GBSES de 09 de fevereiro de 2018, com o objetivo de orientar as Secretarias Municipais de Saúde e as Unidades de Saúde.

RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar a definição, em caráter excepcional, do cofinanciamento estadual ao custeio mensal de leitos em Unidades de Terapia Intensiva/UTI Adulto e Pediátrico para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19, no território do Estado de Mato Grosso, que atenderem aos termos e requisitos dispostos na Portaria nº 568/2020 do Ministério da Saúde.

Parágrafo Único: O cofinanciamento de que trata o *caput* deste Artigo se dará por transferência financeira do Fundo Estadual de Saúde para Fundo Municipal de Saúde, por meio de Portaria de ordenamento de despesas.

Art. 2º Estabelecer critérios para o cofinanciamento estadual ao custeio mensal de leitos em UTI Adulto e Pediátrico para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19, conforme o que se segue:

§ 1º Serão cofinanciados somente leitos de UTI dos estabelecimentos hospitalares devidamente habilitados pelo Ministério da Saúde, mediante publicação de Portaria da habilitação, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19.

§ 2º Para identificar as ações relativas ao atendimento da COVID-19, o estabelecimento de saúde deverá adequar e/ou atualizar as informações do CNES conforme Portaria nº 237/SAE/MS de 18 de março de 2020 e/ou outras que estiverem vigentes.

§ 3º As habilitações poderão ser encerradas a qualquer tempo caso seja finalizada a situação de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus, nos termos do art. 5, da Portaria nº 568/GM/MS de 26 de março de 2020.

§ 4º Os leitos de UTI Adulto e Pediátrico habilitados para atendimento da COVID-19 nos termos e requisitos dispostos na Portaria nº 568/2020 do Ministério da Saúde, deverão possuir todos os acessórios e aparatos necessários para o atendimento que se destina (COVID-19) e serem 100% (cem por cento) disponibilizados para acesso a todo o Estado de Mato Grosso, independente da região solicitante, através da Central de Regulação de Urgência e Emergência Estadual e Central Regional.

§ 5º É de obrigação da Unidade de Saúde o envio do Censo Diário para Coordenadoria de Regulação de Urgência e Emergência/CRUE e aos Complexos Reguladores Regionais, nos seus respectivos endereços eletrônicos (caruelh@ses.mt.gov.br e caruelh2@ses.mt.gov.br), 03 (três) vezes ao dia, sendo às 08h00m, 14h00m e as 20h00m nos moldes estabelecido no Anexo II desta Portaria.

§ 6º O processo de pagamento será pós-produção das diárias devidamente faturadas e aprovadas no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD2), atendendo os critérios estabelecidos na Instrução Normativa nº 002/2018/GBSES e demais normativas vigentes.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MT

§ 7º Os estabelecimentos que não utilizam o Sistema SIHD, deverão se adequar conforme preconiza o Ministério da Saúde, para o registro das produções no Sistema de Informações Hospitalar Descentralizado (SIHD01) e posterior apresentação da produção.

Art. 3º Definir que o cofinanciamento estadual ao custeio mensal de leitos em Unidades de Terapia Intensiva/UTI Adulto e Pediátrico para atendimento exclusivo dos pacientes COVID- 19, no território do Estado de Mato Grosso será realizado conforme tabela abaixo:

LEITOS DE UTI (ADULTO, PEDIÁTRICO EXCLUSIVO COVID-19)		VALOR DO LEITO UTI MINISTÉRIO DA SAÚDE AO FUNDO DO MUNICÍPIO Fonte: 112	VALOR INCENTIVO (cofinanciamento) ESTADUAL (Fonte: 134)	TOTAL
UTI ADULTO	08.02.01.029-6 - DIÁRIA DE UTI II – ADULTO - COVID19	RS 1.600,00	RS 400,00	R\$ 2.000,00
UTI PEDIÁTRICA	08.02.01.030-O - DIÁRIA DE UTI II - PEDIÁTRICA - COVID 19	R\$ 1.600,00	RS 400,00	RS 2.000,00

Art. 4º Estabelecer que a Secretaria Municipal de Saúde atenderá as normativas vigentes referente a supervisão dos serviços prestados, monitoramento do censo e indicadores, da produção conforme alimentação dos sistemas de informação, fluxos e trâmites para o pagamento do custeio mensal estadual, conforme modelos padronizados de Relatório Mensal de Diárias de UTI, UCIN, UCO nos Anexo II desta Resolução.

Art. 5º. Deliberar que caberá a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso realizar o monitoramento, supervisão técnica e/ou médica mensal dos serviços prestados pelas Unidades de Saúde e emissão de relatórios conforme Fluxo e *Check List* para instrução de processo de pagamento disposto no Anexo III desta Portaria.

Art. 6º. Esta Resolução entra em vigor após homologada pelo plenário da CIB/MT, revogando a Resolução CIB/MT *Ad Referendum* nº 008 de 02 de abril de 2020.

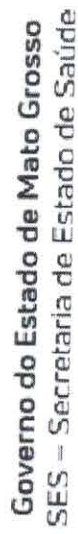
Cuiabá/MT, 18 de junho de 2020.



Gilberto Gomes de Figueiredo
Presidente da CIB /MT



Marco Antônio Norberto Felipe
Presidente do COSEMS/MT



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MT

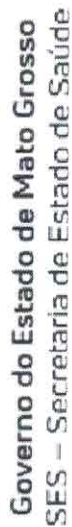
ANEXO I DA RESOLUÇÃO CIB/MTAD REFERENDUM N° 018 DE 18 DE JUNHO DE 2020.

PAPEL TIMBRADO DA UNIDADE HOSPITALAR COM CNPJ

CENSO DIÁRIO – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA/UTI PARA ATENDIMENTO EXCLUSIVO DOS PACIENTES COVID-19

[illegible]

4-4



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MT

ANEXO II DA RESOLUÇÃO CIB/MT AD REFERENDUM Nº 018 DE 18 DE JUNHO DE 2020.

PAPEL TIMBRADO DA UNIDADE HOSPITALAR COM CNPJ

Relatório Mensal de Diárias de UTI para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19

CNES:

Hospital:
Município:
Nº Leitos Habilitados/SUS:

Tipologia de leito: () Adulto () Pediátrico

[illegible]

* Código da alta conforme tabela do Manual Técnico Operacional do Sistema SIH, janeiro/2017 (pg. 15,16)

Taxa de Permanência média na UTL:

Taxa de Ocupação na UTI:

Taxa de Óbito na UTI:

Taxa de Infecção na UTI:

Índice de Pronóstico (Adulto -APACHE II) (Pediátrico-PIM2):

**Assinatura e carimbo do Diretor Clínico ou
Técnico do Hospital**

**Assinatura e carimbo do Médico Auditor/
Supervisor ou Regulador do Município**

**Assinatura e carimbo do Controle e Avaliação da
Secretaria Municipal de Saúde**

Centro Político Administrativo, Bloco 05, CEP 78.050-970, Cuiabá-MT

Telephone: (65) 3613-5409 Email: {HYPERLINK "mailto:secibmt@ses.mt.gov.br"}\}



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MT

ANEXO III DA RESOLUÇÃO CIB/MTAD REFERENDUM Nº018 DE 18 DE JUNHO DE 2020.

Consolidado Mensal Físico e Financeiro de diárias de UTI do Hospital XXXXXXXXX do município de XXXXXX, para pagamento do incentivo estadual da Portaria nº XXXX/GBSES/2020, conforme Instrução Normativa nº 002/GBSES/2018, Competência: XXXXXX/ano									
NOME DA UNIDADE: CNES:									
TIPO DE UTI	QUANTITATIVOS LEITOS			DIÁRIAS VALIDADAS PELO ERS – PAGAMENTO CUSTEIO SES					
	Existentes	Habilitados SUS	Nº diárias apresentadas pelo Hospital	Nº de diárias Aprovadas SIHD2	Nº de diárias Inconsistentes* /Glosas	Nº diárias aptas a pagar incentivo SES (físico)	Valor diária R\$ (financeiro)	Valor total validado a pagar	
ADULTO TIPO II COVID 19 (habilitado)									
PEDIÁTRICA TIPO II COVID 19 (habilitado)									
Total de diárias/Incentivo SES									

Assinatura e carimbo da equipe técnica do Controle e Avaliação/ERS

Assinatura e carimbo do Médico Supervisor e/ou Regulador/ERS



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MT

ANEXO IV DA RESOLUÇÃO CIB/MTAD REFERENDUM Nº 018 DE 18 DE JUNHO DE 2020.

**FLUXO e CHECK LIST PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO DE LEITOS DE UTI
EXCLUSIVO COVID-19**

O fluxo para pagamento dos processos de cofinanciamento ao custeio mensal de leitos de UTI COVID-19 é o que segue:

1) A **Secretaria Municipal de Saúde (SMS)** envia ofício ao Escritório Regional de Saúde (ERS) solicitando pagamento da produção mensal, juntamente com:

A- Relatório Mensal de Diárias da UTI da Unidade Hospitalar (Anexo II) contendo os seguintes dados: nome do paciente, nº Cartão Nacional de Saúde (CNS), município de origem, nº de leito, nº da regulação SISREG, nº da AIH, data e horário da internação, data e horário de alta), diagnóstico, nº de diárias e valor total aprovado, assinado pelo Diretor Clínico da Unidade, Médico Auditor do Município e validado pelo Controle e Avaliação do Município;

B- Espelho da Regulação/SISREG (internação leito UTI);

C- Espelho de Autorização de Internação Hospitalar/AIH;

D- Documento comprobatório de óbito, se houver;

E- Ficha de Sessões de Hemodiálise, se houver.

2) O **Escritório Regional de Saúde (ERS/SES)** confere o relatório mensal apresentado, conforme faturamento SIHD para leitos habilitados ou censo diário para leitos não habilitados.

3) O **Escritório Regional de Saúde (ERS/SES)** emite Relatório Consolidado de Ocupação (Anexo A), com assinatura da equipe do Controle e Avaliação/ERS e médico supervisor (na ausência do médico supervisor, o regulador o fará).

4) O **Escritório Regional de Saúde (ERS/SES)** emite Relatório Técnico com as informações pertinentes a instrução do processo, conforme Modelo padronizado e disponibilizado pela SPCA.

5) O **Escritório Regional de Saúde (ERS/SES)** encaminha toda documentação previamente cadastrada em Sistema de Protocolo Corporativo, via malote (se for o caso), para a Superintendência de Programação, Controle e Avaliação (SPCA/SES) para providências.

6) A **Superintendência de Programação, Controle e Avaliação (SPCA/SES)** recebe o malote e de posse da documentação física procede o trâmite a Coordenadoria de Protocolo/SES para montagem do Processo.

7) Após processo montado, a **Superintendência de Programação, Controle e Avaliação (SPCA/SES)** despacha e tramita o processo para a Coordenadoria de Monitoramento, Controle e Avaliação (COMCASS/SES) para análise, emissão de Parecer Técnico pela equipe de médicos supervisores do Nível Central.

8) A **Coordenadoria de Monitoramento, Controle e Avaliação (COMCASS/SES)** planifica as diárias e valores por unidade hospitalar, elabora a minuta de Portaria e envia por e-mail ao Setor Jurídico/SES-MT para análise. E após analisada, o texto segue para o Gabinete do Secretário (GBSES), para providências quanto a publicação.

9) Após publicação da Portaria em Diário Oficial, a **Coordenadoria de Monitoramento, Controle e Avaliação (COMCASS/SES)** encaminha o Processo instruído com cópia da Portaria, ao Gabinete da Secretaria



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MT

Adjunta de Aquisição e Finanças solicitando o pagamento dos repasses aos Fundos Municipais de Saúde, com *de Acordo* da Secretária Adjunta do Complexo Regulador (GBSAREG).

10) O Gabinete da Secretária Adjunta de Aquisição e Finanças (GBSAAF/SES) (Ordenadora de Despesa) despacha com a Superintendência de Finanças (SUPF) para emissão de empenho ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.

11) A Superintendência de Finanças (SUPF) retorna a Nota de Empenho a Ordenadora de Despesa para assinatura.

12) Após assinatura pela Ordenadora de Despesa, o processo segue para a **Coordenadoria Financeira** para o devido pagamento.

CHECK LIST

Para fins de análise documental e posterior emissão de Parecer Técnico/Médico para pagamento, faz-se necessário constar no processo os seguintes documentos:

1) Memorando do ERS encaminhando o Parecer Técnico e os anexos pertinentes à Superintendência de Programação Controle e Avaliação (SPCA/SES-MT);

2) Relatório Técnico numerado, conforme modelo disponibilizado pela SPCA, devidamente assinado e carimbado pela equipe técnica do Controle e Avaliação do ERS responsável pela supervisão do serviço, juntamente com assinatura e carimbo do Médico Supervisor *(na ausência do médico supervisor, assinará o médico regulador da regional, mas deve-se apresentar a justificativa da ausência do médico supervisor)*;

3) Relatório Consolidado Mensal *(físico e financeiro)* das diárias (Anexo A), quantificando as AIH's apresentadas e de glosadas, bem como o valor total aprovado, emitido e assinado pela equipe técnica do Controle e Avaliação do ERS responsável pela supervisão do serviço, juntamente com assinatura e carimbo do Médico Supervisor *(na ausência do médico supervisor, assinará o médico regulador da regional, mas deve-se apresentar a justificativa da ausência do médico supervisor)*;

4) Ofício expedido pela Secretaria Municipal de Saúde, solicitando o repasse do incentivo financeiro e encaminhando o Relatório Mensal de Diárias da UTI da Unidade Hospitalar;

5) Relatório Mensal de Diárias de UTI (Anexo I) contendo os seguintes dados: nome do paciente, nº Cartão Nacional de Saúde (CNS), município de origem, nº de leito, nº da regulação SISREG, nº da AIH, data e horário da internação, data e horário de alta), diagnóstico, nº de diárias e valor total aprovado da AIH, assinado pelo Diretor Clínico da Unidade, Médico Auditor do Município e Controle e Avaliação do Município;

6) Espelho da Regulação/SISREG (internação leito UTI);

7) Espelho de Autorização de Internação Hospitalar/AIH;

8) Documento comprobatório de óbito, se houver;

9) Ficha de Sessões de Hemodiálise, se houver;

10) Caso ultrapasse o número de diárias/mês da capacidade instalada da Unidade, o Médico Auditor e/ou Supervisor do município deverá apresentar justificativa junto ao Relatório esclarecendo os motivos da excedência de diárias, com validação da Central de Regulação Urgência e Emergência/CRUE.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MT

Observação: O não cumprimento dessas normativas e a não apresentação dos devidos documentos solicitados resultará automaticamente em glosas na produção mensal, ficando sob responsabilidade da unidade prestadora a regularização da documentação pendente para fins de pagamento.