



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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE –CIB/MT

RESOLUÇÃO CIB/MT AD REFERENDUM Nº 007 DE 02 DE ABRIL DE 2020.

Dispõe sobre a vigência da Portaria nº 020/2018/GBSES pelo prazo inicial de 90 (noventa) dias a partir de 1º de abril de 2020 com todos os seus dispositivos. Acrescendo um incremento de valores via coparticipação estadual em caráter excepcional durante vigência do Decreto Estadual nº 407 de 16 de março de 2020.

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 - 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;

V - 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;

VI - A Portaria GBSES nº 020 de 02 de janeiro de 2018 que institui critérios para transferência não obrigatória 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 e/ou 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;

VII - A Portaria GBSES nº 023 de 21 de janeiro de 2020 que prorrogou o prazo de vigência da Portaria nº 020/2018/GBSES até o dia 31 de março de 2020 e alterou o Art. 2º da Portaria nº 073/2019/GBSES, prorrogando por 90 dias a contar de 01 de janeiro de 2020 o prazo para as Unidades de Saúde Hospitalares regularizem o credenciamento/habilitação junto ao Ministério da Saúde;



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

COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT

VIII - A Instrução Normativa nº 002/2018/GBSES que estabelece critérios de pagamento de diárias referente ao cofinanciamento estadual não obrigatório 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 prorrogação da vigência da Portaria nº 020/2018/GBSES pelo prazo inicial de 90 (noventa) dias a partir de 1º de abril de 2020 com todos os seus dispositivos, podendo ser estendido o prazo conforme normativas posteriores, acrescendo um incremento de valores via coparticipação Estadual em caráter excepcional durante vigência do Decreto Estadual nº 407 de 16 de março de 2020;

Parágrafo Único: O cofinanciamento de que trata o *caput* acima se dará por transferência financeira do Fundo Estadual de Saúde para Fundo Municipal de Saúde em apoio ao custeio mensal de leitos em Unidades de Terapia Intensiva/UTI - Adulto, Pediátrica, Neonatal e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal-UCIN.

Art. 2º. Prorrogar para 180 (cento e oitenta) dias, a contar de 1º de abril de 2020, o prazo para a Unidade de Saúde não credenciada/habilitada junto ao SUS, regularizar o credenciamento e habilitação junto ao Ministério da Saúde, a fim de evitar a perda do apoio financeiro estadual que trata esta Portaria, mediante Termo de Compromisso assinado pelo Gestor Municipal e/ou prestador de serviço com anexo do Plano de Providências com cronograma de correção das não conformidades para habilitação conforme Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017.

Art. 3º. O cofinanciamento Estadual ao custeio mensal de leitos em Unidades de Terapia Intensiva/UTI, no território do Estado de Mato Grosso, será realizado excepcionalmente enquanto durar a situação de emergência de saúde pública, de acordo com a tabela abaixo discriminada:

LEITOS DE UTI (ADULTO, PEDIÁTRICO, NEONATAL, UCIN)		VALOR DO INCENTIVO UTI LEITO/DIA/SES (Fonte: 134)	ACRÉSCIMO DE 30,77% VALOR INCENTIVO ESTADUAL (Fonte: 134)
UTI ADULTO	08.02.01.008-3 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI II)	R\$ 721,28	R\$ 943,22
	08.02.01.009-1 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI III)	R\$ 768,03	R\$ 1.004,35
UTI PEDIÁTRICA	08.02.01.015-6 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI II)	R\$ 721,28	R\$ 943,22
	08.02.01.007-5 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI III)	R\$ 768,03	R\$ 1.004,35
UTI NEONATAL	08.02.01.012-1 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN (TIPO II)	R\$ 721,28	R\$ 943,22
	08.02.01.013-0 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN (TIPO III)	R\$ 768,03	R\$ 1.004,35
	08.02.01.023-7 - DIÁRIA DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCo)	R\$ 271,80	R\$ 355,43
	08.02.01.024-5 - DIÁRIA DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (UCINCa)	R\$ 226,50	R\$ 296,19
UTI CORONÁRIA	08.02.01.021-0 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA-UCO TIPO II	R\$ 721,28	R\$ 943,22
	08.02.01.022-9 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA-UCO TIPO III	R\$ 768,03	R\$ 1.004,35
DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PROCESSO DE HABILITAÇÃO / CREDENCIAMENTO		R\$ 1.300,00	R\$ 1.700,00



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

COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT

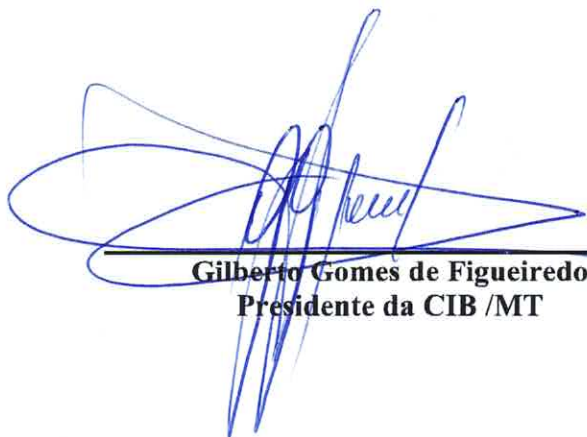
Parágrafo Único: Os valores referentes ao acréscimo, discriminados no *caput* acima, serão aplicados apenas à produção apresentada a partir de 1º de abril de 2020.

Art. 4º. Caberá a Secretaria Municipal de Saúde atender as normativas vigentes referentes 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 Anexos III e IV desta Portaria.

Art. 5º. 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 Anexos VI desta Portaria.

Art. 6º. Esta Resolução entra em vigor após homologada pelo plenário da CIB/MT.

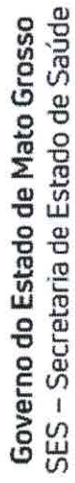
Cuiabá/MT, 02 de abril de 2020.



Gilberto Gomes de Figueiredo
Presidente da CIB /MT

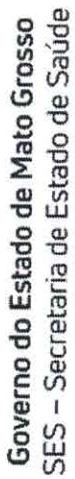


Marco Antônio Norberto Felipe
Presidente do COSEMS/MT



ANEXO I DA RESOLUÇÃO CIB AD REFERENDUM N° 007 DE 02 DE ABRIL DE 2020

CENSO DIÁRIO – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA/UTI



COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE – CIB/MT

ANEXO II DA RESOLUÇÃO CIB AD REFERENDUM N° 007 DE 02 DE ABRIL DE 2020

RELATÓRIO MENSAL DE DIÁRIAS DE UTI, UCIN E UCO

Hospital:

Município:

Nº Leitos Existentes:

Pediátrico

CNES:

Tipologia de leito: () Adulto

—

[illegible]

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

Taxa de Permanência média na UTI:

Taxa de Ocupação na UTI:

Taxa de Óbito na UTL:

Taxa de Infecção na UTI:

Índice de Prognóstico (Adulto -APACHE II) (Neonatal - SNAP II) (Pediátrico-PIM2):

Assinatura e carimbo do Diretor Clínico ou Técnico do Hospital

Município

Assinatura e carimbo do Médico Auditor/Supervisor ou Regulador do

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

Telephone: (65) 3613-5409 - E-mail: secibmt@ses.mt.gov.br



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

COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT

ANEXO III DA RESOLUÇÃO CIB AD REFERENDUM Nº 007 DE 02 DE ABRIL 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	Não Habilitados/ Em processo de credenciamento	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									
PEDIÁTRICA TIPO II									
NEONATAL TIPO II									
UCINCO									
UCINCA									
Total de diárias/Incentivo SES									

* Inconsistência refere-se a AIH's rejeitadas pelo Sistema SIHD, no caso de leitos não habilitados, a inconsistência refere-se a erros na contabilização das diárias.

Assinatura e carimbo da equipe técnica do Controle e Avaliação/ERS
Supervisor e/ou Regulador/ERS

Assinatura e carimbo do Médico

6

Centro Político Administrativo, Bloco 05, CEP 78.050-970, Cuiabá-MT
Telefone: (65) 3613-5409 - E-mail: secibmt@ses.mt.gov.br



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

COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT

ANEXO IV DA RESOLUÇÃO CIB AD REFERENDUM Nº 007 DE 02 DE ABRIL DE 2020

FLUXO e CHECK LIST PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO DE LEITOS DE UTI

O fluxo para pagamento dos processos de cofinanciamento estadual ao custeio mensal de leitos de UTI 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 SIHD02 para leitos habilitados ou censo diário para leitos não habilitados.

3) O **Escritório Regional de Saúde (ERS/SES)** emite Relatório Consolidado de Ocupação (Anexo III), 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 anexo a este Fluxo.

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.



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

COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT

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 Secretária 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 á 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 á Superintendência de Programação Controle e Avaliação (SPCA/SES-MT);

2) Relatório Técnico numerado, conforme modelo disponibilizado pela SPCA (Anexo V), 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 III), 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



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

COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT

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 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 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) 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.

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.