



**DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº , DE 16 DE SETEMBRO DE 2020.**

Aprova as normas gerais, as regras, os critérios de elegibilidade e a sistemática de monitoramento para o Módulo Valor em Saúde, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas.

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais - CIB-SUS/MG, no uso de suas atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 32 do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;
- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;



- o Decreto Estadual nº 45.468, de 13 de setembro de 2010, que dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação das contas de recursos financeiros repassados pelo Fundo Estadual de Saúde;
- a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;
- a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.468, de 15 de maio de 2013, que institui a Política Estadual de Atenção Hospitalar em Minas Gerais - Pro-Hosp - e estabelece os seus componentes hospitalares;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.857, de 05 de dezembro de 2018, que aprova a pactuação, a reprogramação, os parâmetros, a carteira de SADT, as regras de transição e as linhas gerais do encontro de contas para a Média Complexidade Hospitalar na PPI Assistencial/MG e dá outras providências;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.013, de 23 de outubro de 2019, que aprova o ajuste/2019 do Plano Diretor de Regionalização PDR/SUSMG e dá outras providências;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.151, de 27 de abril de 2020, que aprova a prorrogação das regras estabelecidas no Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.290, de 16 de março de 2016, referente à Competência 2016 do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais SUS/MG (Componente Pro-Hosp Incentivo), e dá outras providências;
- a **Deliberação CIB-SUS/MG Nº XXXX, de XX de XXXX de XXXX**, que aprova a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, estabelece os seus módulos e dá outras providências;
- a Resolução SES/MG nº 3.743, de 15 de maio de 2013, que institui a Política Estadual de Atenção Hospitalar em Minas Gerais - Pro-Hosp - e estabelece os seus componentes hospitalares;
- a Resolução SES/MG nº 6.527, de 05 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a atualização das normas gerais para o Programa de Fortalecimento das Portas de Urgência e



Emergência/PROURGE, com o objetivo de organizar a Rede de Resposta às urgências, no âmbito do Estado de Minas Gerais;

- a Resolução SES/MG nº 6.713, de 17 de abril de 2019, que estabelece a atualização das regras gerais e das regras de concessão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro complementar do Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências das Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais;

- a Resolução SES/MG nº 6.818, de 21 de agosto de 2019, que redefine as diretrizes de custeio diferenciado do componente Parto e Nascimento do Programa Rede Cegonha, no âmbito do Estado de Minas Gerais;

- a Resolução SES/MG nº 3.002, de 18 de setembro de 2019, que aprova as normas gerais para adesão, execução e monitoramento do processo de concessão do incentivo financeiro para os serviços de assistência odontológica hospitalar de média complexidade e alta complexidade no Estado de Minas Gerais;

- a Resolução SES/MG nº 3.042, de 13 de novembro de 2019, que aprova as normas gerais para adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro complementar para os Serviços de Assistência à Deformidade Crânio Facial no Estado de Minas Gerais;

- a Resolução SES/MG nº 7.034, de 13 de fevereiro de 2020, que aprova a redefinição das diretrizes de custeio diferenciado do componente Parto e Nascimento do Programa Rede Cegonha, no âmbito do Estado de Minas Gerais;

- a importância das instituições hospitalares para a implementação e o desenvolvimento do SUS/MG;

- a Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG (Tipologia): Distribuição dos procedimentos da Tabela SIAH/SUS por Nível de Atenção à Saúde/Nível de Densidade Tecnológica Assistencial conforme modelo de regionalização no PDR/MG disponível no sítio eletrônico da SES-MG;

- a necessidade identificada de: (i) melhorar o acesso aos serviços de saúde; (ii) qualificar a assistência; (iii) otimizar os recursos existentes; (iv) aumentar a eficiência, eficácia e equidade do sistema de saúde; (v) instituir como prática a análise de impactos das políticas públicas, numa perspectiva de gestão dos investimento realizados; (vi) aumentar o poder de gestão dos gestores de saúde sobre os recursos vinculados ao SUS; (vii) agregar, em um único instrumento, os recursos estaduais repassados aos estabelecimentos hospitalares; (viii) dar transparência aos recursos



repassados às instituições e unificar os indicadores, compromissos e processos de monitoramento dos programas estaduais destinados a hospitais; (ix) alocação de recursos estaduais de forma equitativa nas Regiões de Saúde; (x) vinculação do repasse dos recursos à resultados assistenciais passíveis de mensuração; (xi) fortalecer as Redes Temáticas de Atenção à Saúde e (xii) elaborar uma política hospitalar condizente com o perfil e demandas da população;

- a necessidade de estabelecer diretrizes, definir os fundamentos conceituais e reestruturar a Política de Atenção Hospitalar no Estado para os usuários do SUS em Minas Gerais; e

- a aprovação da CIB-SUS/MG em sua 267ª Reunião Ordinária, ocorrida em 16 de setembro de 2020.

#### **DELIBERA:**

Art. 1º - Aprova as normas gerais, as regras, os critérios de elegibilidade e a sistemática de monitoramento para o Módulo Valor em Saúde, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas, nos termos do Anexo Único desta Deliberação.

Art. 2º - Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 16 de setembro de 2020.

**CARLOS EDUARDO AMARAL PEREIRA DA SILVA**  
**SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E**  
**COORDENADOR DA CIB-SUS/MG**

**ANEXO ÚNICO DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº , DE 16 DE SETEMBRO**  
**DE 2020 (disponível no sítio eletrônico [www.saude.mg.gov.br/cib](http://www.saude.mg.gov.br/cib)).**



**RESOLUÇÃO SES/MG Nº                   , DE 16 DE SETEMBRO DE 2020.**

Estabelece as normas gerais, as regras, os critérios de elegibilidade e a sistemática de monitoramento para o Módulo Valor em Saúde, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas.

**O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, e os incisos I e II, do artigo 46, da Lei Estadual nº 23.304, de 30 de maio de 2019 e, considerando:

- a Lei Federal 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 o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; e

- a **Deliberação CIB-SUS/MG nº                   , de 16 de setembro de 2020**, que aprova a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas; e



- a Deliberação CIB-SUS/MG nº \_\_\_\_\_, de 16 de setembro de 2020, que aprova as normas gerais, as regras e os critérios de elegibilidade para o Módulo Valor em Saúde, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas.

**RESOLVE:**

Art. 1º - Estabelecer as normas gerais, as regras, os critérios de elegibilidade e a sistemática de monitoramento para o Módulo Valor em Saúde, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas.

Art. 2º - O Módulo Valor em Saúde possui como objetivo fortalecer a Rede de Atenção à Saúde a partir do aumento da resolubilidade dos territórios e qualificação dos hospitais de relevância micro, macrorregional e estadual.

Art. 3º - As disposições desta Resolução se aplicam aos hospitais públicos, entidades sem fins lucrativos ou universitários, considerados de relevância Microrregional, Macrorregional ou Estadual, conforme os critérios de elegibilidade estabelecidos pelo Grupo de Trabalho da Política de Atenção Hospitalar, instituído pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.016, de 23 de outubro de 2019.

§ 1º - Serão considerados hospitais de relevância Estadual, aqueles que cumprirem os seguintes critérios:

I - estar entre os cinco hospitais da Rede SUS-MG com maior produção apresentada em alguma das seguintes especialidades de alta complexidade: trauma, ortopedia, Gestação de Alto Risco (GAR)<sup>1</sup>, Cirurgia Oncológica, Neurologia e Cardiologia;

II - apresentar taxa de referência estadual igual ou maior que o percentil 90, ou seja, estar entre as 10% maiores taxas de referência macrorregional;

III - ter apresentado proporção de Macrorregiões atendidas superior a 80% no período analisado; e

---

<sup>1</sup> O procedimento GAR é de média complexidade segundo SIGTAP.



IV - estar entre os 10% dos hospitais com maior número de leitos SUS do Estado;

ou

V - estar entre os cinco hospitais com maior produção apresentada em infectologia ou Pediatria (Anexo I), desde que satisfaça os critérios dispostos nos incisos II e III deste artigo.

§ 2º - Serão considerados hospitais de relevância Macrorregional, aqueles que cumprirem os seguintes critérios:

I - não ser um hospital elegível para “Hospital de Relevância Estadual”; e

II - ser hospital público ou filantrópico com leitos totais maior ou igual a 100 leitos;

e

III - apresentar produção para todas as microrregiões da macrorregião a qual pertence; e

IV - ser o hospital com maior contribuição percentual média para a resolubilidade observada nas especialidades de alta complexidade da macrorregião (trauma, ortopedia, GAR, Cirurgia Oncológica, Neurologia e Cardiologia), ponderada pela taxa de referência microrregional apresentada; ou

VI - estar entre os hospitais com maior contribuição percentual média para a resolubilidade observada nas especialidades de alta complexidade da macrorregião (trauma, ortopedia, GAR, Cirurgia Oncológica, Neurologia e Cardiologia); e

V - apresentar taxa de referência microrregional igual ou maior que o percentil 90, ou seja, estar entre as 10% maiores taxas de referência microrregional.

§ 3º - Serão considerados hospitais de relevância Microrregional, aqueles que cumprirem os seguintes critérios:

I - ser o hospital com maior contribuição percentual para a resolubilidade observada nas especialidades de média complexidade da microrregião (clínica médica, clínica pediátrica, cirurgia geral, obstetrícia, ortopedia) conforme necessidade identificada (pesos diferenciados conforme quartis da resolubilidade e o observado na região) e taxa de referência observada;

II - ter preferencialmente 100 (cem) leitos ou mais e ofertá-los ao SUS (mínimo 60% leitos SUS); e

III - estar localizado, preferencialmente, no polo de micro.



§ 4º - O detalhamento dos critérios de elegibilidade encontra-se no Anexo I desta Resolução.

§ 5º - Os hospitais de relevância Estadual serão definidos no Grupo Condutor da Atenção Hospitalar.

§ 6º - Para os hospitais de relevância macrorregional, em casos de identificada complementariedade para cirurgias oncológicas, GAR, Trauma, AVC e IAM, é facultado a inclusão de dois os mais beneficiários, condicionado à definição da vocação, ser público ou filantrópico e apresentar a contribuição percentual para a resolubilidade observada nas especialidades supracitadas.

§ 7º - É desejável que cada microrregião possua um único beneficiário de relevância microrregional, entretanto, em casos de identificada complementariedade de serviços para ortopedia e/ou obstetrícia, é facultado a inclusão de ambos condicionado à definição da vocação, ser público ou filantrópico e apresentar a contribuição percentual para a resolubilidade observada nas especialidades supracitadas.

§ 8º - Serão considerados Hospitais de Relevância Microrregional Complementar – Obstetrícia, conforme Rede de Atenção ao Parto e Nascimento e grade de referência e, desde que aprovado pela Coordenação Materno-Infantil:

I - hospitais integrantes do Programa Rede Cegonha, não incluídos nos critérios anteriores; e/ou

II - hospitais que contribuam substancialmente para a resolubilidade obstétrica, de caráter complementar às maternidades de referência microrregional e com previsão de referenciamento de população estimada de no mínimo 400 gestantes/ano.

§ 9º - Em caso de micros bi/tri polares o número de potenciais beneficiários de relevância Microrregional pode ser igual ou menor que o número de municípios-polo, contudo, deve ser respeitado o Critério disposto no inciso I do §3º deste artigo, independentemente de estarem um em cada polo.

§ 10 - Microrregiões que possuem hospitais Macrorregionais em seu território que notadamente contribuem para as especialidades de média complexidade da Microrregião (contribuição média ponderada pela necessidade identificada no território  $\geq 60\%$ ), fica facultado acumular a função Macrorregional e Microrregional.





Art. 4º - O processo de definição dos hospitais participantes do Módulo Valor em Saúde, da Política de Atenção Hospitalar – Valora Minas – deverá obedecer ao seguinte fluxo:

I - O Nível Central da SES/MG encaminhará aos territórios:

- a) critérios de elegibilidade;
- b) estudos técnicos realizados sobre o perfil hospitalar das Micro e Macrorregiões de Saúde do Estado;
- c) a listagem dos possíveis beneficiários para discussão nos Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar e posteriormente na CIB Micro e Macrorregional;
- d) diretrizes para alocação dos recursos; e
- e) diretrizes para realização das oficinas com orientações sobre a definição das grades de referência.

§ 1º - Os Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar e os apoiadores do COSEMS irão realizar oficinas com os gestores municipais e posteriormente com os prestadores para apresentação dos critérios de elegibilidade e diretrizes gerais da alocação de recursos;

§ 2º - Os Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar irá apresentar o produto das oficinas na reunião da CIB Micro e/ou Macrorregional (grade de pactuação e definição dos beneficiários), à luz dos estudos técnicos e de acordo com os critérios listados no Artigo 3º desta Resolução;

§ 3º - A CIB Micro e/ou Macrorregional indicará ao Grupo Condutor de Atenção Hospitalar o elenco dos hospitais que comporão o Valor em Saúde em conformidade com o cronograma pactuado;

§ 4º - O Grupo Condutor de Atenção Hospitalar apreciará a conformidade dos critérios previstos no Artigo 3º desta Resolução na composição dos hospitais indicada pela CIB Microrregional e/ou Macrorregional;

§ 5º - As indicações da CIB Micro e Macrorregional em conformidade com os estudos técnicos e a devida aprovação pelo Grupo Condutor, serão publicadas em resolução específica; e

§ 6º - As indicações da CIB Micro ou Macrorregional, contraditórias às análises técnicas, serão devolvidas aos territórios para ajuste.



Art. 5º - Ficam estabelecidas as funções gerais dos hospitais que compõem o Módulo Valor em Saúde, conforme descrito no Anexo III desta Resolução.

§ 1º - A função dos hospitais está intimamente relacionada aos critérios de elegibilidade, portanto, é associado ao papel do estabelecimento na região em que se encontra, o que é esperado de desempenho e o pactuado no instrumento contratual.

§ 2º - A função dos beneficiários do Valor em Saúde, vinculados às Redes Temáticas e aos Programas Estaduais, será objeto de deliberação específica, onde também serão definidos os parâmetros e pontos de corte para avaliação dos estabelecimentos;

§ 3º - As variáveis utilizadas para determinação da função geral dos hospitais são a carteira de serviços hospitalares, a contribuição para a resolubilidade observada nas especialidades de média e de alta complexidade e o porte populacional das microrregiões e macrorregiões, podendo haver definições específicas para os estabelecimentos vinculados às Redes Temáticas.

§ 4º - O desempenho das instituições hospitalares em relação às funções estabelecidas nesta Resolução será avaliado anualmente (preferencialmente no mês de maio referente ao ano calendário anterior), conforme metodologia a ser divulgada em Resolução específica, para definição da permanência, exclusão ou substituição das instituições do programa, podendo ser incluído novos beneficiários.

Art. 6º - O complexo hospitalar de Minas Gerais, os beneficiários do Valor em Saúde e as condições de saúde dos territórios serão avaliados anualmente pelos Comitês Gestores e Grupos Condutores, momento em que os critérios de elegibilidade elucidados no Art. 3º desta Resolução serão aplicados para definição da continuidade, alteração e exclusão de beneficiários.

§ 1º - A qualquer tempo, haverá exclusão de beneficiários, se identificado:

I - interrupções dos serviços ao SUS-MG;

II - descontinuidade da prestação de serviços que ensejaram a inserção no Valor em Saúde;

III - descumprimento da função assistencial correspondente à relevância do estabelecimento (microrregional, macrorregional e estadual), conforme disposto no Art. 6º e Anexo II desta Resolução; e

IV - descumprimento dos compromissos firmados.



§ 2º - Na hipótese de exclusão de beneficiários, o Comitê Gestor de Atenção Hospitalar irá indicar o substituto à CIB Micro e/ou Macro quando houver, em conformidade com os critérios de elegibilidade constante no Art. 3º e fluxo estabelecido no Art. 4º.

Art. 7º - O Módulo Valor em Saúde, supervisionado pela Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência/SRAS/SUBPAS/SES/MG, viabiliza uma série de incentivos, inclusive financeiros, em contrapartida ao cumprimento de compromissos, indicadores e metas pactuados com as instituições hospitalares participantes.

Art. 8º - O valor anual do incentivo financeiro destinado aos territórios e posteriormente alocado nos hospitais participantes do Módulo Valor em Saúde perfaz o total de R\$ 702.000.000,00/ano (setecentos e dois milhões de reais/ano), e engloba o componente hospitalar do Programas Rede Cegonha, Rede Resposta, PROURG e Rede Estadual de Saúde Bucal.

§ 1º - O recurso será destinado aos territórios, conforme metodologia estabelecida no Anexo III desta Resolução.

§ 2º - Ficam estabelecidos:

I – o valor anual de R\$70.200.000,00/ano (setenta milhões e duzentos mil reais) aos hospitais de relevância Estadual;

II – o valor anual de R\$189.540.000,00/ano (cento e oitenta e nove milhões quinhentos e quarenta mil) aos hospitais de relevância Macrorregional; e

III – o valor anual de R\$442.260.000,00/ano (quatrocentos e quarenta e dois milhões duzentos e sessenta mil) aos hospitais de relevância Microrregional.

§ 3º - Os valores por Microrregião e Macrorregião constam no Anexo IV e devem ser revistos periodicamente quando constatado mudança das condições dos territórios e índices utilizados para subsidiar a distribuição dos recursos em conformidade com o Anexo supramencionado.

§ 4º - O incentivo financeiro de que trata o caput deste artigo correrá a conta de dotações orçamentárias específicas.



Art. 9º - O incentivo financeiro de que trata esta Resolução será repassado aos beneficiários do Módulo Valor em Saúde mediante a formalização de instrumento de repasse no SiG-RES (Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde), ou outro sistema informatizado disponibilizado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG), observada a legislação aplicável.

§ 1º - Os instrumentos de repasse deverão ser assinados no prazo de 7 (sete) dias, a contar da data de sua disponibilização no sistema, facultada à SES/MG a prorrogação do prazo pelo mesmo período, por ato do Secretário de Estado de Saúde.

§ 2º - Expirado o prazo previsto no parágrafo anterior, o beneficiário deixará de fazer jus ao incentivo e o instrumento contratual ficará indisponível para assinatura, após bloqueio no sistema.

Art. 10 - O incentivo financeiro de que trata o art. 7º deverá ser aplicado pelos hospitais do Módulo Valor em Saúde para consecução dos objetivos do Programa e será repassado através do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde ou ao beneficiário, a depender da gestão dos prestadores (se gestão plena ou gestão estadual), em observância ao Decreto nº 45.468, de 13 de setembro de 2010, ou outros que o vierem a substituí-lo.

§ 1º - O repasse financeiro será feito mensalmente e dar-se-á após a assinatura do instrumento de repasse, observada a legislação vigente.

§ 2º - Os municípios e as instituições hospitalares participantes do Módulo Valor em Saúde deverão receber e movimentar os recursos financeiros repassados pela Política em conta bancária específica.

§ 3º - O recurso será dividido em parte pré-fixada e pós-fixada, sendo 40% e 60% respectivamente, ambas vinculadas ao cumprimento de indicadores e metas pactuadas no instrumento contratual.

§ 4º - Nos primeiros 12 (doze) meses de vigência do Módulo Valor em Saúde, a parte pré-fixada será repassada de forma integral, considerando a necessidade de estruturação dos hospitais para adequação às normas desta Resolução, sendo os indicadores e metas pactuados acompanhados para fins de orientar os beneficiários e produzir série histórica nesse período.



§ 5º - Os beneficiários, anualmente, devem apresentar a proposta de execução dos recursos e sua vinculação à consecução dos objetivos do Valor em Saúde ao Comitê Gestor de Atenção Hospitalar e pactuado em CIB Micro/Macro.

§ 6º - A proposta anual deverá ser apresentada através de planejamento a ser realizado em formulário específico, disponibilizado pela SES/MG.

Art. 11 – Ficam definidos os indicadores de monitoramento de desempenho dos beneficiários do Módulo Valor em Saúde.

§ 1º - A descrição do indicador e metodologia de pactuação estão descritos no Anexo V desta Resolução.

§ 2º - As metas referentes aos indicadores estabelecidos no Anexo V desta Resolução serão pactuados nos instrumentos de repasse, conforme o perfil do beneficiário.

§ 3º – O desempenho dos beneficiários no cumprimento dos indicadores e metas pactuados será acompanhado pelo Sistema SiG-RES, ou outro sistema informatizado disponibilizado pela SES/MG.

§ 4º - Será divulgada em Nota Técnica específica a Ficha de Qualificação dos Indicadores, incluindo a metodologia de apuração.

Art. 12 - Os indicadores e metas pactuados com os hospitais participantes do Módulo Valor em Saúde serão calculados e acompanhados pela Diretoria de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, bem como por outras áreas técnicas que fazem interface com a Política, conforme legislação vigente e Anexo V desta Resolução.

§ 1º - Os resultados alcançados pelos beneficiários serão avaliados quadrimestralmente conforme Resolução SES/MG nº 7.094, de 29 de abril de 2020, ou outras que a vierem substituir, e em observância às diretrizes estabelecidas pelo Módulo Valor em Saúde, que será divulgada em nota específica.

§ 2º - O desempenho dos beneficiários será acompanhado quadrimestralmente conforme o cronograma abaixo:

<b>Período de Monitoramento da base de dados</b>	<b>Apuração dos Resultados</b>	<b>Meses de execução do repasse</b>
--	--------------------------------	-------------------------------------



		<b>quadrimestral com os descontos</b>
Janeiro a Abril	Julho	Setembro a Dezembro
Maio a Agosto	Novembro	Janeiro a Abril
Setembro a Dezembro	Março	Maio a Agosto

§ 3º - Os descontos em virtude da avaliação quadrimestral do desempenho serão executados no pagamento das quatro competências mensais subsequentes.

§ 4º - Poderão ser realizadas visitas *in loco* a critério da SES-MG ou Comitê Gestor de Atenção Hospitalar.

Art. 13 – Anualmente, os beneficiários do incentivo financeiro previstos nesta Resolução deverão inserir e validar os dados referentes à prestação de contas relativas ao ano anterior no Sistema informatizado disponibilizado pela SES/MG, em conformidade com o Decreto Estadual nº 45.468, de 13 de setembro de 2010, e Resolução SES/MG nº 4.606, de 17 de dezembro de 2014, ou com Regulamento (s) que vier(em) a substituí-lo(s).

Art. 14 – Os Beneficiários devem manter arquivados os documentos que comprovam a utilização e gestão dos recursos públicos repassados pelo Fundo Estadual de Saúde (FES), conforme preconiza o art. 25 do Decreto Estadual nº 45.468/2010.

§ 1º – Constatadas irregularidades no cumprimento do termo, o processo será baixado em diligência pela SES, sendo fixado prazo de trinta dias para apresentação de justificativas, alegações de defesa, documentação complementar que regularize possíveis falhas detectadas ou a devolução dos recursos liberados, atualizados monetariamente, sob pena da instauração de tomada de contas especial, em atendimento ao art. 47 da Lei Complementar nº 102, de 17 de janeiro de 2008.

§ 2º – O ente federado ou a instituição deverá manter os documentos relacionados ao Termo de Compromisso ou de Metas pelo prazo de dez anos, contado da data em que foi aprovado o processo de prestação de contas.



Art. 15 – As demais disposições contidas no Decreto Estadual nº 45.468/2010 e nas Resoluções SES/MG nº 4.606/2014 e 7.094/2020 deverão ser observadas.

Art. 16 – Cabe aos Comitês Gestores de Atenção Hospitalar o acompanhamento do desempenho dos beneficiários e a consecução dos objetivos da Política de Atenção Hospitalar – Valora Minas, conforme diretrizes estabelecidas pelo Grupo Condutor Estadual de Atenção Hospitalar que serão publicizadas em tempo oportuno.

Art. 17 – As resoluções específicas dos programas que compõem a Política de Atenção Hospitalar – Valora Minas serão alteradas para adaptação às diretrizes e metodologia.

Parágrafo único - Os beneficiários do Valor em Saúde com papel assistencial na Rede de Urgência e Emergência, na Rede de Atenção ao Parto e Nascimento e Rede de Ondotologia Hospitalar, serão tipificados em conformidade com as diretrizes específicas dos Programas e grande de referência.

Art. 18 - Serão empreendidos esforços conjuntos junto aos territórios para viabilização de habilitação junto ao Ministério da Saúde e inserção dos beneficiários nas Redes Temáticas.

Art. 19 - Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2021, com efeitos financeiros a partir da finalização do processo de assinatura dos termos dos beneficiários do Módulo Valor em Saúde.

Belo Horizonte, 16 de setembro de 2020.

**CARLOS EDUARDO AMARAL PEREIRA DA SILVA**  
**SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**

**ANEXOS I, II, III, IV e V DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº , DE 16 DE SETEMBRO DE 2020 (disponível no sítio eletrônico [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)).**



ANEXO I DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº , DE 16 DE SETEMBRO DE 2020.

**Infectologia e Pediatria: Seleção dos Códigos CID-10**

Para a escolha dos CIDs para infectologia, destaca-se que os agentes etiológicos das doenças infecciosas podem ser bactérias, vírus, riquetsias, clamídias e fungos. As parasitárias são transmitidas por protozoários, helmintos e artrópodes que atuam como hospedeiros intermediários.

Dentre as principais doenças desse grupo poderíamos citar casos de tuberculose, brucelose, carbúnculo, paracoccidiodomicose, dermatofitose/micoses, leptospirose, tétano, psitacose – doenças dos tratadores de aves, dengue, febre amarela, malária, leishmanioses, hepatites e a doença pelo vírus da imunodeficiência humana. Infecção é a penetração, multiplicação e / ou desenvolvimento de agente infeccioso em determinado hospedeiro; doença infecciosa são as consequências das lesões causadas pelo agente e pela resposta do hospedeiro manifestada por sintomas e sinais e por alterações fisiológicas, bioquímicas e histopatológicas.

Dentre os CID pesquisados, por serem doenças urgentes e com evoluções que podem agravar e aumentar a mortalidade se não tratadas por protocolos e equipes altamente treinadas, inclui-se:

**Tabela 1: CIDs selecionados para o hospital de referência Estadual em infectologia**

A02	A41	A64	A85	B03	B18	B60
A07	A53	A68	A86	B04	B19	B81
A17	A54	A69	A87	B05	B20	B82
A18	A55	A70	A88	B06	B21	B83
A19	A56	A79	A89	B07	B22	B88
A25	A57	A80	A92	B08	B23	B89
A28	A58	A81	A98	B09	B24	B96
A31	A59	A82	B00	B15	B33	B97
A35	A60	A83	B01	B16	B34	B99
A40	A63	A84	B02	B17	B53	

Para os hospitais referência em pediatria, foram selecionados os CIDs descritos na Tabela 2. Essa escolha baseou-se no fato de que, como no caso da infectologia, são os CIDs mais complexos para tratamento, envolvem necessidade de aporte tecnológico específico, se tratam de





doenças comuns agudizadas e com potencial risco à vida dos pacientes ou de doenças raras, genéticas, metabólicas, todas de alto nível de especialização dos tratamentos e dos profissionais.

**Tabela 2: CIDs selecionados para o hospital de referência Estadual em pediatria**

ESPECIALIDADES	CID
DIP	A04 -A09 -A16 -A27 -A28 -A37 -A38 - A41 - A49 -A77 -A81- B01 - B08 -B09 -B17 -B24 -B33 -B80 -B95
TRANSTORNOS GENITO URINÁRIO	N00 - N02 -N04 -N11 -N13 -N18 - N20 -N21 - N23 -N30 -N39- N44 - N45 - N48 -N49 - N76
TRANSTORNOS HEMOLÍTICOS	D75 -D58 -D57
TRANSTORNOS METABÓLICOS	E10 -E14 - E27 -E73
TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS	G00 -G11 - G40 -G43 -G61 -G63 -G80 -G91
TRANSTORNOS VISUAIS	H02 - H40 - H44 - H46 -H47 - H48 -H50 -H60 -H65 -H66 -H70
TRANSTORNOS CARDIOVASCULARES	I27 - I33 - I40 -I47 - I85
TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS	J00 -J01 - J06 - J12 - J13 - J16 - J18 -J20 -J21 -J22 - J40 -J44 -J95 -J96
TRANSTORNOS DERMATOLÓGICOS	L08 - L22 -L50 - L51 - L52 - L93
TRANSTORNOS GASTROINTESTINAIS	K26 -K31 - K35 -K40 -K42 - K59 -K61 -K63 -K72 -K73 -K85
DOENÇAS AUTO IMUNES	M31.1 - M60 -M63 -M33 - M32 - M05 - K50 - G37 - D69 - K75 - G61.0 - M30 - G70 - D59 - K74 - D68.8 - L12 - L13 - D69 - K51
MA FORMações FETAIS	GRUPO CID Q
FEBRE DE ORIGEM DESCONHECIDA	R50
DISFAGIAS	R13
CONVULSÕES	R56
ORIFICIOS ARTIFICIAIS	Z43 - Z93



**ANEXO II DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº , DE 16 DE SETEMBRO DE 2020.**

**Detalhamento dos critérios de elegibilidade**

Abaixo são descritos os indicadores utilizados nos critérios de elegibilidade do Módulo Valor em Saúde.

**Hospitais de relevância Estadual:**

1. *Estar entre os cinco hospitais da Rede SUS-MG com maior produção apresentada em alguma das seguintes especialidades de alta complexidade: trauma, ortopedia, Gestação de Alto Risco (GAR)<sup>2</sup>, Cirurgia Oncológica, Neurologia e Cardiologia: a produ o apresentada no período avaliado foi apurada nas formas de organiza o supracitadas;*
2. *Apresentar taxa de referência estadual igual ou maior que o percentil 90, ou seja, estar entre as 10% maiores taxas de referência macrorregional: a taxa de referência estadual   computada considerando a propor o de atendimento   não municípios da macrorregião de localiza o do hospital no total de atendimentos da macrorregião de saúde em questão.*
3. *Ter apresentado propor o de Macrorregiões atendidas superior a 80% no período analisado: rela o entre o número de macrorregiões atendidas e o total de macrorregiões.*
4. *Estar entre os 10% dos hospitais com maior número de leitos SUS do Estado: histograma da distribui o de leitos por estabelecimentos de saúde.*

**Hospitais de relevância Macrorregional:**

1. *Ser o hospital com maior contribui o percentual média para a resolubilidade observada nas especialidades de alta complexidade da macrorregião (trauma, ortopedia, GAR, Cirurgia Oncológica, Neurologia e Cardiologia), ponderada pela taxa de referência microrregional apresentada: a contribui o média ponderada corresponde   média das contribui es nas seis complexidades mencionadas multiplicada pela taxa de referência*

---

<sup>2</sup> O procedimento GAR   de média complexidade segundo SIGTAP.



para a macrorregião. Por sua vez, a taxa de referência microrregional é computada considerando a proporção de atendimento à não munícipes da Microrregião de Saúde no total de atendimentos realizados pelo hospital;

2. *Estar entre os 10 hospitais com maior contribuição percentual média para a resolubilidade observada nas especialidades de alta complexidade da macrorregião (trauma, ortopedia, GAR, Cirurgia Oncológica, Neurologia e Cardiologia), ponderada pela taxa de referência microrregional apresentada e:* o cálculo é o mesmo do tópico anterior;
3. *Ser hospital público ou filantrópico com leitos totais maior ou igual a 100 leitos:* o total de leitos corresponde à média de leitos disponibilizadas pelo hospital para o SUS no período avaliado;
4. *Apresentar produção para todas as microrregiões da macrorregião a qual pertence:* a produção apresentada foi apurada para o período avaliado;
5. *Apresentar taxa de referência microrregional igual ou maior que o percentil 90, ou seja, estar entre as 10% maiores taxas de referência microrregional:* a taxa de referência microrregional é computada considerando a proporção de atendimento à não munícipes da Microrregião de Saúde no total de atendimentos realizados pelo hospital.

#### **Hospitais de relevância Microrregional:**

1. *Ser o hospital com maior contribuição média para a resolubilidade observada nas especialidades de média complexidade da microrregião (clínica médica, clínica pediátrica, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, obstetrícia e ortopedia) conforme necessidade identificada (pesos diferenciados conforme quartis da resolubilidade e o observado na região), ponderado pela taxa de referência observada:* a contribuição média conforme necessidade identificada corresponde à média das contribuições nas seis linhas de SIH de média supracitadas corrigidas pela necessidade identificada do território. A necessidade foi determinada a partir da posição da resolubilidade da Microrregião de Saúde dentro da distribuição das resolubilidades das 89 Microrregiões, segundo as linhas. Por sua vez, a



taxa de referência é computada considerando a proporção de atendimento à não munícipes do município no total de atendimentos realizados pelo hospital;

A ponderação pela necessidade do território se traduz na atribuição de pesos conforme faixas de resolubilidade. Desta forma, um hospital que

**Medidas de tendência central e dispersão da resolubilidade observada nas Microrregiões de Saúde segundo especialidades de média complexidade**

Especialidade	Média	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil	Variação do peso
Clínica médica	88,3	86,8	90,9	93,9	1-4
Clínica pediátrica	80,4	75,1	84,2	91,2	1-4
Cirurgia geral	62,9	47,0	61,7	82,8	1-4
Obstetrícia	85,5	80,5	90,7	95,6	1-4
Ortopedia	72,3	61,0	78,9	88,8	1-4
Cirurgia pediátrica	72,1	60,8	74,2	82,8	2-5

Observação: os valores acima correspondem ao período avaliado para a construção dessa Resolução.

2. *Ter preferencialmente 100 leitos ou mais e ofertá-los ao SUS (mínimo 60% leitos SUS):* o total de leitos corresponde à média de leitos disponibilizadas pelo hospital para o SUS no período avaliado;
3. *Estar localizado, preferencialmente, no polo de micro:* os polos foram determinados pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) no Estado, publicado pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.013, de 23 de outubro de 2019.



**ANEXO III DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº , DE 16 DE SETEMBRO DE 2020.**

**Função dos hospitais do Módulo Valor em Saúde**

Abaixo são descritas as funções gerais dos hospitais de relevância Estadual, Macrorregional e Microrregional que compõem o Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar – Valora Minas.

Os Grupos de Trabalho específicos das Especialidades/Linhas de cuidado irão definir posteriormente os pontos de corte para avaliação dos parâmetros.

**Hospitais de Relevância Estadual**

1. Ser referência em volume de produção no Estado, em Infectologia, Cardiologia, Neurologia, Oncologia, G.A.R., doenças raras e pediatria (alta complexidade), Traumatologia-Ortopedia;
2. Cumprir com os parâmetros que ensejaram a sua habilitação em alta complexidade (Oncologia Cirúrgica, Cardiologia, G.A.R., Neurologia ou Traumatologia-Ortopedia, de acordo com sua vocação), sendo este cumprimento avaliado anualmente. Os pontos de corte para avaliação dos parâmetros serão definidos pelos Grupos de Trabalho correlatos;
3. Ofertar os serviços elencados como gargalos no Estado, conforme sua vocação e pactuações. Os serviços gargalos serão avaliados pelas áreas técnicas e submetidos à avaliação do Grupo Condutor da Atenção Hospitalar e demais grupos vinculados;
4. Manutenção do atendimento à todas as macrorregiões de saúde do Estado para serviços de maior complexidade, conforme sua vocação.

**Hospitais de Relevância Macrorregional**

1. Ser referência para as Microrregiões da Macrorregião em que se encontra para os serviços de alta complexidade, conforme sua vocação;
2. Absorver a demanda de média complexidade classificadas como AC/MCHE 1 e AC/MCHE – 2 conforme pactuações;



3. Cumprir com os parâmetros que ensejaram a sua habilitação em alta complexidade (Oncologia Cirúrgica, Cardiologia, G.A.R., Neurologia, Trauma e Ortopedia, de acordo com sua vocação), sendo este cumprimento avaliado anualmente. Os pontos de corte para avaliação dos parâmetros serão definidos pelos Grupos de Trabalho correlatos Além do parâmetro, será avaliado também os pactos existentes;
4. Cumprir com os pactos das especialidades;
5. Ofertar, minimamente a mediana da cobertura da carteira de ACH/MCHE e MHC1, conforme vocação, os valores aceitáveis serão publicizados posteriormente.

### **Hospitais de Relevância Microrregional**

1. Ser referência para os municípios da Microrregião em que se encontra para os serviços de média complexidade, conforme sua vocação;
2. Manter (ou aumentar) a contribuição percentual para resolubilidade observada nas especialidades de média complexidade que ensejaram sua elegibilidade como hospital de relevância Microrregional, com apuração anual (considera-se “manter”, contribuição percentual igual a média observada deduzido ou acrescido de 1 desvio-padrão);
3. Para estabelecimentos de relevância microrregional com leitos obstétricos, ser referência em serviços de atendimento à vítimas de violência sexual conforme diretrizes da Coordenação Materno-Infantil;
4. Ofertar, minimamente, a mediana da cobertura da carteira de MCHB, MCH2 e MHC1, conforme sua vocação;
5. Atender usuários referenciados de sua região de abrangência, respeitada a Programação Pactuada Integrada (trata-se de uma variável avaliada na agregação do município e aplicada aos hospitais);
6. Para microrregiões cuja resolubilidade em cada uma das especialidades de Média supracitadas seja inferior a 80%, o hospital deverá contribuir para o aumento da resolubilidade do território para que se atinja o valor mínimo de referência segundo faixas de desempenho a serem definidas pelo Grupo de Trabalho da Política de Atenção Hospitalar.



**ANEXO IV DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº , DE 16 DE SETEMBRO DE 2020.**

**Metodologia de alocação do recurso financeiro**

Neste anexo, é apresentada a metodologia de alocação de recursos para os hospitais de referência Estadual e para as Macrorregiões e Microrregiões de Saúde. O primeiro, passo foi a divisão de recursos. Para os hospitais de referência Estadual, foi definido que seria alocado 10% do recurso total. Do valor restante, foi destinado 40% para as Macrorregiões de Saúde e 60% para as Microrregiões de Saúde. Em seguida, alocaram-se os recursos em cada uma das 14 Macrorregiões e das 89 Microrregiões de Saúde, como descrito a seguir.

**Hospitais de Relevância Estadual**

A fim de se garantir uma melhor distribuição de recurso entre os hospitais de referência Estadual, levou-se em consideração as especificidades e o perfil de cada um dos oito hospitais que cumprem com os critérios de elegibilidade descritos no Art. 3º. Para tal, foi criado um indicador ponderado que leva em consideração sete parâmetros: (1) percentual de leitos SUS; (2) ser hospital especializado; (3) número total de leitos para atendimento SUS; (4) número total de leitos de UTI; (5) número de internações; (6) valores de incentivo federal; e (7) se o hospital recebe ou não alguma forma de custeio estadual/federal. Cada um desses parâmetros é descrito abaixo:

1. Percentual de leitos para atendimento SUS: percentual de leitos que o hospital possui para atendimento SUS em relação ao seu total de leitos existentes na instituição. Hospitais com todos os leitos voltados para o SUS obtiveram um ponto, os demais receberam uma pontuação proporcional ao percentual de leitos SUS que possuem.
2. Hospital especializado: hospitais gerais receberam valor um ponto neste quesito, caso contrário, zero.
3. Número total de leitos para atendimento SUS: o hospital com o maior número de leitos SUS recebeu um ponto, sendo que os demais receberam pontuação proporcional, de acordo com o seu número de leitos.



4. Número total de leitos de UTI: somados todos os leitos de UTI que o hospital possui dedicados ao atendimento SUS, recebeu um ponto o hospital com maior número de leitos e uma pontuação proporcional foi dada aos demais.
5. Número de internações: somadas todas as internações realizadas por cada hospital no período avaliado, recebeu uma pontuação igual a um o hospital com maior número e nenhum ponto foi dado ao com menor produção. Aos demais, foi distribuído uma pontuação proporcional ao número de internações realizadas.
6. Valor de recursos federais: foi atribuído um ponto neste quesito ao hospital que anualmente recebe o menor incentivo do Governo Federal e nenhum ponto foi dado ao que mais recebeu. Os demais hospitais pontuaram de acordo com os recursos de incentivo recebidos.
7. Custeio Estadual/Federal: hospitais que são custeados pelo governo estadual ou federal receberam pontuação igual a zero neste quesito. Todos os outros receberam um ponto.

Após serem distribuídos os pontos de acordo com cada um dos critérios supracitados, foi calculada a média ponderada de todos os indicadores para cada hospital, sendo os pesos apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3: Pesos utilizados para o cálculo da média ponderada do indicador utilizado para a alocação de recursos dos hospitais de referência Estadual**

Peso 1	Peso 2	Peso 3
Leitos de UTI	% leitos SUS	Ser especializado
Nº internações	Nº Leitos SUS	
	R\$ Federais	
	Custeio Federal/Estadual*	

Após cálculo da média ponderada, os recursos foram distribuídos entre os beneficiários elegíveis.





## Microrregião e Macrorregião de Saúde

A distribuição dos recursos relativos aos hospitais de relevância Microrregional e Macrorregional foram alocados de forma multinível: primeiro foi realizada a distribuição nos territórios para posteriormente os recursos serem alocados nos prestadores que satisfazem os critérios do Art. 3º. A alocação dos recursos nos territórios considerou a distribuição *per capita* corrigida por indicadores demográficos, sociais, epidemiológicos e assistenciais conforme disposto a seguir.

As bases e dados utilizadas para a construção dos indicadores são provenientes de nove bases de dados: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (Atlas Brasil), Projeções populacionais: Minas Gerais e territórios de desenvolvimento 2010-2060 (FJP Dados), Arrecadação do Estado de Minas Gerais e Outros Estados - por Município (SEF-MG), Índice Mineiro de Responsabilidade Social da Fundação João Pinheiro (IMRS/FJP) e Cobertura/Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em todas estas fontes, as informações estão disponibilizadas por município. Em seguida, foi feita a agregação destes valores por microrregiões conforme definido pelo no Plano Diretor de Regionalização (PDR), em vigor a partir de janeiro de 2020, que divide o estado em 14 Macrorregiões e 89 Microrregiões de Saúde. Além destas bases, também foi utilizada a matriz de distâncias entre os distritos municipais no Brasil desenvolvida por Carvalho *et al.* (2016)<sup>3</sup>.

A metodologia adotada consiste na distribuição per capita corrigida dos recursos a fim de garantir a equidade na distribuição<sup>4</sup>. Em síntese são realizadas duas correções: a) correção pela

---

3 CARVALHO, Lucas Resende et al. Matrizes de distâncias entre os distritos municipais no Brasil: um procedimento metodológico. Texto para Discussão, n. 532, 2016

4 ANDRADE, Mônica Viegas et al. Metodologia de alocação equitativa de recursos estaduais para os serviços hospitalares em Minas Gerais. Anais do XII Seminário sobre a Economia Mineira, Belo Horizonte. Cedeplar/UFMG, 2006.

MENDES, Áquilas; LEITE, Marcel Guedes; MARQUES, Rosa Maria. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. Saúde e Sociedade, v. 20, p. 673-690, 2011.



estrutura etária e pela cobertura da saúde suplementar e b) correção por indicadores de necessidade de saúde, conforme disposto a seguir:

Tabela 4: Correções do per capita

Correção da distribuição per capita	Correção por índices
Estrutura etária e sexo	Índice de Necessidade em Saúde
Cobertura da saúde suplementar	Índice de Porte Econômico
	Índice de Necessidade de Oferta
	Índice de Condições de Acesso

As variáveis utilizadas no cálculo dos indicadores estão listadas na Tabela abaixo:

Tabela 5: Fontes de dados utilizadas para a alocação de recursos das Macrorregiões e Microrregiões de Saúde

Variável	Fonte
População	FJP Dados/Atlas Brasil
Nascidos Vivos	SINASC
Número de óbitos em menores de 5 anos	SIM
% de óbitos por causa mal definida	SIM
% da população em domicílios com coleta de lixo	Atlas Brasil
Taxa de Alfabetização - 15 anos ou mais	Atlas Brasil
% de vulneráveis a pobreza	Atlas Brasil
Índice de Saneamento e Habitação	IMRS/FJP
ICMS per capita	SEF-MG
Leitos por mil residentes	CNES
Número de internações dos residentes	SIH/SUS
Cobertura/Beneficiários da Saúde Suplementar	ANS
Distância entre municípios	Carvalho et al. (2016)

Em geral os dados encontram-se a nível municipal, desta forma foi realizada a agregação por Microrregião de Saúde. Para a agregação dos dados do Atlas Brasil, foram utilizados os valores de população do Censo 2010, para manter a coerência entre o numerador e denominador. Para



outras, foram utilizadas as projeções populacionais da Fundação João Pinheiro para os municípios de Minas Gerais.

Tendo os valores agregados, foram calculados os índices para determinar uma alocação equitativa de recursos destinados aos cuidados hospitalares com base em metodologia desenvolvida por Andrade *et al.* (2006), numa parceria entre o Cedeplar/UFGM e a Fundação João Pinheiro.

Antes da aplicação dos índices é realizado uma correção da distribuição per capita pela estrutura etária e sexo para estimar a utilização esperada de serviços hospitalares em cada microrregião. Para a correção por sexo, faixa etária e cobertura da saúde suplementar foram calculados os seguintes indicadores: a) população da microrregião por faixa etária e sexo, deduzidos a população coberta pela saúde suplementar; b) média da taxa de utilização de serviços hospitalares por subgrupo (faixa etária e sexo) e c) utilização esperada por Microrregião de Saúde. No artigo original, os autores estimam a utilização esperada a partir de dados provenientes da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD), no entanto, para o Valor em Saúde utilizou-se o quantitativo de internações de residentes em cada Microrregião do Sistema de Informação Hospitalar, tornando-se possível calcular a utilização esperada (UE). O intuito desta correção é tornar a alocação de recursos mais equitativa em relação ao tamanho e perfil populacional de cada região. Entretanto, a presença de um *outlier* (caso de Belo Horizonte) dificulta a diferenciação das Microrregiões restantes, igualando as suas necessidades quando não se deveria. Portanto, foi calculada a UE tanto para o total de dias internados dos residentes de cada microrregião, quanto para o logaritmo dos dias internados.

Para o cálculo do Índice de Necessidade em Saúde (INS), são agregadas as variáveis taxa de fecundidade, taxa de mortalidade em menores de 5 anos, percentual de óbitos por causa mal definida, percentual da população em domicílios com coleta de lixo, taxa de alfabetização e percentual de residentes vulneráveis à pobreza (renda domiciliar per capita inferior a ½ salário mínimo). A agregação é realizada pelo método dos componentes principais e análise fatorial. Diferente do artigo do CEDEPLAR e FJP em que Andrade *et al.* (2006) encontraram um único fator com o poder explicativo de 83,47% da variância total, neste caso foi selecionado um fator com poder explicativo de 45,35% da variância total. Apesar da taxa inferior de poder explicativo, o fator mostra-se positivamente correlacionado às mesmas variáveis selecionadas no artigo,

significando que quanto maior a taxa de fecundidade, de mortalidade em menores de 5 anos, de óbitos com causa mal definida e de indivíduos com renda domiciliar per capita menor que meio salário mínimo, maior será a necessidade de cuidados na microrregião. Foi elaborada também um INS alternativo em que a variável de percentual da população em domicílios com coleta de lixo foi substituída pelo índice de Saneamento e Habitação desenvolvido pela Fundação João Pinheiro para todos os municípios mineiros no ano de 2014.

O resultado obtido por cada Microrregião (2019), é demonstrado abaixo.

Figura 1: Mortalidade entre menores de 5 anos

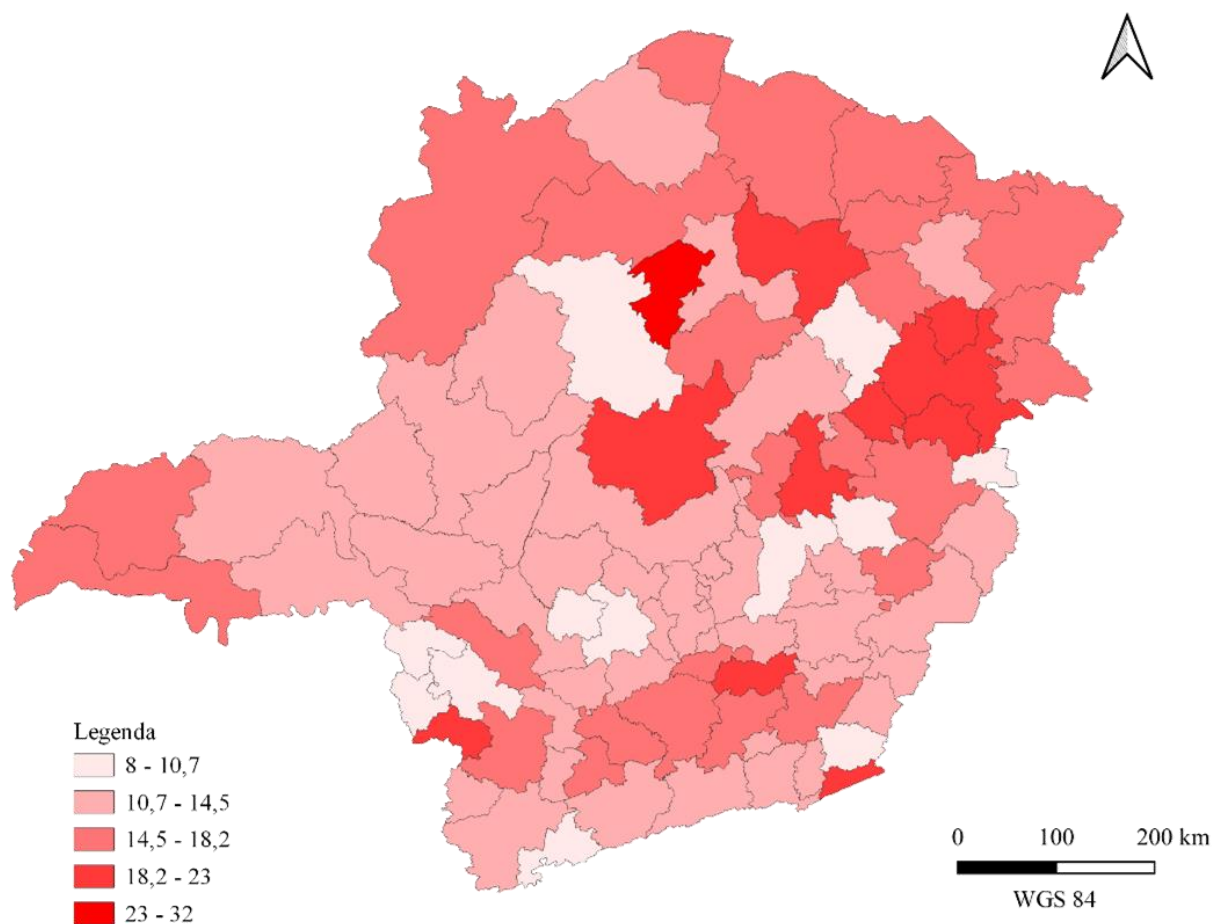




Figura 2: Proporção de óbitos por causas mal definidas

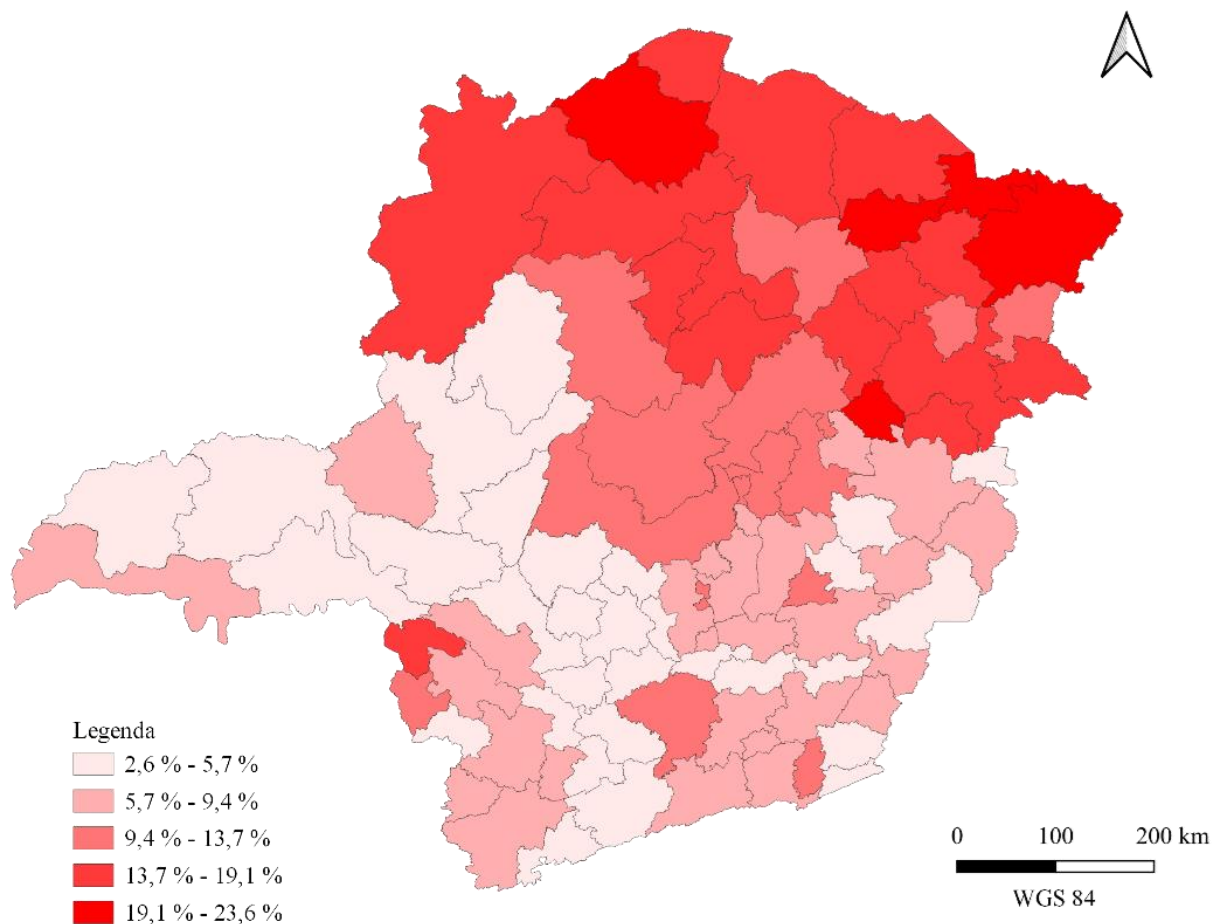




Figura 3: Taxa de fecundidade

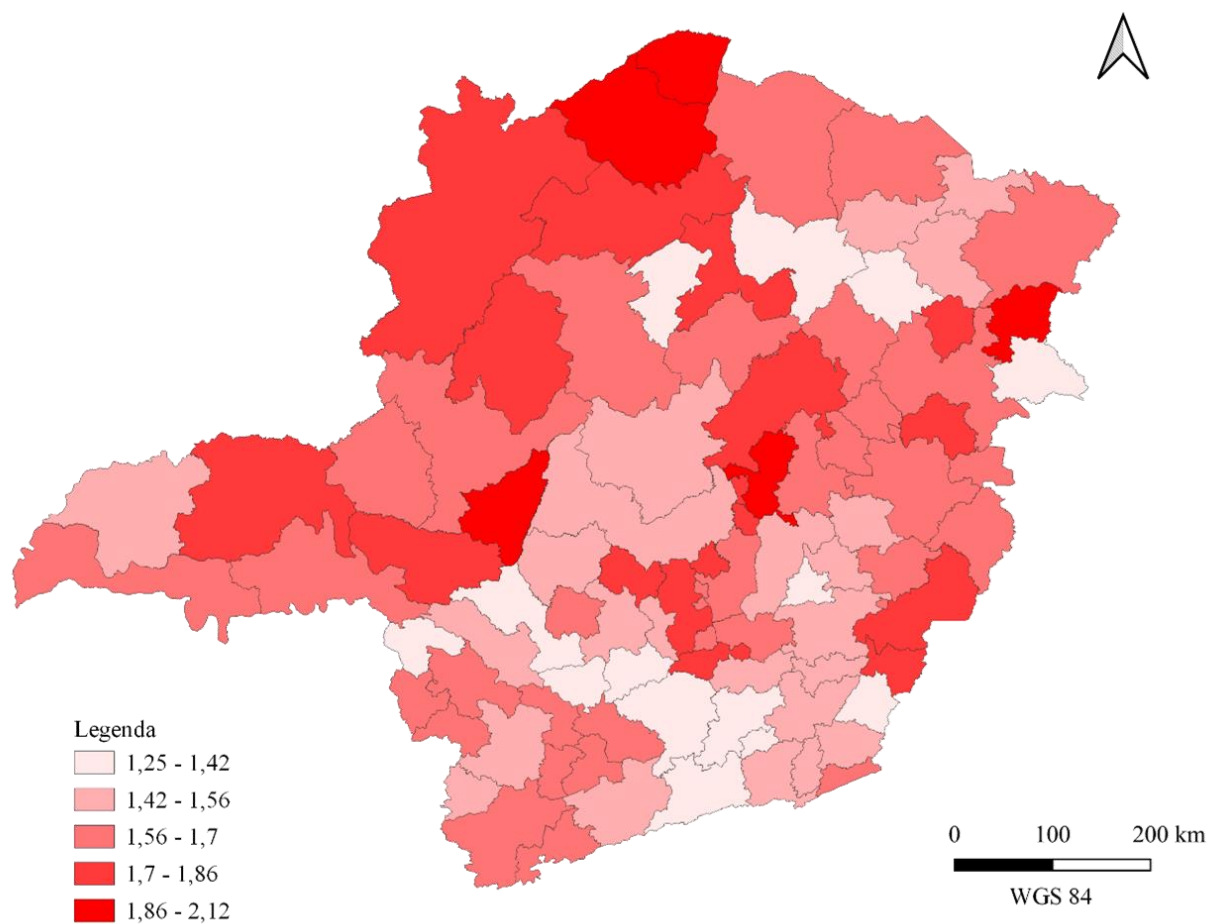




Figura 4: Taxa de alfabetização

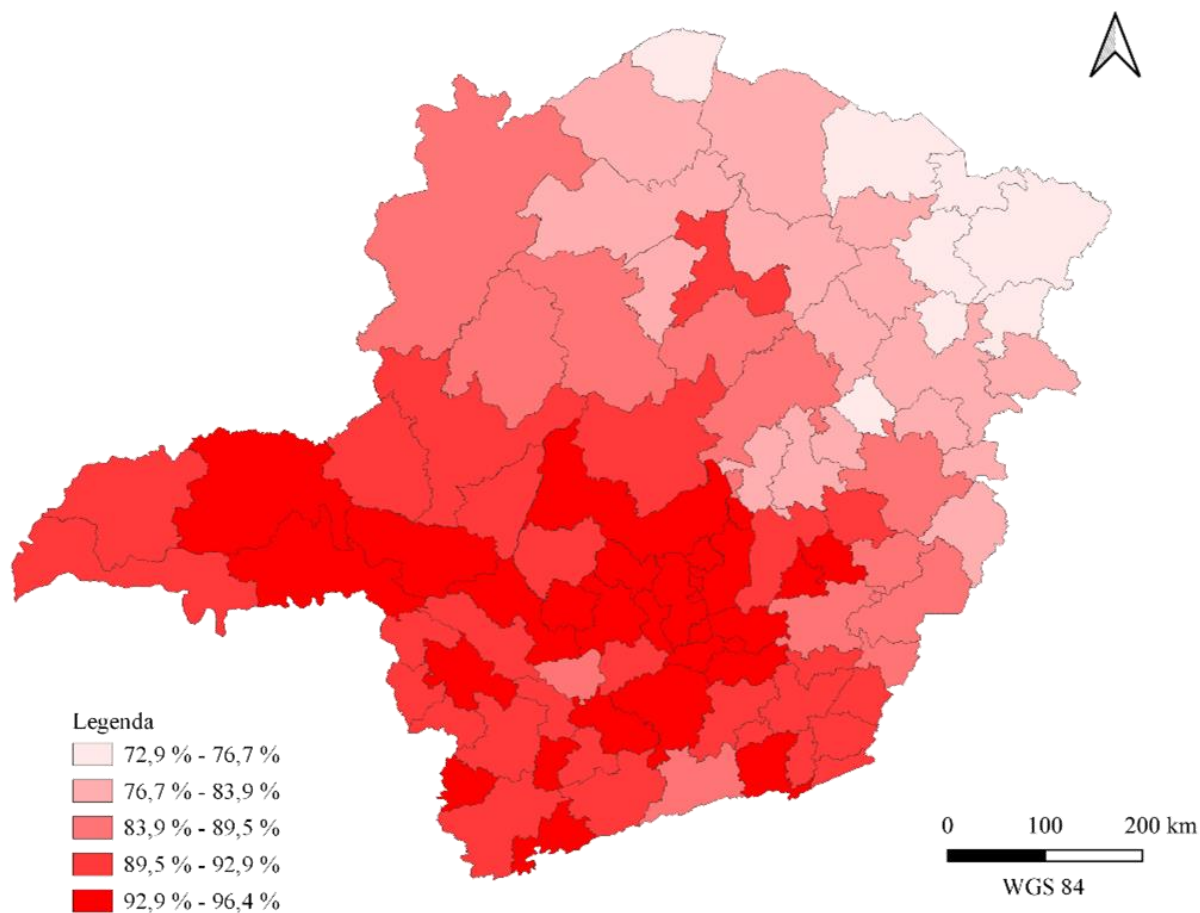




Figura 5: Percentual de indivíduos em domicílios com coleta de lixo

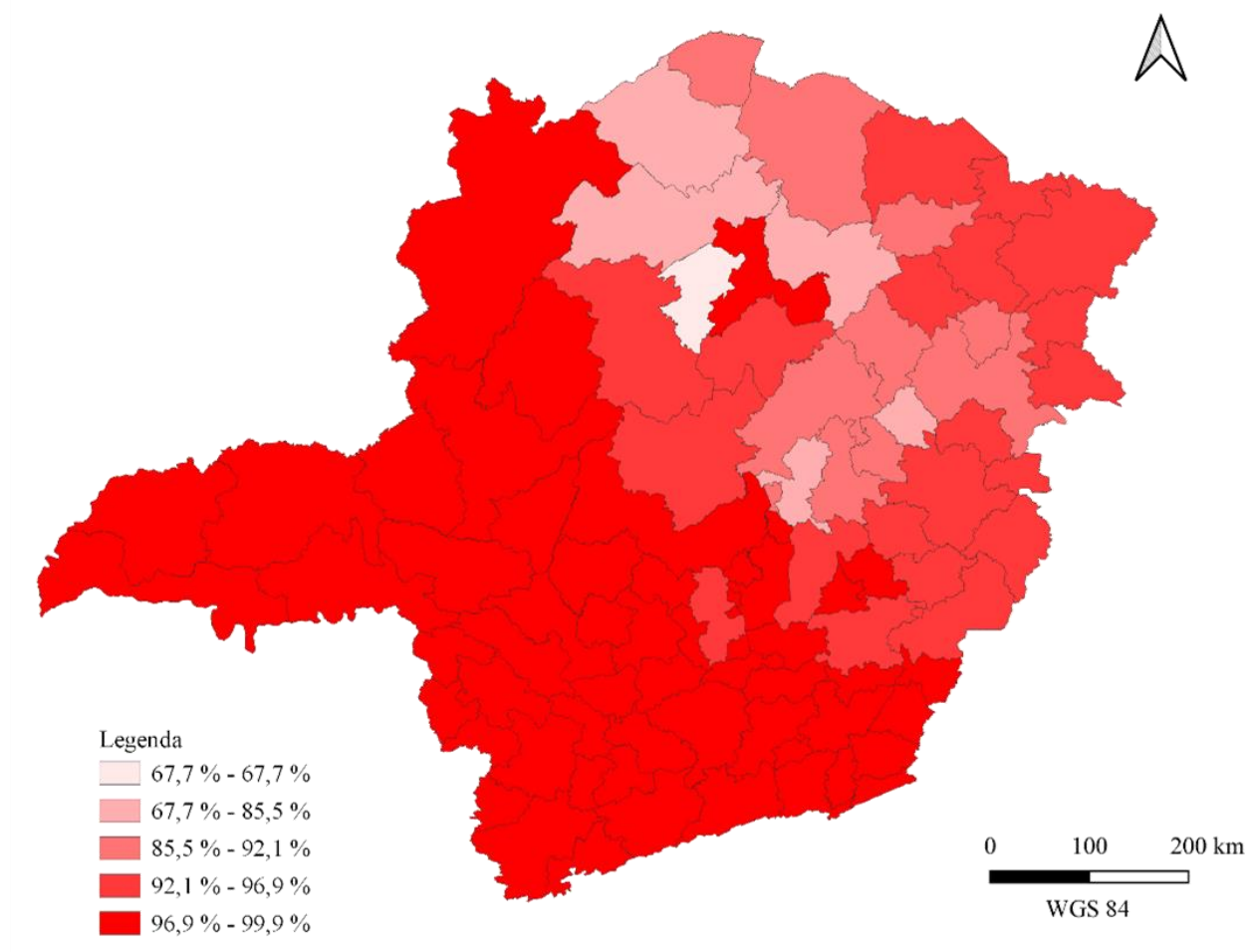
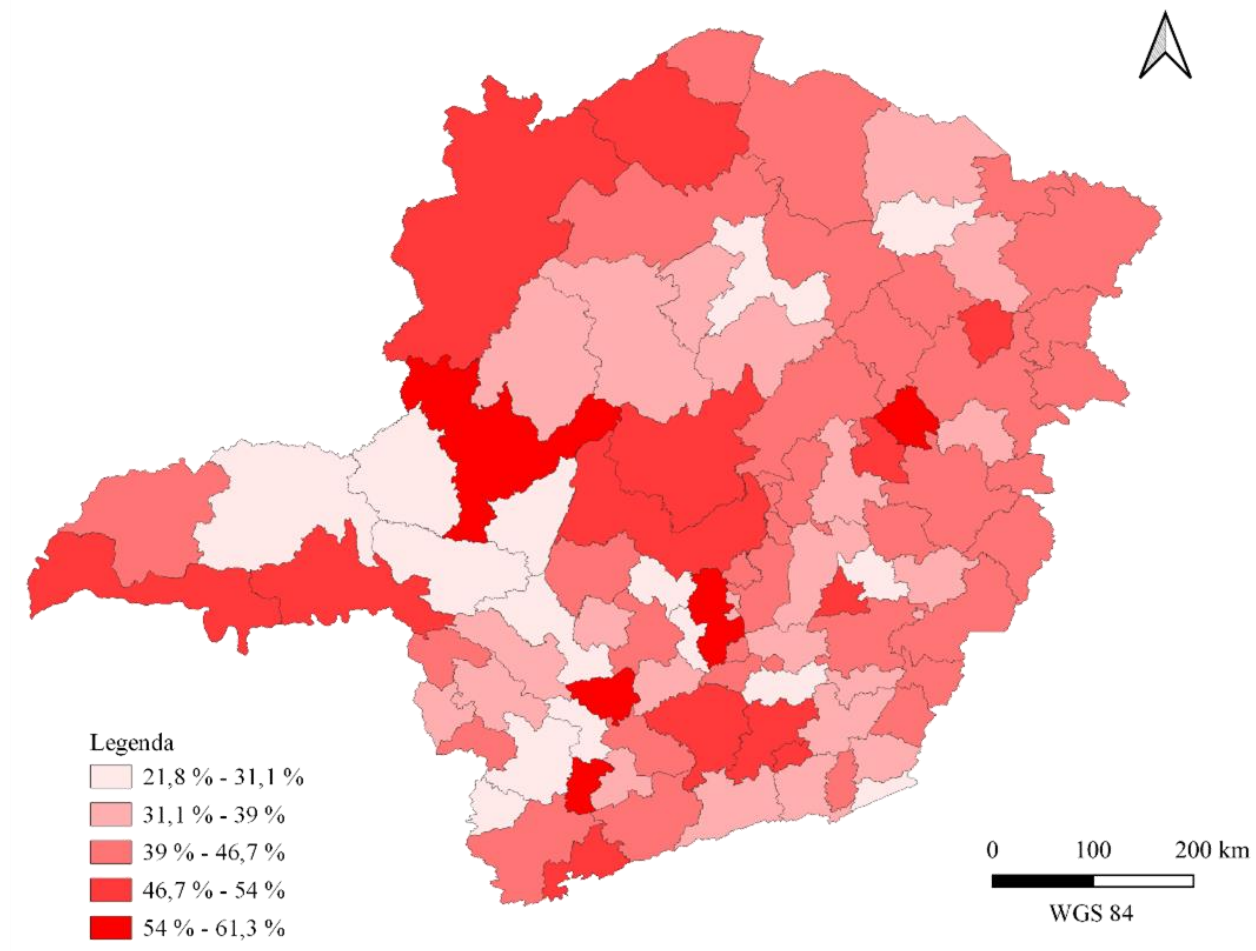




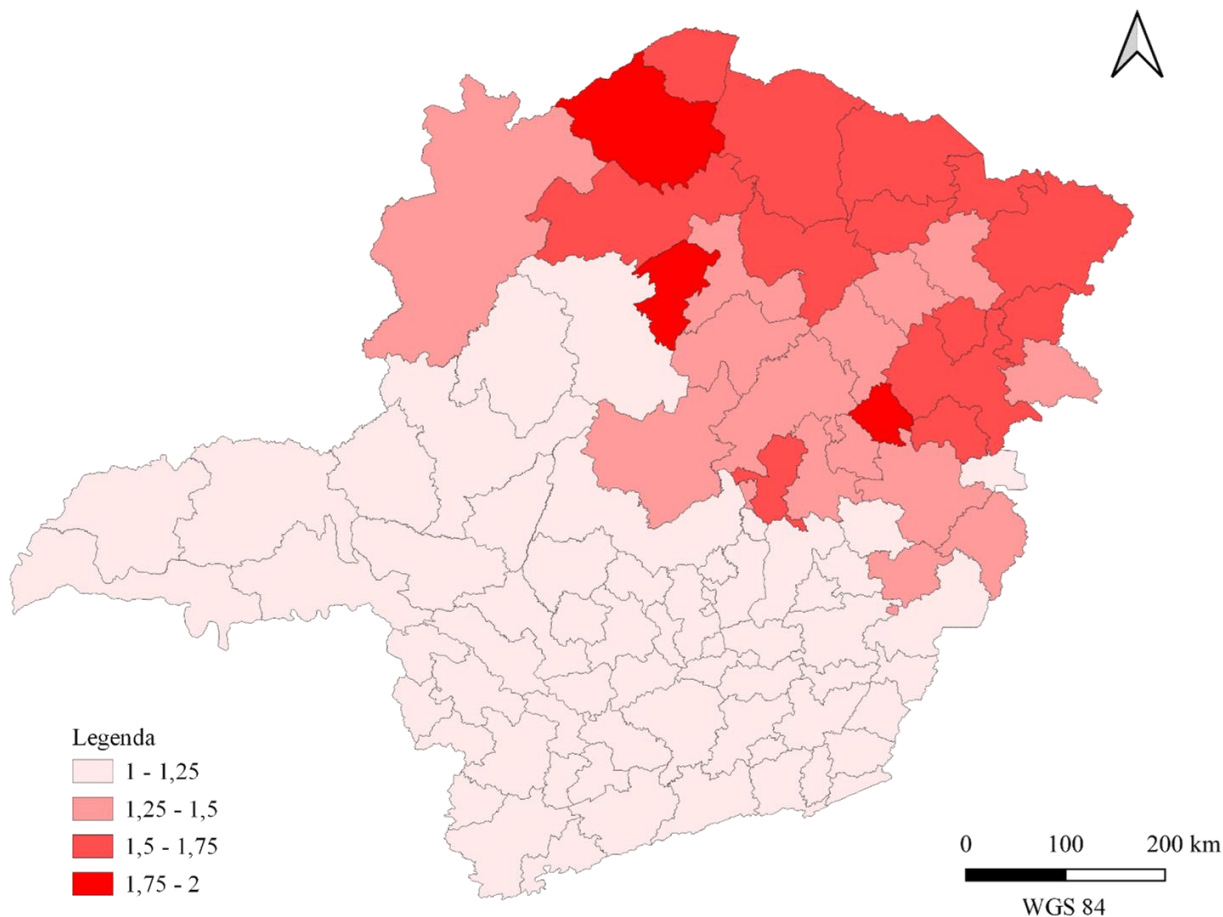
Figura 6: Percentual de indivíduos vulneráveis a pobreza



Para gerar o índice INS foi utilizado o mesmo escalonamento do artigo para que seu valor esteja entre 1 e 2:

$$INS = \frac{C_1^m - C_1^{\min}}{C_1^{\max} - C_1^{\min}} + 1$$

Figura 7: Índice de Necessidade em Saúde



Quanto ao Índice de Porte Econômico (IPE), Andrade *et al.* (2006) utilizaram o ICMS per capita arrecado em cada microrregião a fim de representar a capacidade de financiar os cuidados com a saúde com recursos próprios. No entanto, a Microrregião de Betim apresenta um valor muito elevado em relação as outras devido à alta arrecadação e uma população total mais baixa. Por conta deste *outlier*, o IPE foi calculado utilizando o ICMS per capita e o logaritmo do ICMS per capita para se obter uma distribuição normal no segundo caso. Uma alternativa para o cálculo deste índice é obter, como Mendes (2005), o conjunto completo de impostos e transferências constitucionais per capita como IPTU, IRRF, CIDE e outros. A imagem a seguir, retirada de Andrade *et al.* (2006), mostra a fórmula para escalonamento de 1 a 2 do IPE:

$$IPE = \frac{ICMS^m - ICMS^{\max}}{ICMS^{\min} - ICMS^{\max}} + 1$$

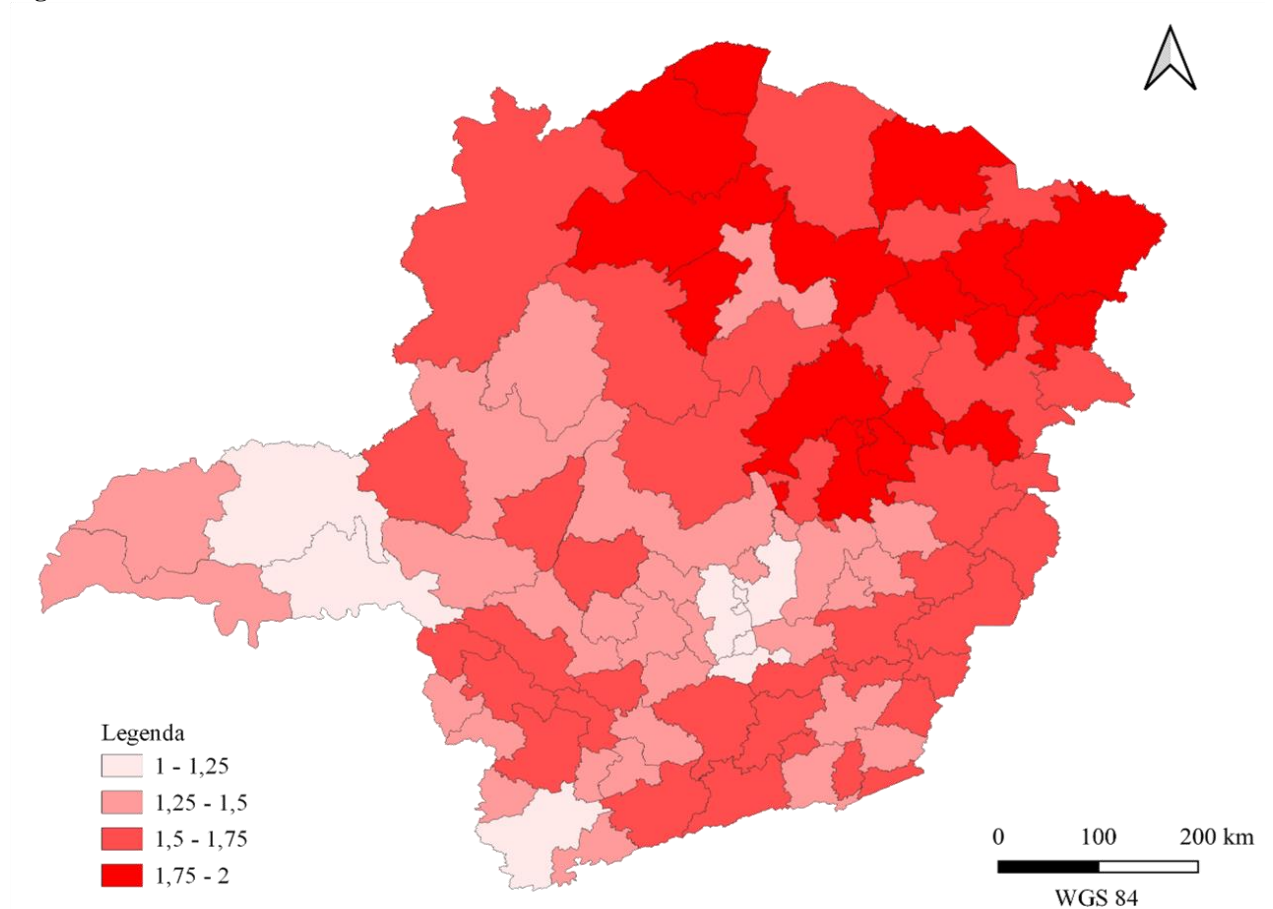
em que:

$ICMS^m$  = Valor do ICMS per *capita* da microrregião m;

$ICMS^{\min}$  = Menor valor observado do ICMS no estado de Minas Gerais;

$ICMS^{\max}$  = Maior valor observado do ICMS no estado de Minas Gerais.

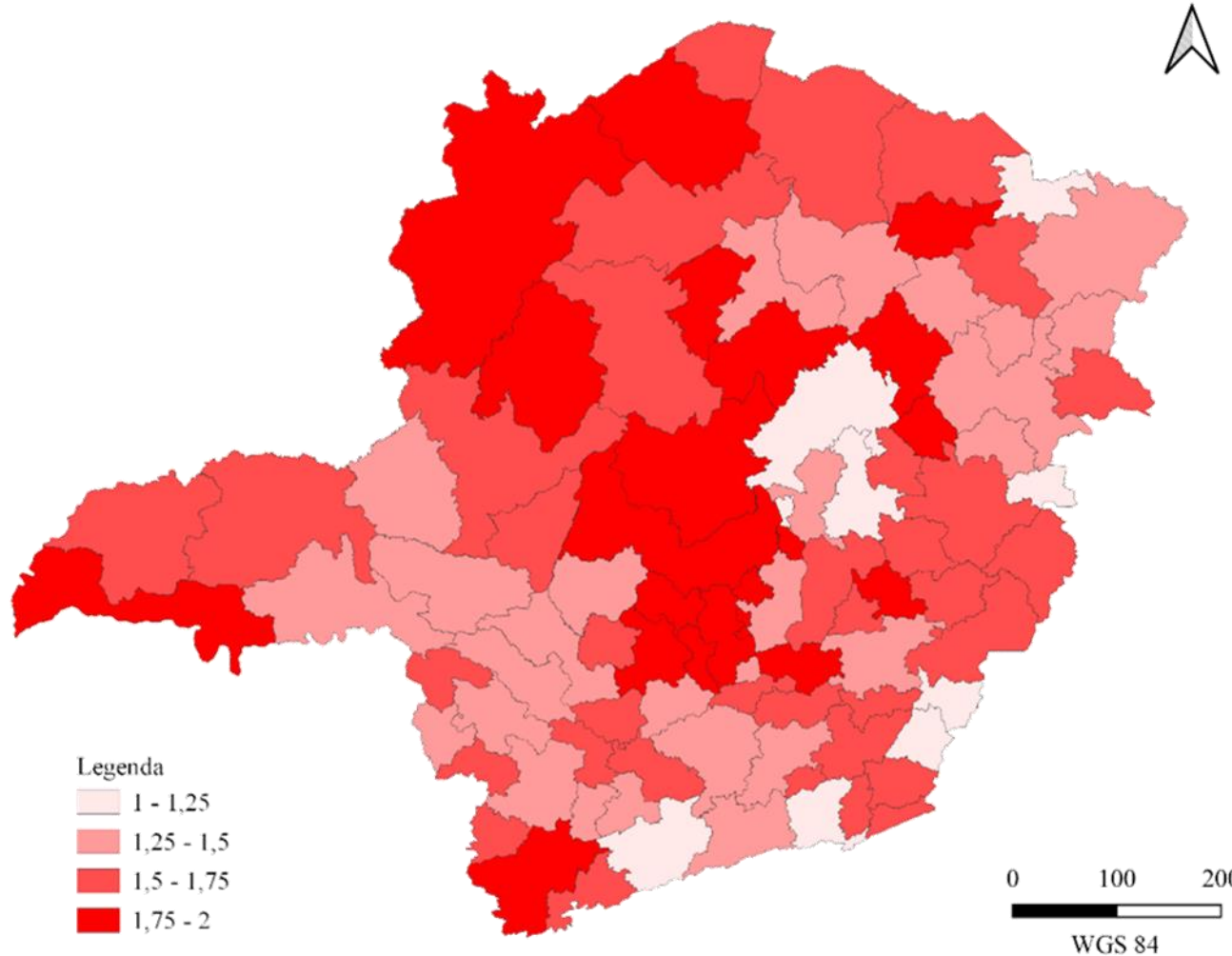
Figura 8: Índice de Porte Econômico



Para o Índice de Necessidade de Oferta (INO), foi utilizado o número de leitos por mil habitantes da microrregião, desconsiderando os leitos destinados à psiquiatria e tratamentos

crônicos. As autoras do artigo alertam para restrição do uso desta variável por conta de não ser capaz de fornecer a qualidade e nível de complexidade dos serviços oferecidos, mas ainda assim é amplamente utilizada na literatura para mensurar a presença de oferta de cuidado hospitalar. O índice tem por objetivo minorar a iniquidade na distribuição espacial da oferta de leitos entre as microrregiões. Para o INO, também foi feito um escalonamento de 1 a 2 para os valores finais.

**Figura 9: Índice de Necessidade de Oferta**



O Índice de Condições de Acesso (ICA) foi calculado a partir da distância média percorrida pelos residentes da microrregião, quando estes necessitam de internação de média complexidade em municípios que não o seu próprio. Os dados de internação foram obtidos junto ao SIH/SUS,



enquanto as distâncias foram obtidas a partir da matriz de Carvalho *et al.* (2016). A distância média percorrida segue a fórmula a seguir:

$$\overline{D}_k = \frac{\sum_i (\sum_j P_{i,j} \times d_{i,j})}{P_k}, \forall i \in k$$

em que:

$\overline{D}_k$  = distância média percorrida pelos pacientes na microrregião de saúde k;

$P_{i,j}$  = total de pacientes residentes no município i atendidos no município j.

$P_k$  = total de pacientes residentes em municípios da microrregião k encaminhados para outros municípios;

$d_{i,j}$  = distância rodoviária entre o município i e o município j;

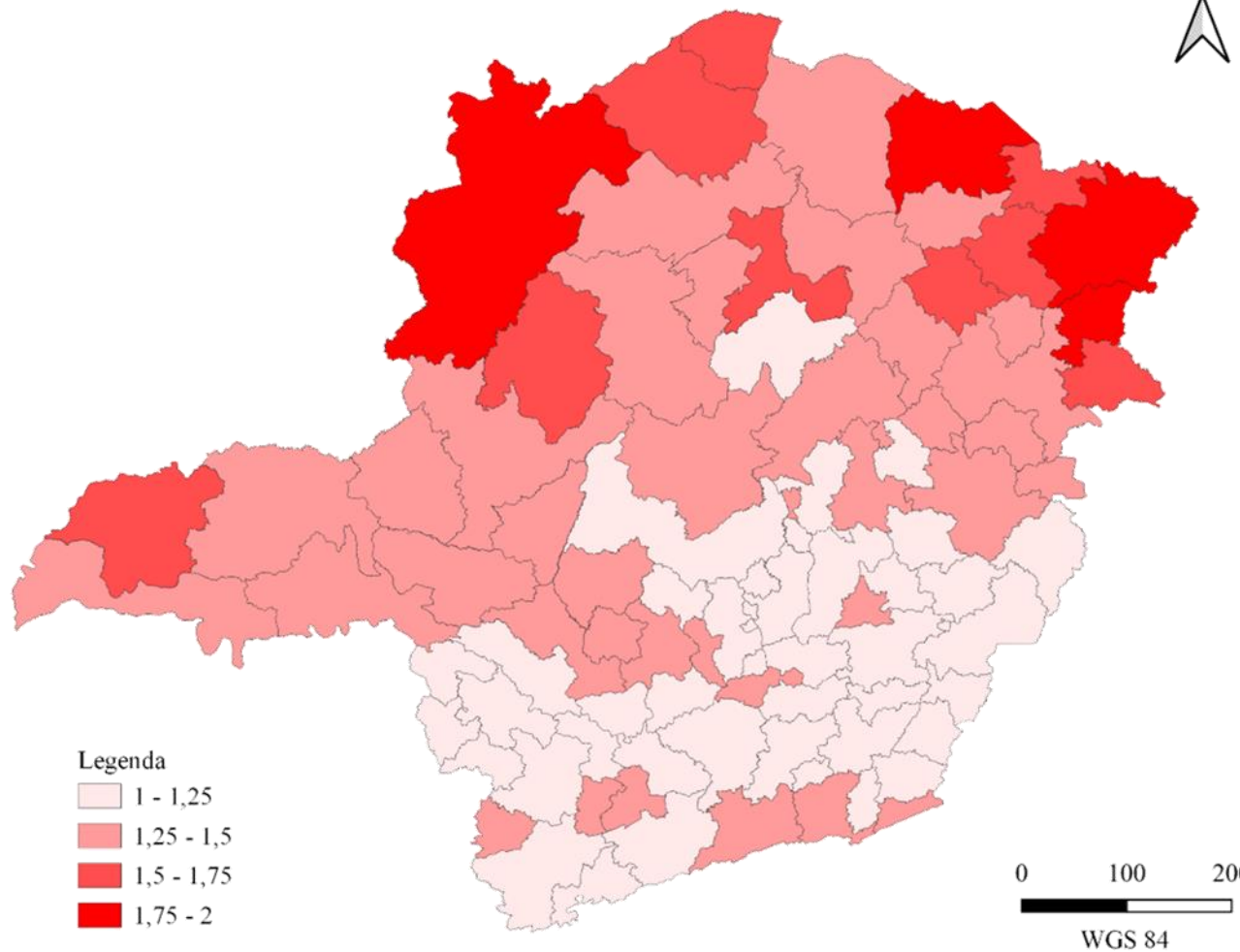
k = microrregião de saúde;

i = município de residência;

j = município onde ocorreu o atendimento.

Tendo a distância média percorrida pelos pacientes, então foi feito um escalonamento para se obter o ICA com valores entre 1 e 2.

Figura 10: Índice de Condições de Acesso



Por fim, foram realizadas três simulações calculando a média simples dos cinco indicadores, utilizando diferentes combinações:

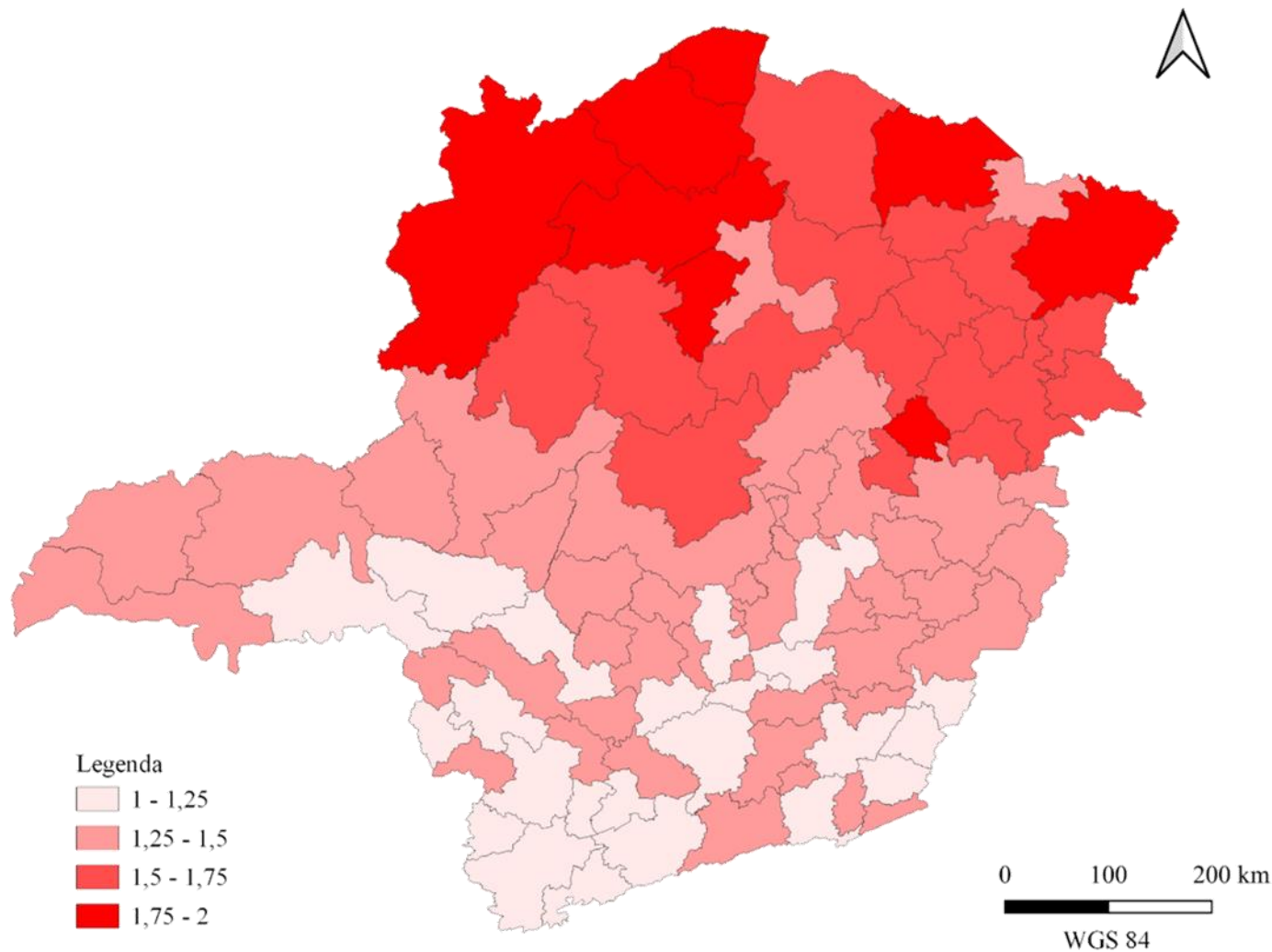
1. INS + IPE + INO + ICA + UE
2. INS + IPE com log do ICMS per capita + INO + ICA + UE
3. INS + IPE com log do ICMS per capita + INO + ICA + UE com log dos dias de internação

Após o cálculo destas médias foi realizado um novo escalonamento de multiplicadores entre 1 e 2 para ajustar a distribuição de recursos às variáveis supracitadas, sendo que quanto maior o multiplicador, maior a necessidade de microrregião.





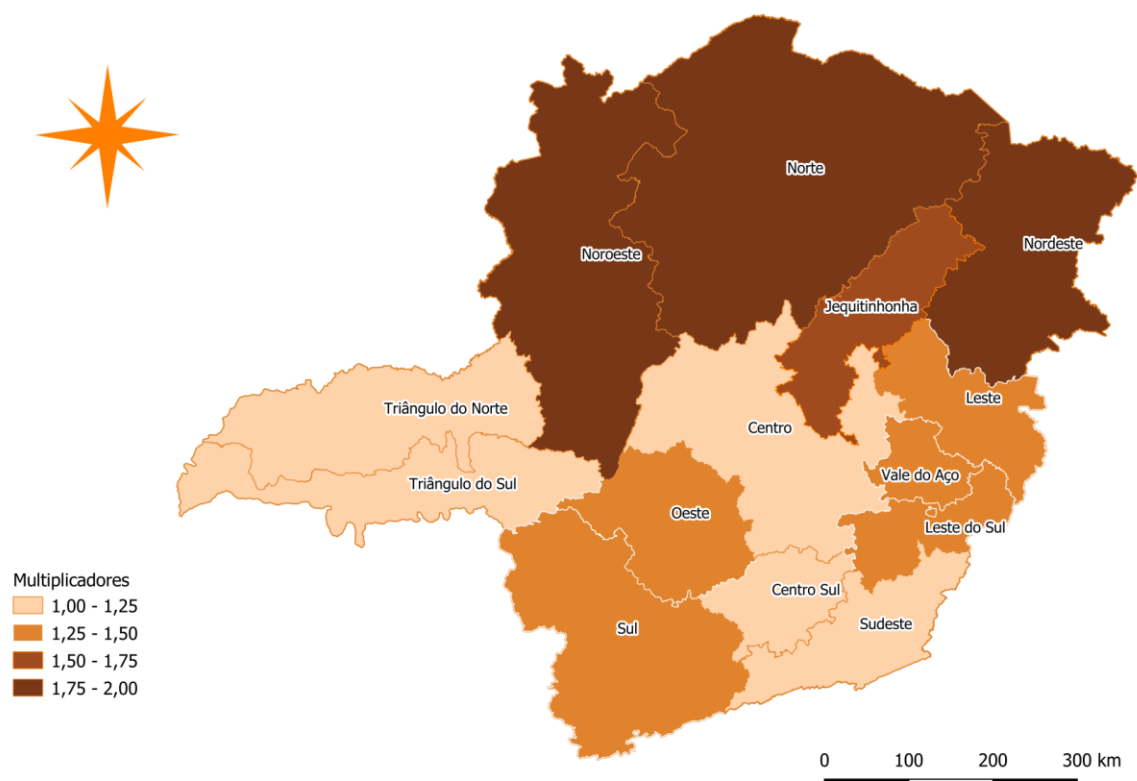
Figura 11: Multiplicadores por Microrregião de Saúde



Análogo ao realizado para a distribuição nas Microrregiões de Saúde, foi realizado para as Macrorregiões de Saúde.



Figura 12: Multiplicadores - Macrorregião de Saúde



Valores por Macrorregião a serem alocados em hospitais de relevância macrorregional

Tabela 6: Valores por Macrorregião a serem alocados em hospitais de relevância macrorregional

CODMACRO	MACRO	fator	POP MACRO	fator * POP	Valor
3101	Sul	1,30	2.812.944	3.666.836	R\$ 56.563.587,17
3102	Centro Sul	1,19	790.973	942.504	R\$ 14.538.799,26
3103	Centro	1,20	6.636.634	7.979.982	R\$ 123.096.977,69
3104	Jequitinhonha	1,56	407.645	634.572	R\$ 9.788.737,55
3105	Oeste	1,40	1.292.038	1.815.281	R\$ 28.002.021,30
3106	Leste	1,46	691.136	1.006.667	R\$ 15.528.558,09
3107	Sudeste	1,00	1.677.090	1.677.090	R\$ 25.870.323,99
3108	Norte	2,00	1.684.710	3.369.420	R\$ 51.975.735,98
3109	Noroeste	1,90	705.938	1.342.881	R\$ 20.714.911,20





GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

3110	Leste do Sul	1,29	695.672	897.182	R\$ 13.839.686,82
3111	Nordeste	1,99	833.701	1.658.038	R\$ 25.576.431,14
3112	Triângulo do Sul	1,17	790.206	923.760	R\$ 14.249.657,27
3113	Triângulo do Norte	1,18	1.305.961	1.544.053	R\$ 23.818.137,80
3114	Vale do Aço	1,44	844.143	1.212.030	R\$ 18.696.434,74
	<b>Minas Gerais</b>		<b>21.168.791</b>	<b>28.670.295</b>	<b>442.260.000</b>

**Valores por Microrregião a serem alocados em hospitais de relevância microrregião**

**Tabela 7: Valores por Microrregião a serem alocados em hospitais de relevância microrregional**

CODMICRO	MICRO	fator	POP MICRO	fator * POP	Valor
31001	Alfenas/Machado	1,29	302.098	389.305	R\$ 5.856.118,65
31002	Guaxupé	1,36	144.742	196.711	R\$ 2.959.018,71
31003	Itajubá	1,29	205.172	263.799	R\$ 3.968.194,03
31004	Lavras	1,37	184.586	252.095	R\$ 3.792.135,69
31006	Poços de Caldas	1,27	238.398	301.878	R\$ 4.540.990,66
31007	Pouso Alegre	1,38	548.821	758.665	R\$ 11.412.206,45
31008	São Lourenço	1,13	263.323	296.609	R\$ 4.461.734,87
31009	São Sebastião do Paraíso	1,16	125.982	145.967	R\$ 2.195.707,03
31010	Três Corações	1,28	133.506	171.235	R\$ 2.575.795,06
31011	Três Pontas	1,29	125.507	162.348	R\$ 2.442.113,01
31012	Varginha	1,29	201.309	260.151	R\$ 3.913.312,05
31013	Barbacena	1,30	238.637	309.738	R\$ 4.659.235,90
31015	São João Del Rei	1,31	240.651	315.754	R\$ 4.749.730,14
31016	Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté	1,24	3.411.258	4.217.741	R\$ 63.445.308,17
31017	Betim	1,36	728.243	986.870	R\$ 14.844.974,90
31018	Contagem	1,45	876.811	1.273.277	R\$ 19.153.249,99
31019	Curvelo	1,70	185.711	315.699	R\$ 4.748.901,33
31020	Guanhães	1,42	93.123	132.578	R\$ 1.994.298,62
31021	Itabira	1,28	237.098	303.247	R\$ 4.561.594,77
31022	Ouro Preto	1,29	186.880	240.347	R\$ 3.615.409,76
31023	João Monlevade	1,42	139.441	197.526	R\$ 2.971.281,93
31024	Sete Lagoas	1,45	449.072	651.267	R\$ 9.796.669,94
31025	Vespasiano	1,46	328.997	478.911	R\$ 7.204.008,16
31026	Diamantina	1,40	142.504	198.975	R\$ 2.993.081,72
31027	Turmalina/M. Novas/Capelinha	1,72	124.958	215.310	R\$ 3.238.797,83
31028	Bom Despacho	1,31	107.489	140.570	R\$ 2.114.516,28
31030	Formiga	1,18	122.971	145.273	R\$ 2.185.265,57



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

31031	Itaúna	1,32	124.127	163.782	R\$ 2.463.688,14
31032	Pará de Minas	1,46	252.399	368.640	R\$ 5.545.267,42
31034	Caratinga	1,47	203.324	297.948	R\$ 4.481.877,81
31035	Coronel Fabriciano/Timóteo	1,47	231.628	340.188	R\$ 5.117.271,44
31036	Governador Valadares	1,50	430.602	645.733	R\$ 9.713.428,50
31037	Ipatinga	1,37	409.191	562.566	R\$ 8.462.397,76
31038	Mantena	1,24	70.031	87.161	R\$ 1.311.122,41
31040	Resplendor	1,34	89.267	119.360	R\$ 1.795.472,16
31041	Além Paraíba	1,32	57.311	75.675	R\$ 1.138.333,99
31042	Carangola	1,23	128.704	157.741	R\$ 2.372.823,22
31044	Leopoldina/Cataguases	1,24	183.358	227.288	R\$ 3.418.982,29
31045	Muriáé	1,00	174.538	174.538	R\$ 2.625.483,90
31046	Santos Dumont	1,31	50.683	66.281	R\$ 997.024,13
31047	São João Nepomuceno/Bicas	1,30	73.081	94.909	R\$ 1.427.664,82
31048	Ubá	1,33	316.719	421.551	R\$ 6.341.171,72
31049	Brasília de Minas/S. Francisco	1,90	233.905	443.390	R\$ 6.669.689,27
31050	Coração de Jesus	1,87	47.569	88.991	R\$ 1.338.645,05
31051	Francisco Sá	1,57	74.504	117.263	R\$ 1.763.931,00
31052	Janaúba/Monte Azul	1,82	278.394	507.554	R\$ 7.634.870,23
31053	Januária	1,89	116.874	221.108	R\$ 3.326.013,46
31055	Pirapora	1,56	146.991	228.679	R\$ 3.439.901,38
31057	Patos de Minas	1,47	263.568	387.524	R\$ 5.829.328,89
31058	Unaí	1,89	274.324	519.816	R\$ 7.819.320,92
31059	Manhuaçu	1,49	345.886	513.744	R\$ 7.727.994,25
31060	Ponte Nova	1,31	211.450	277.533	R\$ 4.174.783,00
31061	Viçosa	1,31	138.336	181.052	R\$ 2.723.479,70
31062	Águas Formosas	1,75	59.634	104.426	R\$ 1.570.832,83
31064	Araçuaí	1,67	89.638	149.597	R\$ 2.250.314,09
31065	Itaobim	1,79	80.828	144.498	R\$ 2.173.603,02
31066	Nanuque	1,66	68.286	113.493	R\$ 1.707.219,54
31067	Padre Paraíso	1,61	62.910	101.160	R\$ 1.521.704,12
31068	Pedra Azul	1,50	65.080	97.758	R\$ 1.470.522,92
31070	Araxá	1,26	189.071	239.174	R\$ 3.597.769,66
31071	Frutal/Iturama	1,55	181.653	282.403	R\$ 4.248.046,32
31072	Uberaba	1,16	419.482	486.901	R\$ 7.324.203,84
31073	Ituiutaba	1,51	195.383	294.449	R\$ 4.429.239,47
31074	Patocínio/Monte Carmelo	1,35	195.323	264.059	R\$ 3.972.096,84
31075	Uberlândia/Araguari	1,39	915.255	1.270.100	R\$ 19.105.466,06
31076	Manga	1,97	56.910	111.909	R\$ 1.683.394,17
31077	João Pinheiro	1,55	73.522	114.221	R\$ 1.718.160,97



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

31078	Congonhas	1,24	125.453	156.168	R\$ 2.349.155,52
31079	Conselheiro Lafaiete	1,38	186.232	256.711	R\$ 3.861.565,22
31080	Peçanha/São João Evangelista	1,48	57.847	85.718	R\$ 1.289.415,80
31081	Santa Maria do Suaçuí	1,83	43.389	79.201	R\$ 1.191.385,52
31082	São Gotardo	1,42	94.524	134.442	R\$ 2.022.344,15
31083	Bocaiúva	1,56	78.199	121.807	R\$ 1.832.276,38
31084	Montes Claros	1,55	443.347	688.831	R\$ 10.361.729,30
31085	Taiobeiras	1,89	139.307	263.738	R\$ 3.967.272,60
31086	Divinópolis	1,37	351.052	480.651	R\$ 7.230.184,89
31087	Lagoa da Prata/Sto Ant. Monte	1,31	128.822	169.325	R\$ 2.547.067,87
31088	Oliveira/Sto Ant. Amparo	1,07	105.654	112.870	R\$ 1.697.852,73
31089	Campo Belo	1,35	99.524	134.189	R\$ 2.018.528,79
31090	Lima Duarte	1,31	70.832	92.774	R\$ 1.395.553,50
31091	Cássia	1,25	50.445	63.164	R\$ 950.142,85
31092	Passos	1,20	212.096	254.687	R\$ 3.831.128,87
31093	Piumhi	1,24	76.959	95.431	R\$ 1.435.519,62
31094	Almenara/Jacinto	2,00	171.474	342.948	R\$ 5.158.788,02
31095	Serro	1,38	50.545	69.648	R\$ 1.047.685,59
31096	Itambacuri	1,57	44.524	69.962	R\$ 1.052.401,55
31097	Juiz de Fora	1,18	621.864	730.873	R\$ 10.994.147,52
31098	Salinas	1,69	68.710	116.046	R\$ 1.745.614,72
31099	Teófilo Otoni/Malacacheta	1,76	280.965	495.533	R\$ 7.454.047,06
	<b>Minas Gerais</b>		<b>21.168.791</b>	<b>29.400.725</b>	<b>R\$ 442.260.000,00</b>

**Diretrizes gerais de alocação de recursos**

1. Os recursos serão alocados nas Microrregiões e Macrorregiões de Saúde de origem;
2. O valor informado na Tabela 6 e Tabela 7 é o teto do território da origem;
3. A alocação de recursos nos beneficiários elegíveis deve acompanhar as pactuações de recursos federais (caráter da internação: urgência) conforme complexidade, especialidade e estabelecimentos que cumprem com o critério de elegibilidade;
4. Dado o teto, o padrão de distribuição das internações por especialidade observada em Minas Gerais, será calculado o montante a ser destinado a cada uma das especialidades/formas de



organização (alta complexidade). Assim, caso o beneficiário absorva toda a demanda de seus municípios, fará jus à totalidade do teto.

5. Para os recursos a serem alocados em hospitais de relevância microrregionais, a distribuição dos recursos por especialidade será vinculada à média da produção por especialidade observada em Minas Gerais no período entre janeiro e dezembro/2019, em outras palavras, será calculada a participação relativa de cada especialidade no montante produzido em Minas Gerais, esse percentual será aplicado ao teto das Microrregiões de Saúde. Para além da distribuição entre as especialidades, será considerado também a complexidade dos procedimentos considerando a Carteira de Serviços Hospitalares.
6. Para os recursos macrorregionais, a distribuição dos recursos por forma de organização de alta complexidade será vinculada à média da produção de alta complexidade observada em Minas Gerais no período entre janeiro e dezembro/2019, em outras palavras, será calculada a participação relativa de forma de organização no montante produzido em Minas Gerais, esse percentual será aplicado ao teto das Macrorregiões de Saúde. Para além da distribuição entre as especialidades, será considerado também a complexidade dos procedimentos considerando a Carteira de Serviços Hospitalares.

Observação: Após definido o percentual de recurso a ser alocado em cada especialidade (dentro de cada um dos territórios) e complexidade dos procedimentos realizados, as pactuações de recursos federais serão revistas (se necessários)

7. Após estabelecido o teto dos territórios, os recursos serão distribuídos entre os prestadores que cumprem com os critérios conforme sua capacidade de oferta de serviços nas especialidades.
8. Especificamente em relação aos beneficiários do Rede Cegonha, na distribuição dos recursos, é preciso que seja mantido o mínimo previsto de contrapartida estadual conforme disposto nas portarias correlatas.
9. As orientações para a distribuição dos recursos em conformidade com as pactuações de recursos federais será objeto de nota conjunta SUBPAS/SUBREG.



**ANEXO V DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº , DE 16 DE SETEMBRO DE 2020.**

**Indicadores de monitoramento de desempenho dos beneficiários do Módulo Valor em Saúde**

Os indicadores pactuados para o Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais possuem a finalidade de avaliar a qualidade da assistência prestada, a eficiência dos beneficiários e sua contribuição para o território em que se encontra. O elenco de indicadores terá também como finalidade melhorar a eficiência na alocação de recursos bem como definir o repasse financeiro.

Quarenta por cento (40%) do valor a ser repassado aos beneficiários do Módulo Valor em Saúde será pré-fixado e terá seu repasse condicionado ao cumprimento de indicadores de inovação (30%) e de qualidade assistencial (10%). Em contrapartida, sessenta por cento (60%) do valor será pós-fixado e terá seu repasse condicionado à performance das instituições, avaliada através do cumprimento de indicadores de desempenho/eficiência.

O Quadro abaixo apresenta os indicadores que serão pactuados com as instituições hospitalares beneficiárias do Módulo Valor em Saúde a depender do perfil assistencial do beneficiário.

Pré-fixado	Inovação (30%)	Dispor/iniciar processo de implementação da metodologia Grupo de Diagnósticos Relacionados
		Dispor/iniciar a utilização de prontuário eletrônico
		Dispor/iniciar processo da qualificação de Gestão de Custo
		Ter interface com o SUSFácilMG
		Alvará Sanitário (ou congênere)
		Atualizar as informações no CNES (mapa de leitos)
	Qualidade (10%)	Ter/iniciar processo de certificação/acreditação
		Instituir/manter Núcleo Interno de Regulação
		Instituir/manter Comissão de Ética Médica
		Instituir/manter Comissão de Ética de Enfermagem
		Instituir/manter Comissão de Documentação Médica e Estatística
		Instituir/manter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
		Instituir/manter Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
		Instituir/manter Comissão de Óbitos
		Instituir/manter Comissão de Revisão de Prontuários



		Instituir/manter Comissão de Farmácia e Terapêutica
		Instituir/manter Núcleo de Segurança do Paciente
		Instituir/manter Grupo Técnico de Humanização
		Instituir/manter Grupo de Vigilância Epidemiológica
		Instituir/manter Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional <sup>1</sup>
		Instituir/manter Comissão de Transplante e Captação de Órgãos <sup>1</sup>
		Instituir/manter Comitê Transfusinais <sup>1</sup>
		Instituir/manter Comissão de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal <sup>2</sup>
		Instituir/manter o Programa de Triagem Neonatal <sup>2</sup>
		Instituir/manter Núcleo de Acesso à Qualidade Hospitalar (NAQH) <sup>3</sup>
		Instituir/manter Núcleo de Qualidade da Assistência para Odontologia Hospitalar <sup>4</sup>
Pós-fixado	Desempenho/ Eficiência (60%)	$EVS = [ IQ \times p + IC \times (1 - p) ] \times 0,05$

<sup>1</sup>Para hospitais que possuem leitos de UTI

<sup>2</sup>Hospitais referência para parto e nascimento

<sup>3</sup>Hospitais vinculados a Rede de Urgência e Emergência

<sup>4</sup>Hospitais que compõem a Rede Estadual de Odontologia Hospitalar

O Escore Valor em Saúde (EVS) é um indicador síntese que agrega qualidade (IQ) e custo (IC). O IQ é um indicador composto único gerado a partir do agrupamento de indicadores nas dimensões estrutura, processo e resultado (Tabela 7). É importante frisar que para a construção do IQ é necessário: a) ponderar os indicadores em cada uma das dimensões; b) definir o *benchmark* baseado em grupos de estabelecimentos com perfil similar e c) estimar o escore de cada indicador baseado no *benchmark*. O somatório dos escores define o IQ que deve oscilar entre 0 e 100.

O IC corresponde ao índice de custo. Atualmente, no nível estadual, não é possível estimar o custo de cada unidade hospitalar de forma sistematizada, desta forma, dispõem-se de um *proxy* que relaciona os recursos de fonte estadual e federal e a produção apresentada por complexidade e especialidade, conforme disposto abaixo:



$$IC_{esp.1,compl.x} = \frac{\left( R\$_{Estadual} \times \frac{Produção_{esp.1,compl.x}}{Produção_{total}} \right) + \left( R\$_{Federal} \times \frac{Produção_{esp.1,compl.x}}{Produção_{total}} \right)}{Internações_{esp.1,compl.x} \times (1 - \%ICSAP_{esp.1,compl.x})}$$

Por *default* o IQ é ponderado em 70% ( $p = 0,7$ ) e o IC em 30%, de forma a priorizar os indicadores de qualidade.

**Tabela 8: Indicadores que compõem o IQ**

Índice de qualidade (IQ)	Estrutura	
		Ter acreditação
	Processo	
		Taxa de cesárea
		Manutenção de equipe mínima para os serviços porta de urgência <sup>1</sup>
		Índice de notificação de morte encefálica <sup>2</sup>
		Alimentação do Sistema RHC dentro do cronograma estipulado <sup>3</sup>
	Resultado	Realização de pesquisa de satisfação
		Taxa de saída por especialidade
		Percentual de contribuição para resolubilidade observada na Região pra especialidades definidas
		Percentual de reinternação (para serviços específicos)
		Percentual de resposta às solicitações de internação provenientes de UPAs em até 24 horas (para serviços específicos)
		Internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)
		Taxa de referência
		Percentual de cumprimento do pacto

<sup>1</sup> Hospitais que compõem a Rede de Urgência Emergência

<sup>2</sup> Hospitais que possuem leitos de UTI

<sup>3</sup> Hospitais vinculados a Rede de Alta Complexidade em Oncologia

As fichas de qualificação dos indicadores supracitados, o benchmark e a metodologia de cálculo serão publicados em Nota Técnica específica aprovada pelo Grupo de Trabalho da Política de Atenção Hospitalar.