

DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA

O caminho para a Certificação

2ª edição



Brasília – DF
2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes
de Assistência Social em Saúde

O caminho para a **Certificação**

2ª edição

Brasília - DF
2013



© 2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 2ª edição – 2013 – 2.000 exemplares.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde

Edifício Premium, SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, Torre II, cobertura

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-6102

Sites: www.saude.gov.br/dcebas

www.saude.gov.br/cebas-saude

E-mail: dcebas@saude.gov.br

Direção:

Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo

Elaboração:

Claudio Lucio Brasil da Cunha

Elaine Cristina Valadares da Silva Moutinho

Neide Bernardo da Silva

Colaboração:

Adelson Jacinto dos Santos

Alessandra Freitas Pinheiro

Alice Gonçalves Mendes Ribeiro

Brunno Ferreira Carrijo

Carolinna Cavalcante Mota Ribeiro

Débora Chaves Bartocci

Edna Mariza Nunes Guimarães

Gasparina Ferreira da Silva

Moacir Araújo da Silva

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e

Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Site: www.saude.gov.br/editora

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Normalização: Amanda Soares

Revisão: Eveline de Assis

Paulo Henrique de Castro

Silene Lopes Gil

Capa, projeto gráfico:

Kátia Barbosa de Oliveira

Supervisão editorial: Débora Flaeschen

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde.

O caminho para a certificação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

52 p.: il.

ISBN 978-85-334-2036-6

1. Entidades Filantrópicas. 2. Entidades Beneficentes. 3. Certificação. I. Título.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2013/0451

Títulos para indexação:

Em inglês: The path to certification

Em espanhol: El camino a la certificación

SUMÁRIO



APRESENTAÇÃO	7
1 INTRODUÇÃO	9
2 BREVE HISTÓRICO DA LEGISLAÇÃO	11
3 O NOVO OLHAR DA CERTIFICAÇÃO	13
3.1 O que mudou com a nova lei?	13
3.2 Existem outras mudanças significativas?	13
3.3 Qual é a importância da certificação na área da Saúde?	15
4 PROCEDIMENTOS PARA A SOLICITAÇÃO DO CEBAS	17
4.1 Como solicitar o Cebas?	17
4.2 Qual é a importância da data de protocolo do requerimento do Cebas?	18
4.3 Em quais situações o requerimento do certificado deve ser protocolado no MS?	19
4.4 O que é atividade preponderante?	20
5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	21
5.1 Quais são os sistemas gerenciais utili- zados no processo de certificação na área da Saúde?	21

5.2 Qual é a importância desses sistemas para a certificação na área da Saúde?.....	21
5.3 Onde encontrar as informações referentes ao Cebas?	22
6 FAZENDO JUS À CERTIFICAÇÃO	25
6.1 O que uma entidade precisa fazer para obter o Cebas?.....	25
6.2 Como a entidade deve proceder para obter o Cebas por meio da prestação de serviços ao SUS?	26
6.3 E se o gestor do SUS não tiver interesse em contratar o mínimo de 60% dos serviços ofertados pela entidade?.....	27
6.4 Existem outras possibilidades para se obter o Cebas?	28
7 APURANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AO SUS NO PERCENTUAL MÍNIMO DE 60% ..	29
7.1 Como é feita a apuração da prestação anual de serviços ao SUS?	29
7.2 Como é feito o cálculo do percentual de prestação de serviços ao SUS?	31
7.3 Como se calcula o percentual da prestação de serviços ao SUS, considerando-se o conjunto de estabelecimentos da entidade?	36

8	DIVULGAÇÃO.....	43
8.1	Como o MS dá publicidade às decisões e às demais informações referentes à certificação? ...	43
8.2	Como a entidade dá conhecimento à população de que é certificada na área da Saúde?	43
9	SUPERVISÃO	45
9.1	Qual é a importância do processo de supervisão das entidades certificadas na área da Saúde?.....	45
10	OUTRAS DICAS DO DCEBAS	47
11	PARA REFLEXÃO	49

APRESENTAÇÃO



Esta cartilha é uma iniciativa do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DCEBAS/SAS/MS) e foi elaborada com o objetivo de orientar os gestores do SUS e os dirigentes das entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços na área da Saúde para a melhor condução do processo de certificação, em conformidade com a legislação em vigor.

A metodologia utilizada teve a finalidade de expressar de maneira simples e objetiva as orientações necessárias à compreensão do processo de certificação. Para tanto, o documento foi estruturado por meio de perguntas e respostas, apresentando textos explicativos com resumos dos principais conceitos relativos à certificação e com orientações para os dirigentes das entidades e os gestores do SUS.

Esta edição amplia o Capítulo 7, trazendo maior detalhamento sobre a apuração do percentual mínimo de serviços prestados ao SUS, requisito essencial para a certificação das entidades beneficentes de assistência social da área de Saúde.

Esperamos que esta cartilha contribua para que os diversos atores envolvidos participem de maneira efetiva, tornando mais claro “o caminho para a certificação”.

1 INTRODUÇÃO



O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo destes 20 anos de existência, vem se consolidando de forma continuada mediante inúmeras estratégias, com a finalidade de proporcionar assistência integral e qualificada com base nas necessidades da população. Neste cenário, as entidades beneficentes de assistência social constituem um importante segmento na oferta de ações e serviços de saúde.

Cabia ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social, processo pelo qual uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com a finalidade de prestação de serviços na área de Assistência Social, Educação e Saúde, antes denominada “filantrópica”, é reconhecida como *entidade beneficente de assistência social*, com base em requisitos e critérios definidos em lei.

A Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, criou novas regras e atribuiu ao Ministério da Saúde (MS), ao Ministério da Educação (MEC) e ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) a responsabilidade pela certificação das entidades em suas respectivas áreas.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) é responsável pela condução da certificação. Na estrutura da SAS, o Departamento de Certificação de

Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (DCEBAS) executa os procedimentos administrativos com vistas ao efetivo processo de certificação, ou seja, a entidade é reconhecida e obtém o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (Cebas-Saúde), que pode ser de *concessão* ou *renovação*.

Neste contexto, o Ministério da Saúde, por meio do DCEBAS, elaborou um conjunto de ações com a finalidade de sistematizar e otimizar o processo de certificação como mais uma estratégia de fortalecimento do SUS, contribuindo para que as instituições operem com maior eficiência e qualidade, ampliando o acesso da população aos serviços de Saúde.

2 BREVE HISTÓRICO DA LEGISLAÇÃO

- Lei nº 8.212, de 24/7/1991 – Institui o Conselho Nacional da Seguridade Social (CNSS) e estabelece a isenção de contribuições sociais para entidades beneficentes de assistência social.
- Lei nº 8.742, de 7/12/1993 – Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.
- Decreto nº 2.536, de 6/4/1998, e suas alterações – Regras e critérios para a concessão ou renovação do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos (revogado pelo Decreto nº 7.237/2010).
- Lei nº 12.101, de 27/11/2009, e suas alterações – Dispõem sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e regulam os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social.
- Decreto nº 7.237, de 20/7/2010, e suas alterações – Regulamentam a Lei nº 12.101/2009.
- Decreto nº 7.300, de 14/9/2010 – Regulamenta o art. 110, da Lei nº 12.249, de 11/6/2010, e altera o Decreto nº 7.237, de 20/7/2010.
- Portaria MS/GM nº 1.970, de 16/8/2011 – Dispõe sobre o processo de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde (Cebas).

3 O NOVO OLHAR DA CERTIFICAÇÃO

3.1 O que mudou com a nova lei?

A principal mudança foi a *definição das competências* por área de atuação. O MS assumiu a responsabilidade pela certificação das entidades beneficentes de assistência social da área da Saúde. A alteração desta competência tornou a certificação mais qualificada, com análises feitas por áreas técnicas que possuem conhecimento específico da área de atuação das entidades.

3.2 Existem outras mudanças significativas?

Sim. As mudanças das regras trazem um novo olhar para a certificação na área da Saúde, com foco no fortalecimento da gestão do SUS e na melhoria do acesso aos serviços, com qualidade.

Destacam-se as seguintes diretrizes:

1. Participação dos gestores do SUS.
2. O fortalecimento da pactuação da oferta de serviços entre os gestores do SUS e as entidades, por meio de instrumentos contratuais com metas claras e bem definidas.
3. A utilização da produção ambulatorial com a produção de internação hospitalar na comprovação da prestação de serviços ao SUS.

4. A inclusão de ações de saúde prioritárias na composição dos serviços prestados ao SUS pelas entidades.
5. A criação de um Comitê Consultivo como espaço de reflexão e construção coletiva.

O Comitê Consultivo é composto por representantes dos seguintes órgãos e entidades:

- *Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (DCEBAS);*
- *Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);*
- *Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);*
- *Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); e*
- *Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS).*

Os gestores e o Cebas

É um avanço em direção ao fortalecimento do SUS o envolvimento dos secretários estaduais e municipais de saúde na adaptação institucional às novas regras de certificação, de forma que a contrapartida em ações e serviços de saúde esteja em consonância com as necessidades da população.

Merece destaque a inserção das ações prioritárias de saúde no conjunto de critérios adotados para a comprovação da prestação de, no mínimo, 60% de serviços ao SUS pelas entidades, abrangendo as áreas de atenção obstétrica e neonatal, oncológica, de urgências e emergências, atenção aos usuários de álcool, crack e outras drogas e os hospitais de ensino.

3.3 Qual é a importância da certificação na área da Saúde?

A certificação apresenta-se como importante ferramenta para fortalecer a gestão do SUS, promover a adequação, a expansão e a potencialização dos serviços de saúde. Possibilita, ainda, a isenção das contribuições sociais, em conformidade com a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, e a celebração de convênios das entidades beneficentes com o poder público, entre outros benefícios.

4 PROCEDIMENTOS PARA A SOLICITAÇÃO DO CEBAS

4.1 Como solicitar o Cebas?

Para requerer a concessão ou a renovação do Cebas, a entidade deve apresentar ao MS o “Formulário de Requerimento”, que pode ser entregue de forma presencial ao DCEBAS ou encaminhado por via postal, acompanhado dos demais documentos exigidos na legislação em vigor na data do protocolo.

Dica do DCEBAS:

Confira a documentação antes de requerer o Cebas

No momento do protocolo do requerimento, certifique-se de que o formulário esteja com todos os campos preenchidos corretamente e assinado pelo representante legal, além de devidamente comprovado. Verifique, também, se todos os documentos estão sendo apresentados.

Esta atitude evita diligências e torna o processo mais simples e rápido para todos os envolvidos, pois quanto melhor for a instrução do processo, mais fáceis serão a análise, o julgamento e a decisão sobre o pedido.

Visite o site <www.saude.gov.br/cebas-saude> para obter informações sobre:

- o modelo do Formulário de Requerimento; e
- o endereço do DCEBAS/SAS/MS.

4.2 Qual é a importância da data de protocolo do requerimento do Cebas?

A análise dos processos é realizada de forma a seguir a ordem de uma fila, que obedece, rigorosamente, a disposição cronológica, de acordo com a data do protocolo do requerimento. Para os pedidos de renovação, a data é considerada para que se possa verificar se o protocolo ocorreu dentro do prazo estabelecido pela lei, ou seja, no mínimo seis meses antes do vencimento do certificado.

Dica do DCEBAS:

Fique atento ao prazo para protocolar seu pedido de renovação

Quando a entidade protocola o pedido de renovação com o mínimo de seis meses de antecedência do vencimento do certificado, consideramos seu pedido tempestivo. Assim, ela pode usufruir de todos os efeitos da decisão, sem lacunas. Quando a entidade perde o prazo, seu pedido é considerado intempestivo. Com isso, a decisão pode ocorrer após o vencimento do certificado. Neste caso, os efeitos da decisão contam apenas a partir de sua publicação no Diário Oficial da União (DOU), causando uma lacuna, com perdas para a entidade.

Para a melhor compreensão da regra, observe o seguinte exemplo:

Uma entidade possui Cebas com vigência de 1º/1/2010 a 31/12/2012. Considerando a exigência de que o protocolo do pedido de renovação ocorra no mínimo seis meses antes do vencimento do certificado anterior, temos:

- Vencimento do Cebas: 31/12/2012.
- Data-limite para protocolo de renovação tempestivo: 1º/7/2012.
 - Requerimento protocolado até 1º/7/2012 = tempestivo.
 - Requerimento protocolado após 1º/7/2012 = intempestivo.

Observação:

A existência de requerimento tempestivo de renovação pendente de julgamento não impede a entidade de protocolar novo requerimento referente ao certificado seguinte, observando o prazo determinado em lei para os pedidos de renovação (no mínimo, seis meses antes do vencimento do Cebas anterior).

4.3 Em quais situações o requerimento do certificado deve ser protocolado no MS?

Duas situações devem ser consideradas: quando a entidade atua *exclusivamente* na área da Saúde ou quando sua atividade *preponderante* é realizada na área da Saúde.

Protocole o requerimento no ministério responsável pela certificação.

Quando a entidade tem atuação *preponderante* nas áreas de Educação ou Assistência Social, o requerimento deve ser protocolado no MEC ou no MDS.

4.4 O que é atividade preponderante?

É a atividade econômica principal da entidade, registrada no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ). Deve ser compatível com o principal objeto de atuação, que é verificado nas demonstrações contábeis e, caso necessário, nos atos constitutivos e no relatório de atividades.

Dica do DCEBAS:

Verifique a atividade econômica principal antes de solicitar o Cebas

Se houver incompatibilidade entre a informação do CNPJ e o principal objeto de atuação da sua entidade, procure seu contador para solucionar as divergências, realizando a alteração dos atos constitutivos, bem como do CNPJ na Receita Federal, antes de solicitar o Cebas. Isso facilita a identificação da área de atuação preponderante e a constatação da competência do MS para a análise do seu pedido, tornando mais rápido o processo de certificação.

5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO



5.1 Quais são os sistemas gerenciais utilizados no processo de certificação na área da Saúde?

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): <<http://cnes.datasus.gov.br>>
- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS): <<http://www.datasus.gov.br>>
- Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): <<http://www.datasus.gov.br>>
- Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA): <<http://ciha.datasus.gov.br>>



Os sistemas utilizados na certificação constituem bases de dados mantidas pelo Ministério da Saúde, e servem para o gerenciamento eficiente e eficaz da gestão do SUS.

5.2 Qual é a importância desses sistemas para a certificação na área da Saúde?

Comprovar a efetiva prestação de serviços ao SUS.

Os gestores e o Cebas

O gestor é o responsável pela alimentação dos sistemas de informação do SUS. Ele cadastra os estabelecimentos de saúde no CNES, mantendo-o atualizado, e processa a produção ambulatorial e hospitalar (SUS e não SUS) no SIA, no SIH e na CIHA.

No processo de certificação, utiliza-se o CNES como ferramenta de consulta de informações sobre a infraestrutura e o funcionamento das entidades, sobre os dados das mantenedoras e das mantidas, entre outras, o que possibilita a análise das metas pactuadas nos instrumentos contratuais. O SIA, o SIH e a CIHA permitem a verificação dos serviços prestados (SUS e não SUS) pelas entidades certificadas ou que pretendam adquirir o Cebas.

5.3 Onde encontrar as informações referentes ao Cebas?

Tais informações estão disponibilizadas na página do Cebas, que pode ser acessada pelo endereço eletrônico: <www.saude.gov.br/cebas-saude>.

Dica do DCEBAS:

Adicione a página do Cebas à sua lista de favoritos da internet

A página do Cebas é um importante sistema de informações, por intermédio do qual você pode acompanhar as novidades relacionadas à certificação na área da Saúde, bem como entrar em contato com o DCEBAS, por meio do “fale conosco”. Além disso, você pode acessar:

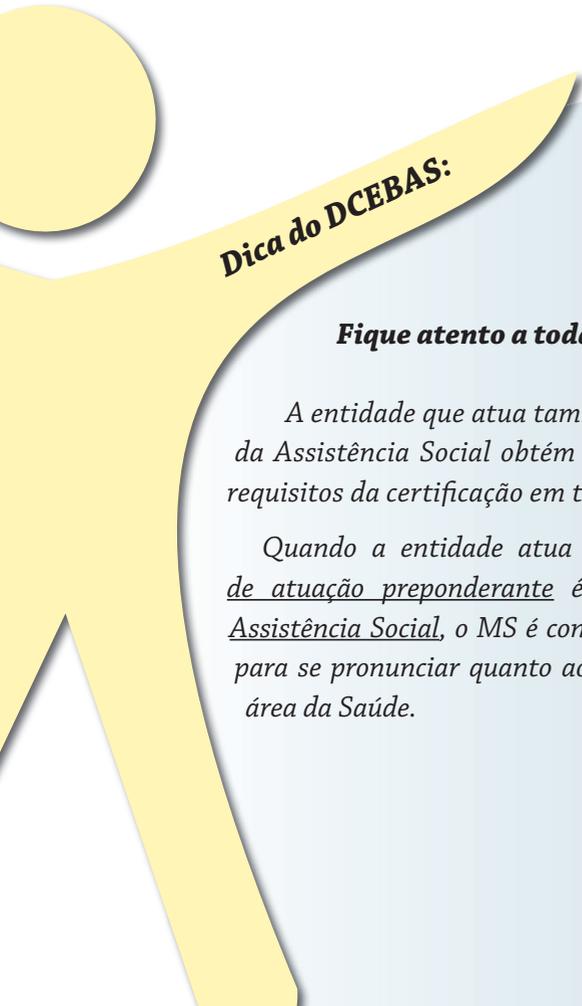
- As informações sobre a certificação na área da Saúde.*
- A legislação referente à certificação.*
- A consulta pública relativa aos recursos em andamento.*
- As respostas às dúvidas mais frequentes.*
- Os modelos de documentos.*
- As informações sobre o andamento do seu processo de certificação.*
- E muito mais!*

6 FAZENDO JUS À CERTIFICAÇÃO



6.1 O que uma entidade precisa fazer para obter o Cebas?

A entidade precisa comprovar que cumpriu todos os requisitos para a certificação no exercício fiscal anterior ao do requerimento.



Dica do DCEBAS:

Fique atento a todas as exigências da legislação

A entidade que atua também nas áreas da Educação e/ou da Assistência Social obtém o certificado quando cumpre os requisitos da certificação em todas as áreas.

Quando a entidade atua no setor Saúde, mas sua área de atuação preponderante é compatível com Educação ou Assistência Social, o MS é consultado pelo MEC ou pelo MDS, para se pronunciar quanto ao cumprimento dos requisitos na área da Saúde.

6.2 Como a entidade deve proceder para obter o Cebas por meio da prestação de serviços ao SUS?

Ela deve ofertar e comprovar a prestação de, no mínimo, 60% de seus serviços ao SUS, com base nas internações hospitalares e nos atendimentos/procedimentos ambulatoriais realizados e registrados nos sistemas de informação do SUS (SIH, SIA e CIHA).

Dica do DCEBAS:

Celebre o instrumento contratual com o gestor do SUS

A lei estabelece que, para fazer jus à certificação, a entidade de saúde deve ofertar e comprovar a prestação de, no mínimo, 60% de seus serviços ao SUS. As metas pactuadas devem ser claras e precisam ser alcançadas pela entidade.

Procure o gestor do SUS para formalizar a relação de prestação de serviços com sua entidade e fique atento às eventuais alterações das metas. Tais mudanças devem constar do instrumento contratual, pois este documento subsidia a análise, o julgamento e a decisão sobre os pedidos do Cebas.

Os gestores e o Cebas

As novas regras fortalecem a relação entre os gestores e as entidades beneficentes, na medida em que a prestação de serviços deve ser pactuada e formalizada por meio de convênio ou instrumento congênere.

A certificação na área da Saúde é uma importante ferramenta para potencializar as ações das entidades beneficentes, como integrantes das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

6.3 E se o gestor do SUS não tiver interesse em contratar o mínimo de 60% dos serviços ofertados pela entidade?

Quando o gestor *contrata* menos de 60% dos serviços da entidade, ela deve aplicar um percentual da sua receita em ações de gratuidade, da seguinte forma:

Tabela 1 – Parâmetros para aplicação da receita em ações de gratuidade

Percentual de atendimento ao SUS	Percentual da receita* aplicado em ações de gratuidade
< 30%	20% da receita
= e > 30% e < 50%	10% da receita
= e > 50% e < 60%	5% da receita

Fonte: Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.

*Receita = valor total efetivamente recebido pela prestação de serviços de Saúde.

Procure o gestor para pactuar as ações de gratuidade

As ações de gratuidade devem ser pactuadas com o gestor do SUS e formalizadas no instrumento contratual.

Dica do DCEBAS:

6.4 Existem outras possibilidades para se obter o Cebas?

Para as entidades de reconhecida excelência, existe a alternativa de certificação por meio da realização de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). O valor aplicado nos projetos não pode ser inferior ao total das isenções usufruídas, sendo permitida a complementação das atividades com a prestação de serviços não remunerados ao SUS, pactuados com o gestor. Neste caso, a complementação não poderá ultrapassar 30% do valor usufruído com a isenção das contribuições sociais.

O art. 110, da Lei nº 12.249 de 11 de junho de 2010, possibilita, para as entidades que prestam serviços decorrentes de Norma Coletiva de Trabalho, a renovação do certificado por meio de ações de gratuidade, pactuadas com o gestor do SUS.

Dica do DCEBAS:

Acompanhe pessoalmente a preparação da documentação contábil

A comprovação da gratuidade dá-se por meio dos demonstrativos contábeis.

Oriente seu setor de contabilidade para que a elaboração dos demonstrativos atenda às exigências da legislação contábil e de certificação e evidencie as informações necessárias, especialmente no que diz respeito à segregação contábil.

Isso evita diligências e dá mais agilidade ao processo.

7 APURANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AO SUS NO PERCENTUAL MÍNIMO DE 60%

7.1 Como é feita a apuração da prestação anual de serviços ao SUS?

Por meio de cálculo percentual simples, com base no total de internações hospitalares e no total de atendimentos/procedimentos ambulatoriais realizados pela entidade (SUS e não SUS). Para o cálculo, as internações hospitalares são medidas por *paciente-dia* e o ambulatório por *número de atendimentos/procedimentos*.

Para fins de comprovação da prestação de serviços ao SUS, observa-se a participação do componente ambulatorial no percentual máximo de 10%.

Paciente-Dia

É a unidade de medida de permanência de um paciente na internação hospitalar (relativa a 24 horas).

O número de pacientes-dia é obtido pelo total das permanências de internações hospitalares, ou seja, o número de diárias de cada internação.

Exemplo:

Uma internação hospitalar (10 dias de permanência) ⇒ 10 pacientes-dia

Uma internação hospitalar (13 dias de permanência) ⇒ + 13 pacientes-dia

Uma internação hospitalar (30 dias de permanência) ⇒ 30 pacientes-dia

Total: 53 pacientes-dia

Número de atendimentos/procedimentos

É a unidade de medida de atendimento ambulatorial.

Corresponde ao total de procedimentos/atendimentos realizados no ambulatório.

Exemplo:

2 atendimentos + 8 exames laboratoriais = 10 procedimentos

Observação:

Não se utiliza “paciente-dia” como unidade de medida na apuração dos atendimentos/procedimentos ambulatoriais.

Confira os dados registrados nos sistemas de informação do SUS

Os dados registrados no SIH, no SIA e na CIHA são utilizados pelo MS para a comprovação da prestação de serviços ao SUS. Portanto, tais informações devem refletir a realidade dos serviços prestados pela entidade.

Antes de solicitar o Cebas, procure observar se os dados registrados nos sistemas são compatíveis com aqueles informados no Relatório de Atividades. Se houver alguma divergência, solicite ao gestor do SUS uma declaração que esclareça a diferença e a apresente ao MS, juntamente com os demais documentos necessários à certificação. Deste modo, você torna seu processo mais consistente e evita diligências.

Dica do DCEBAS:

7.2 Como é feito o cálculo do percentual de prestação de serviços ao SUS?

A partir das informações registradas no SIH, no SIA e na CIHA, obtém-se o número de pacientes-dia e de atendimentos/procedimentos ambulatoriais (SUS e não SUS).

A seguir, apresentamos o *passo a passo* para o cálculo do percentual de prestação de serviços ao SUS. Neste exemplo, o hospital presta serviço ambulatorial e de internação e desenvolve três ações prioritárias:

Passo 1 – Calcule o total de pacientes-dia e apure o percentual de internações hospitalares/SUS.

	72.989	Pacientes-dia / SUS
+	58.627	Pacientes-dia / não SUS
	<hr/>	
	131.616	Pacientes-dia (total)

$$\begin{array}{l}
 131.616 \quad X \quad 100\% \\
 58.627 \quad \quad X\%
 \end{array}
 \quad
 \begin{array}{l}
 (131.616) * X = (58.627) * (100) \\
 131.616 X = 5.862.700 \\
 X = (5.862.700) / (131.616) \\
 X = \underline{44,54\%}
 \end{array}$$

58.627 pacientes-dia/não SUS correspondem a 44,54% do total de internações hospitalares.

$$\begin{array}{l}
 131.616 \quad X \quad 100\% \\
 72.989 \quad \quad X\%
 \end{array}
 \quad
 \begin{array}{l}
 (131.616) * X = (72.989) * (100) \\
 131.616 X = 7.298.900 \\
 X = (7.298.900) / (131.616) \\
 X = \underline{55,46\%}
 \end{array}$$

72.989 pacientes-dia/SUS correspondem a 55,46% do total de internações hospitalares.

Observação:

Se a entidade atingir o percentual mínimo de 60% da prestação de serviços ao SUS por meio das internações hospitalares, considera-se o requisito cumprido.

Passo 2 – Calcule o total de atendimentos e apure o percentual de atendimentos/procedimentos ambulatoriais/SUS.

	213.102	<i>Atendimentos/procedimentos/SUS</i>
+	433.690	<i>Atendimentos/procedimentos/não SUS</i>
<hr/>		
	646.792	<i>Total de atendimentos/procedimentos ambulatoriais</i>

$$\begin{array}{r}
 646.792 \\
 433.690
 \end{array}
 \begin{array}{c}
 \mathbf{X} \\
 \mathbf{X}
 \end{array}
 \begin{array}{c}
 100\% \\
 X\%
 \end{array}
 \begin{array}{l}
 (646.792) * X = (433.690) * (100) \\
 646.792 X = 43.369.000 \\
 X = (43.369.000) / (646.792) \\
 X = \mathbf{67,05\%}
 \end{array}$$

433.690 atendimentos/procedimentos/não SUS correspondem a 67,05% do total de atendimentos/procedimentos ambulatoriais realizados.

$$\begin{array}{r}
 646.792 \\
 213.102
 \end{array}
 \begin{array}{c}
 \mathbf{X} \\
 \mathbf{X}
 \end{array}
 \begin{array}{c}
 100\% \\
 X\%
 \end{array}
 \begin{array}{l}
 (646.792) * X = (213.102) * (100) \\
 646.792 X = 21.310.200 \\
 X = (21.310.200) / (646.792) \\
 X = \mathbf{32,95\%}
 \end{array}$$

213.102 atendimentos/procedimentos ambulatoriais/SUS correspondem a 32,95% do total de atendimentos/procedimentos ambulatoriais realizados.

Observação:

O atendimento/procedimento ambulatorial pode ser incorporado à prestação de serviços ao SUS no percentual máximo de 10% .

Passo 3 - Apure o percentual a ser adicionado em decorrência das três ações prioritárias desenvolvidas pela entidade em questão, considerando 1,5% para cada ação.

Atenção obstétrica e neonatal	1,50%
Atenção oncológica	+ 1,50%
Atenção às urgências e emergências	1,50%
Total	4,50%

As três ações prioritárias desenvolvidas permitem adicionar 4,5% ao total de serviços prestados ao SUS.

Observação:

As ações prioritárias são consideradas no cálculo dos serviços prestados ao SUS quando ocorre a adesão do município às Redes de Atenção à Saúde. As ações desenvolvidas pelas entidades devem estar formalizadas em instrumento contratual.

Passo 4 – Totalize o percentual de serviços prestados ao SUS.

Percentual de paciente-dia/SUS	55,46%
10% de atendimentos/procedimentos ambulatoriais/SUS	+ 10,00%
Percentual referente às ações prioritárias	4,50%
Total	<u>69,96%</u>

Os serviços de internação hospitalar e de atendimento/procedimento ambulatorial prestados ao SUS, acrescidos dos percentuais das ações prioritárias, totalizaram 69,96% dos serviços prestados pela entidade.

Observação:

Neste caso, a entidade cumpre o requisito de prestação de serviços ao SUS.

7.3 Como se calcula o percentual da prestação de serviços ao SUS, considerando-se o conjunto de estabelecimentos da entidade?

Matriz e filiais

O conjunto de estabelecimentos da entidade é constituído por matriz e filiais de mesma raiz de CNPJ, modificada pelo número sequencial.

Exemplo:

CNPJ da matriz = 99.999.824/**0001-54**

CNPJ da filial = 99.999.824/**0002-28**

Para calcular-se o percentual da prestação de serviços ao SUS do conjunto de estabelecimentos da entidade requerente, executam-se os passos 1 a 4 (item 7.2), com base no total das internações hospitalares medidas por paciente-dia e dos atendimentos/procedimentos ambulatoriais (SUS e não SUS) da matriz e de cada uma de suas filiais, conforme mostra o exemplo a seguir:

Composição do percentual de serviços prestados ao SUS, considerando-se uma entidade (matriz) com três estabelecimentos de saúde (filiais)

1. Com base no total de pacientes-dia, executa-se o passo 1 (item 7.2)

Conjunto	Pacientes-dia (SUS)	Pacientes-dia (não SUS)	Pacientes-dia (total)
Matriz	43.789	26.882	70.671
Filial 1	21.200	19.625	40.825
Filial 2	8.000	10.100	18.100
Filial 3	0	2.020	2.020
Total	72.989	58.627	131.616

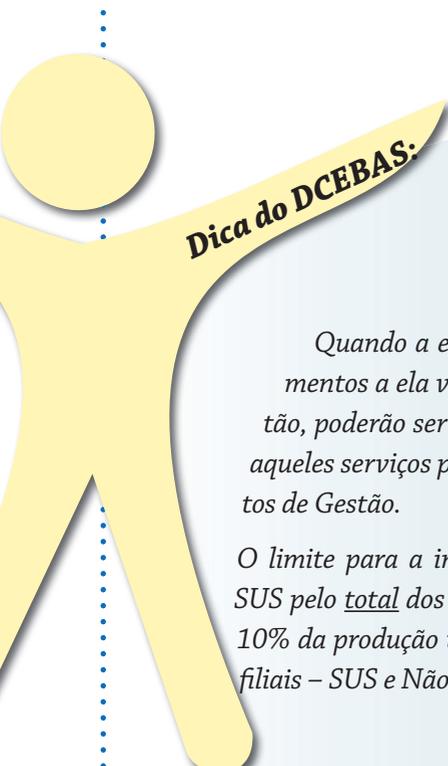
2. Com base no total de atendimentos/procedimentos ambulatoriais, executa-se o passo 2 (item 7.2)

Conjunto	Atendimentos/procedimentos (SUS)	Atendimentos/procedimentos (não SUS)	Atendimentos/procedimentos (total)
Matriz	108.215	200.715	308.930
Filial 1	58.630	141.455	200.085
Filial 2	46.257	83.120	129.377
Filial 3	0	8.400	8.400
Total	213.102	433.690	646.792

3. Após a apuração dos percentuais de pacientes-dia e de atendimentos/procedimentos ambulatoriais, executam-se normalmente os passos 3 e 4 (item 7.2)

Observação:

Se a matriz não for um estabelecimento de Saúde, deve-se considerar apenas os serviços prestados pelas filiais.



Dica do DCEBAS:

**Atente para o cumprimento
do § 2º do art. 4º da Lei nº
12.101/2009**

Quando a entidade requerente possuir estabelecimentos a ela vinculados por força de contrato de gestão, poderão ser incorporados ao total de sua produção aqueles serviços prestados ao SUS pelo total dos Contratos de Gestão.

O limite para a incorporação dos serviços prestados ao SUS pelo total dos Contratos de Gestão é de, no máximo, 10% da produção total da entidade requerente (matriz e filiais – SUS e Não SUS).

A entidade requerente deve possuir produção própria de serviços de internação hospitalar e/ou de atendimentos/procedimentos ambulatoriais. São considerados como produção própria aqueles serviços prestados pelo conjunto de estabelecimentos com a mesma raiz de CNPJ (matriz e filiais).

O exemplo, a seguir, demonstra como ocorre a incorporação dos serviços prestados pelas entidades vinculadas à requerente por força de Contrato de Gestão, no caso de um conjunto de estabelecimentos composto pela matriz, duas filiais (com a mesma raiz de CNPJ da matriz) e duas entidades vinculadas por Contrato de Gestão:

Composição do percentual de serviços prestados ao SUS – conjunto de estabelecimentos (matriz + 2 filiais + 2 estabelecimentos vinculados por Contrato de Gestão).

1. Calcula-se o total de paciente-dia da matriz e de suas filiais e executa-se o passo 1 (ver item 7.2)

Conjunto	Pacientes-dia (SUS)	Pacientes-dia (não SUS)	Pacientes-dia (total)
Matriz	10.978	6.228	17.206
Filial 1	5.480	4.350	9.830
Filial 2	0	1.840	1.840
Total	16.458	12.418	28.876

$$\begin{array}{l}
 28.876 \quad \mathbf{X} \quad 100\% \\
 16.458 \quad \mathbf{X} \quad X\%
 \end{array}
 \quad
 \begin{array}{l}
 (28.876) * X = (16.458) * (100) \\
 28.876 X = 1.645.800 \\
 X = (1.645.800) / (28.876) \\
 X = \underline{57\%}
 \end{array}$$

2. Calcula-se o total de atendimentos/procedimentos ambulatoriais da matriz e das filiais e executa-se o passo 1 (ver item 7.2)

Conjunto	Atendimentos/procedimentos (SUS)	Atendimentos/procedimentos (não SUS)	Atendimentos/procedimentos (total)
Matriz	210.180	230.571	440.751
Filial 1	65.800	154.388	220.188
Filial 2	75.645	7.540	83.185
Total	351.625	392.499	744.124

$$\begin{array}{l}
 744.124 \quad \mathbf{X} \quad 100\% \\
 351.625 \quad \mathbf{X} \quad X\%
 \end{array}
 \quad
 \begin{array}{l}
 (744.124) * X = (351.625) * (100) \\
 744.124 X = 35.162.500 \\
 X = (35.162.500) / (744.124) \\
 X = \underline{47,25\%}
 \end{array}$$

3. Calcula-se o total de pacientes-dia SUS de todas as entidades vinculadas por Contrato de Gestão (ver item 7.2)

Vinculação	Pacientes-dia (SUS)	Pacientes-dia (não SUS)	Pacientes-dia (total)
CONTRATO DE GESTÃO 1	93.715	0	93.715
CONTRATO DE GESTÃO 2	140.320	0	140.320
TOTAL DOS CONTRATOS	234.035	0	234.035

4. Calcula-se o total de atendimentos/procedimentos ambulatoriais SUS de todas as entidades vinculadas por Contrato de Gestão (ver item 7.2)

Vinculação	Atendimentos/procedimentos (SUS)	Atendimentos/procedimentos (não SUS)	Atendimentos/procedimentos (total)
CONTRATO DE GESTÃO 1	868.350	0	868.350
CONTRATO DE GESTÃO 2	403.230	0	403.230
TOTAL DOS CONTRATOS	1.271.580	0	1.271.580

Observação:

Neste exemplo, o total de pacientes-dia SUS das duas entidades vinculadas por Contrato de Gestão é de 234.035 e o total de atendimentos/procedimentos é de 1.271.580. Considerando que o limite para a incorporação desses serviços é de 10% da produção total da requerente, é permitido à entidade requerente acrescentar ao total de seus serviços prestados ao SUS (matriz e filiais) o quantitativo de 2.888 pacientes-dia e 74.412 atendimentos/procedimentos realizados pelas entidades vinculadas.

5. Acrescenta-se ao total de pacientes-dia SUS da requerente o quantitativo permitido de pacientes-dia do total dos Contratos de Gestão (10% do total de pacientes-dia da requerente) e executa-se o passo 1 (ver item 7.2)

Conjunto de Estabelecimentos	Pacientes-dia (SUS)	Pacientes-dia (não SUS)	Pacientes-dia (total)
PACIENTES-DIA (MATRIZ + FILIAIS)	16.458	12.418	28.876
CONTRATOS DE GESTÃO (LIMITE PERMITIDO)	2.888	-	2.888-
TOTAL DE PACIENTES-DIA	19.346	12.418	31.764

$$\begin{aligned}
 31.764 & \quad X \quad 100\% \\
 19.346 & \quad X \quad X\% \\
 (31.764) * X &= (19.346) * (100) \\
 31.764 X &= 1.934.600 \\
 X &= (1.934.600) / (31.764) \\
 X &= \underline{61\%}
 \end{aligned}$$

6. Acrescenta-se ao total de atendimentos/procedimentos SUS da entidade requerente o quantitativo permitido de atendimentos/procedimentos SUS do total dos Contratos de Gestão (10% do total de atendimentos/procedimentos da requerente) e executa-se o passo 1 (ver item 7.2)

Conjunto de Estabelecimentos	Atendimentos/procedimentos (SUS)	Atendimentos/procedimentos (não SUS)	Atendimentos/procedimentos (total)
ATENDIMENTOS (MATRIZ + FILIAIS)	351.625	392.499	744.124
CONTRATOS DE GESTÃO (LIMITE PERMITIDO)	74.412	0	74.412-
TOTAL DE ATENDIMENTOS	426.037	392.499	818.536

$$\begin{aligned}
 818.536 & \quad X \quad 100\% \\
 426.037 & \quad X \quad X\% \\
 (818.536) * X &= (426.037) * (100) \\
 818.536 X &= 42.603.700 \\
 X &= (42.603.700) / (818.536) \\
 X &= \underline{52\%}
 \end{aligned}$$

Observação:

1. O acréscimo dos serviços referentes ao total dos Contratos de Gestão implica o ajuste do total de serviços da requerente (matriz e filiais).
2. Neste exemplo, a incorporação dos serviços prestados por meio dos Contratos de Gestão possibilitou o seguinte incremento:
 - a) O percentual de pacientes-dia SUS passou de 57% para 61% – aumento de 4%.
 - b) O percentual de atendimentos/procedimentos ambulatoriais SUS passou de 47% para 52% – aumento de 5%.

7. Totaliza-se o percentual de serviços prestados ao SUS da requerente (ver item 7.2)

Percentual de paciente-dia SUS		61%
10% de atendimentos/procedimentos ambulatoriais	+	10%
Total		<u>71%</u>

O percentual de paciente-dia SUS, acrescido de 10% dos atendimentos/procedimentos ambulatoriais SUS, totalizaram 71% de serviços prestados ao SUS pela entidade requerente. Neste exemplo, a entidade cumpre o percentual mínimo de prestação de serviços ao SUS.

Observação:

Para o incremento referente às ações prioritárias de Saúde, deve-se seguir a orientação da página 34 (passo 3).

8 DIVULGAÇÃO

8.1 Como o MS dá publicidade às decisões e às demais informações referentes à certificação?

As decisões são formalizadas por meio de portarias da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), publicadas no *Diário Oficial da União (DOU)* e disponibilizadas na página do Cebas.

A divulgação é importante porque dá transparência e cria condições para que gestores públicos, entidades beneficentes, usuários dos serviços e outros interessados acompanhem o processo de certificação.

8.2 Como a entidade dá conhecimento à população de que é certificada na área da Saúde?

Por meio da placa indicativa de certificação.

Siga as orientações do MS sobre a placa indicativa

A placa indicativa de certificação é um importante instrumento de transparência, porque demonstra à população que a entidade é certificada e que presta serviços ao SUS. Portanto, mantenha a placa indicativa em local visível ao público.

As orientações para a confecção da placa estão disponíveis na página do Cebas: <www.saude.gov.br/cebas-saude>.

Dica do DCEBAS:

9 SUPERVISÃO



9.1 Qual é a importância do processo de supervisão das entidades certificadas na área da Saúde?

A ação de supervisão é prevista em lei e tem por finalidade verificar o cumprimento dos requisitos legais que possibilitaram a concessão ou a renovação do Cebas durante o período de vigência. Ela contribui para que as instituições certificadas operem em consonância com o SUS na forma como optaram por comprovar sua condição de beneficentes, o que possibilita ajustes, quando necessários.



Dica do DCEBAS:

Mantenha a documentação comprobatória da entidade em ordem

O Ministério da Saúde informará, com antecedência, o cronograma das visitas de supervisão in loco aos níveis estaduais e municipais de gestão e às entidades que serão supervisionadas. Assim, você poderá se preparar para receber a equipe de supervisão.

Mantenha em ordem e em local de fácil acesso a documentação comprobatória relacionada à certificação de sua entidade, para que, no momento da supervisão, as informações solicitadas sejam acessadas sem dificuldades pela equipe.

10 OUTRAS DICAS DO DCEBAS

Participe do processo de certificação de sua entidade, acompanhando pessoalmente a preparação da documentação necessária e as respostas às solicitações do MS.

Identifique adequadamente os documentos apresentados ao MS, relacionando-os e informando o seu objetivo (documentação complementar, resposta de diligência, entre outros documentos).

Apresente as cópias dos documentos sempre autenticadas.

Cumpra os prazos para as respostas de diligências e procure atender corretamente às solicitações encaminhadas.

Utilize o canal de comunicação “fale conosco” para o esclarecimento de dúvidas relacionadas à certificação.

Acompanhe mensalmente a atualização dos dados de sua entidade no CNES.

Observe o art. 30 da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) n° 12.465, de 12 de agosto de 2011, que trata das transferências de recursos a título de subvenções sociais para o setor privado.

Acompanhe sistematicamente o cumprimento dos requisitos que ensejaram a certificação de sua entidade, pois seu descumprimento pode acarretar o cancelamento do Cebas.

Cabe recurso da entidade nos casos de indeferimento ou cancelamento da concessão ou renovação da certificação.

Fique atento aos prazos para a apresentação de recursos sobre as decisões de indeferimento ou cancelamento do Cebas. Os recursos apresentados fora do prazo estabelecido em lei não são conhecidos.

Cabe ao MS cancelar o Cebas em decorrência de representações/denúncias, desde que estejam garantidos o contraditório e a ampla defesa.

11 PARA REFLEXÃO



Esperamos que a cartilha “O Caminho para a Certificação” seja útil como ferramenta de informação para a consolidação da transparência institucional do DCEBAS/SAS/MS, de forma a contribuir para o aprimoramento do processo de certificação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por fim, não pretendemos esgotar o assunto, mas sim desenvolver mais ações, estudos e pesquisas com a finalidade de melhor explorá-lo.

EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE
MINISTERIO DA SAUDE
Fonte principal: Chaparral Pro
Tipo de papel do miolo: Couchê Fosco 90 gramas
Impresso por meio do Contrato 28/2012
Brasília/DF, agosto de 2013
OS 2013/0451

ISBN 978-85-334-2036-6



9 788533 142036 6

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

