

A - O modelo de avaliação de para estados e municípios está estruturado da seguinte forma:

1. Governança
 - 1.1. Liderança
 - 1.1.1. Pessoas e competências
 - 1.1.2. Princípios e comportamentos
 - 1.1.3. Liderança Organizacional
 - 1.1.4. Sistema de Governança
 - 1.2. Estratégia
 - 1.2.1. Relacionamento com partes interessadas
 - 1.2.2. Estratégia organizacional
 - 1.2.3. Alinhamento transorganizacional
 - 1.3. Controle
 - 1.3.1. Gestão de riscos e controles internos
 - 1.3.2. Auditoria interna
 - 1.3.3. *Accountability* e transparência
2. Gestão da atenção à saúde
 - 2.1. Atenção básica
 - 2.2. Média e alta complexidades
 - 2.3. Assistência farmacêutica
 - 2.4. Vigilância em saúde
 - 2.5. Apoio aos municípios (somente estados)
3. Gestão
 - 3.1. Planos
 - 3.2. Processos de apoio
 - 3.2.1. Aquisições
 - 3.2.2. Contratualização
 - 3.2.3. Convênios
 - 3.2.4. Orçamentária e financeira
 - 3.3. Pessoas
 - 3.4. Informação e tecnologia

B – Práticas e itens de controle precedidos por **(E)** aplicam-se somente aos estados.

C - O instrumento de avaliação para as CIB está estruturado da seguinte forma:

1. Instrumento CIB
 - 1.1. Estabelecimento da CIB
 - 1.2. Funcionamento da CIB
 - 1.3. Controle na CIB

D - Exemplos de formas para contribuições (lista não exaustiva):

1. Excluir prática/item de controle, pois <MOTIVO DA SUGESTÃO DE EXCLUSÃO>
2. Incluir prática/item de controle com a redação <REDAÇÃO PROPOSTA>, pois < MOTIVO DA SUGESTÃO DE INCLUSÃO>
3. Alterar redação da prática/item de controle para < NOVA REDAÇÃO PROPOSTA>, pois < MOTIVO DA SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO DA REDAÇÃO>
4. O tema <TEMA> não foi abordado no instrumento, e deveria, pois < MOTIVO DA SUGESTÃO DE INCLUSÃO DO TEMA>

E - Algumas práticas/itens de controle já indicam a necessidade de contribuições: C3.1.2, E2.5, E2.6, AF4.

Instrumento de avaliação para estados e municípios

MODELO_V2	CRÍTICAS (EXCLUIR, ALTERAR REDAÇÃO, INCLUIR)
GOVERNANÇA	
LIDERANÇA	
L1 Pessoas e competências	

L1.1 Definir as competências da liderança.

L1.1.1 As competências desejáveis ou necessárias ao secretário de saúde e aos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) estão identificadas. (D*)

L1.1.2 As competências desejáveis ou necessárias aos conselheiros de saúde estão identificadas. (D*)

L1.2 Estabelecer e dar transparência ao processo de seleção da liderança.

L1.2.1 Os critérios de seleção do secretário de saúde e dos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) estão definidos. (D*)

L1.2.2 Os critérios de seleção dos conselheiros de saúde estão definidos. (D*)

L2.2.3 O secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) são selecionados por meio de processo transparente que leva em consideração as competências e os critérios de seleção definidos. (E*)

L2.2.4 Os conselheiros de saúde são selecionados por meio de processo transparente que leva em consideração as competências e os critérios de seleção definidos. (E*)

L1.3. Assegurar a adequada capacitação da liderança.

L1.3.1 As necessidades de desenvolvimento das competências do secretário de saúde e dos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) são identificadas. (D*)

L1.3.2 As necessidades de desenvolvimento das competências dos conselheiros de saúde são identificadas. (D*)

L1.3.3 As competências do secretário de saúde e dos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) são desenvolvidas considerando as necessidades de desenvolvimento identificadas. (*E)

L1.3.4 As competências dos conselheiros de saúde são desenvolvidas considerando as necessidades de desenvolvimento identificadas. (*E)

L1.4. Estabelecer sistemática de avaliação de desempenho da liderança.

L1.4.1 Os indicadores e metas de desempenho para o secretário de saúde e para os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) estão definidos. (D*)

L1.4.2 O secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) são avaliados com base nos indicadores e metas de desempenho definidos. (E*)

L1.4.3 O resultado das avaliações de desempenho do secretário de saúde e dos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) é divulgado. (D*)

L1.5. Garantir que o conjunto de benefícios da liderança seja transparente e adequado para atrair bons profissionais e estimulá-los a se manterem focados nos resultados organizacionais.

L1.5.1 O conjunto de benefícios, financeiros e não financeiros, para o secretário de saúde e para os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) está definido. (*D)

L1.5.2 O conjunto de benefícios, não financeiros, para os conselheiros de saúde está definido. (*D)

L1.5.3 O conjunto de benefícios, financeiros e não financeiros, para o secretário de saúde e para os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) está coerente e adequado à complexidade e à responsabilidade dos papéis e das funções por eles desempenhados. (*E)

L1.5.4 O conjunto de benefícios, não financeiros, para os conselheiros de saúde está coerente e adequado à complexidade e à responsabilidade dos papéis e das funções por eles desempenhados. (*E)

L1.5.5 A concessão dos benefícios, financeiros e não financeiros, ao secretário de saúde e aos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) leva em consideração o resultado organizacional e o desempenho individual e coletivo.

(*E)

L1.5.6 A concessão dos benefícios, não financeiros, aos conselheiros de saúde leva em consideração o resultado organizacional e o desempenho individual e coletivo (15).

L1.5.7 O conjunto de benefícios, financeiros e não financeiros, concedidos ao secretário de saúde e aos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) é divulgado. (*E)

L1.5.8 O conjunto de benefícios, não financeiros, concedidos aos conselheiros de saúde é divulgado. (*E)

L2 Princípios e comportamentos

L2.1 Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento da liderança.

L2.1.1 O código de ética e de conduta adotado é aplicável aos conselheiros de saúde. (*E)

L2.1.2 O código de ética e de conduta adotado é aplicável ao secretário de saúde e aos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração). (*E)

L2.1.3 O código de ética e de conduta adotado possui as seguintes características: (*D) a) detalha valores, princípios e comportamentos esperados dos agentes; b) define tratamento de conflitos de interesses; c) estabelece a obrigatoriedade de

manifestação e registro, de forma explícita e transparente, de aspectos que possam conduzir a conflito de interesse (p. ex., empregos atuais e anteriores, candidaturas a cargos eletivos, atividades políticas nos últimos cinco anos); d) proíbe o recebimento de benefícios que possam, de forma efetiva ou potencial, influenciar, ou parecer influenciar, as ações da alta administração e dos conselheiros de saúde.

L2.1.4 O código de ética e de conduta adotado define: (*D) a) sanções cabíveis em caso de seu descumprimento; b) mecanismos de monitoramento e avaliação do seu cumprimento; c) papéis e responsabilidades dos envolvidos no monitoramento e na avaliação do comportamento de agentes públicos.

L2.1.5 Ações de divulgação e promoção do conhecimento do código de ética e de conduta são efetivamente realizadas para seu público alvo (conselheiros de saúde, secretário de saúde e gestores diretamente a ele subordinados - alta administração). (*E)

L2.2. Estabelecer mecanismos de controle para evitar que conflitos de interesse influenciem as decisões da liderança.

L2.2.1 Mecanismos que estabeleçam a obrigatoriedade de os conselheiros de saúde declararem impedimento para tomar decisões quando há aspectos que possam conduzir a conflito de interesse (p. ex., empregos atuais e anteriores, candidaturas a cargos eletivos, atividades políticas nos últimos cinco anos) estão implantados. (*D)

L2.2.2 Mecanismos que estabeleçam a obrigatoriedade de o secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados

(alta administração) declararem impedimento para tomar decisões quando há aspectos que possam conduzir a conflito de interesse (p. ex., empregos atuais e anteriores, candidaturas a cargos eletivos, atividades políticas nos últimos cinco anos) estão implantados. (*D)

L2.2.3 Os mecanismos para envio de denúncias diretamente ao conselho de saúde estão implantados. (*E)

L2.2.4 Os mecanismos para acompanhamento, pelo denunciante, de denúncias feitas ao conselho de saúde estão implantados. (*E)

L2.3. Estabelecer mecanismos para garantir que a liderança atue de acordo com padrões de comportamento baseados nos valores e princípios constitucionais, legais e organizacionais e no código de ética e conduta adotado.

L2.3.1 O conselho de saúde se responsabiliza pela avaliação da adequação do comportamento do secretário de saúde e dos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração). (*E)

L2.3.2 Instância interna de governança com atribuição de correição (p. ex. corregedoria), que se responsabiliza pela avaliação da adequação do comportamento do secretário de saúde e dos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração), está implantada. (*E)

L3 Liderança Organizacional

L3.1 Responsabiliza-se pela avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão da secretaria de saúde.

L3.1.1 O secretário de saúde é o responsável pela avaliação da gestão da secretaria de saúde.

L3.1.2 O secretário de saúde é o responsável pelo direcionamento da gestão da secretaria de saúde.

L3.1.3 O secretário de saúde é o responsável pelo monitoramento da gestão da secretaria de saúde.

L3.2 Avaliar, direcionar e monitorar a alta administração (secretário de saúde e dirigentes superiores da saúde).

L3.2.1 O secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) são avaliados pelo chefe do poder executivo. (*E)

L3.2.2 O secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) são direcionados pelo chefe do poder executivo. (*E)

L3.2.3 O secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) são monitorados pelo chefe do poder executivo. (*E)

L3.2.4 O secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) são avaliados pelo conselho de saúde. (*E)

L3.2.5 O secretário de saúde e aos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) são direcionados pelo conselho de saúde. (*E)

L3.2.6 O secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) são monitorados pelo conselho de saúde. (*E)

L4 Sistema de Governança

L4.1. Estabelecer as instâncias internas de governança.

L4.1.1 Papéis e responsabilidades do conselho de saúde estão definidos e incluem atividades relacionadas à formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. (*D)

L4.1.2 Papéis e responsabilidades das instâncias internas de apoio a governança estão definidos e incluem atividades relacionadas à tomada de decisão, à elaboração, implementação e revisão de diretrizes, ao monitoramento e ao controle. (*D)

L4.1.3 Os membros do conselho de saúde estão designados. (*E)

L4.1.4 Recursos necessários ao pleno funcionamento do conselho de saúde (p. ex., orçamento, pessoal, instalações) estão disponíveis.

L4.1.5 Os membros dos conselhos de saúde cumprem seus papéis e responsabilidades relativas ao sistema de governança. (*E)

L4.2 Estabelecer o processo decisório, garantindo o balanceamento de poder e a segregação de funções críticas.

L4.2.1 As decisões críticas da secretaria de saúde que demandam segregação de funções estão identificadas. (*D)

L4.2.2 O limite de tempo para que indivíduos exerçam a mesma função ou papel associado a decisões críticas de negócio está definido. (*D)

ESTRATÉGIA

E1 Relacionamento com partes interessadas.

E1.1 Estabelecer e divulgar canais de comunicação da secretaria de saúde com as diferentes partes interessadas e assegurar sua efetividade, consideradas suas características e possibilidades de acesso.

E1.1.1 As partes interessadas estão identificadas. (*D)

E1.1.2 Canais de comunicação da secretaria de saúde para acesso, solicitação e encaminhamento de informações estão implantados. (*E)

E1.1.3 Canais de comunicação da secretaria de saúde para acesso, solicitação e encaminhamento de informações são divulgados periodicamente. (*E)

E1.1.4 Mecanismos para tratar informações recebidas pelos canais de comunicação da secretaria de saúde estão implantados. (*E)

E1.1.5 O desempenho, a disponibilidade e a adequação dos canais de comunicação são avaliados e monitorados. (*E)

E1.2 Assegurar que decisões, estratégias, políticas, programas, projetos, planos, ações, serviços e produtos de saúde atendam ao maior número possível de partes interessadas, de modo balanceado.

E1.2.1 As semelhanças e as distinções entre as partes interessadas, bem como suas necessidades e expectativas, estão identificadas. (*D)

E1.2.2 Critérios de seleção, priorização e balanceamento no atendimento de necessidades das partes interessadas estão definidos e são transparentes. (*D)

E1.2.3 Processos de seleção, priorização e balanceamento de decisões, estratégias, políticas, programas, projetos, planos, ações, serviços e produtos de responsabilidade da organização, que atendem as diferentes partes interessadas, estão implantados. (*E)

E1.2.4 A satisfação das partes interessadas com o atendimento de suas necessidades e expectativas é avaliada e monitorada. (*E)

E2 Estratégia organizacional

E2.1. Estabelecer o processo de formulação, desdobramento e monitoramento da estratégia da secretaria de saúde, considerando aspectos como transparência e envolvimento das partes interessadas.

E2.1.1 Processo de elaboração do Plano de Saúde está estabelecido de forma compatível com a elaboração do Plano

Plurianual. (*D)

E2.1.2 Processo de elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) está estabelecido de forma compatível com a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). (*D)

E2.1.3 Etapa que verifica alinhamento da Programação Anual de Saúde (PAS) com o plano de saúde está estabelecida. (*D)

E2.1.4 Processo de monitoramento e avaliação do Plano de Saúde e da Programação Anual de Saúde está estabelecido. (*D)

E2.2. Estabelecer a estratégia da secretaria de saúde.

E2.2.1 Conferências de saúde são realizadas. (*E)

E2.2.2 Pactuações dos gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) que impactam o planejamento estão identificadas. (*D)

E2.2.3 Diretrizes do conselho de saúde para o plano de saúde, inclusive quanto à priorização, estão estabelecidas. (*D)

E2.2.4 Resultados das conferências de saúde e das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) e as diretrizes do conselho de saúde são considerados no plano de saúde. (*E)

(E) E2.2.4a Planos de saúde municipais são considerados na elaboração do Plano de saúde estadual. (*E)

E2.2.5 Plano de saúde está elaborado e contém: a) análise situacional; b) definição de objetivos; c) definição de pelo menos um indicador para cada objetivo; d) definição de metas para cada indicador; e) processo de monitoramento e avaliação dos indicadores; f) metodologia de alocação dos recursos estaduais aos municípios **(só para estados)**; g) previsão de repasse dos recursos estaduais aos municípios. (*D)

E2.2.6 Plano de saúde está aprovado pelo conselho de saúde. (*D)

E2.3. Anualizar a estratégia da secretaria de saúde.

E2.3.1 Programação Anual de Saúde (PAS) está elaborada e contém (*D): a) a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; b) a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e c) a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

E2.3.2 Programação Anual de Saúde (PAS) está alinhada com o Plano de Saúde. (*E)

E2.3.3 Programação Anual de Saúde (PAS) está aprovada pelo conselho de saúde. (*E)

E2.4. Monitorar e avaliar a execução da estratégia da secretaria de saúde.

E2.4.1 Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores são apresentados em audiência pública na casa legislativa ao longo do exercício. (*E)

E2.4.2 Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores são avaliados pelo conselho de saúde, por meio da comparação entre o que foi previsto e o que foi executado, e da avaliação as justificativas para os eventuais desvios na execução da Programação Anual de Saúde. (*E)

E2.4.3 Resultados das avaliações dos Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores são utilizados para ajustar a execução das ações do Plano Anual de Saúde (PAS). (*E)

E2.4.4 Relatório de gestão é avaliado pelo conselho de saúde, por meio da comparação entre o que foi previsto e o que foi executado, e da avaliação as justificativas para os eventuais desvios na execução da Programação Anual de Saúde, sendo aprovado ou reprovado de forma conclusiva. (*E)

E2.4.5 Resultados das avaliações dos Relatórios de Gestão são utilizados para ajustar o próximo Plano Anual de Saúde (PAS), com vistas a permitir o cumprimento do Plano de Saúde. (*E)

E2.5. Estabelecer diretrizes para a gestão.

E2.5.1 Diretrizes para o planejamento dos estabelecimentos de saúde estão estabelecidas, e incluem:

- (a) Estabelecimento de modelos de planos;
- (b)

(AQUI DEVE ENTRAR SÓ O QUE É MAIS RELEVANTE)

E2.5.2 Diretrizes para a gestão de pessoas na secretaria estão estabelecidas, e incluem:

- (a) Avaliação da suficiência (quantitativa e qualitativa) da força de trabalho;
- (b) Avaliação de desempenho individual dos colaboradores;
- (c) Capacitação deve ser sempre precedida do mapeamento das lacunas de desempenho a preencher.

(AQUI DEVE ENTRAR SÓ O QUE É MAIS RELEVANTE)

E2.5.3 Diretrizes para as aquisições realizadas na secretaria se saúde estão estabelecidas, e incluem:

- (a) Adquirir em conjunto com diversas organizações, por meio de registro de preços, sempre que possível;
- (b) Planejamento das aquisições devem considerar o conjunto de todos os elementos (bens, serviços e outros itens) necessários para, de forma integrada, gerar os resultados que atendam à necessidade que gerou a aquisição.

(AQUI DEVE ENTRAR SÓ O QUE É MAIS RELEVANTE)

E2.6. Estabelecer diretrizes para a atenção à saúde.

E2.6.1 Diretrizes para a gestão da atenção básica estão estabelecidas, e incluem:

- (a) Estabelecimento e monitoramento periódico de indicadores de qualidade e produtividade de todos os estabelecimentos de saúde da atenção básica, próprios, conveniados e contratualizados;
- (b) Monitoramento da produtividade individual por categoria

profissional, visando à completa utilização da capacidade operacional;

(c) Monitoramento da satisfação do usuário atendido através de pesquisas de satisfação;

(d) Utilização de protocolos para qualificação dos encaminhamentos à média e alta complexidades, aumentando, na via indireta, a resolutividade na atenção básica;

(e) Avaliação permanente das barreiras ao acesso dos usuários para a atenção básica e buscar novas formas de agendamento de consultas e procedimentos.

(AQUI DEVE ENTRAR SÓ O QUE É MAIS RELEVANTE)

E2.6.2 Diretrizes para a gestão da média e alta complexidades estão estabelecidas, e incluem:

(a) Estabelecer e monitorar periodicamente indicadores de qualidade e produtividade de todos os estabelecimentos de saúde da média e alta complexidades, próprios, conveniados e contratualizados;

(b) Monitoramento, nos estabelecimentos de saúde da média e alta complexidades próprios, da produtividade individual por categoria profissional, visando à completa utilização da capacidade operacional;

(c) Definição dos protocolos que devem ser utilizados na atenção básica para o encaminhamento à média e alta complexidades, incluindo o estabelecimento de parâmetros para a correta regulação clínica, a fim de qualificar os encaminhamentos para especialidades;

(d) Apoio à qualificação dos encaminhamentos para as especialidades (p.e., por meio de centros de teleconsultoria);

(e) Monitoramento e avaliação das filas de regulação (incluindo o acompanhando a demanda reprimida e o absenteísmo de usuários nas consultas especializadas agendadas), visando reduzir o tempo de espera nas filas.

(AQUI DEVE ENTRAR SÓ O QUE É MAIS RELEVANTE)

E2.6.3 Diretrizes para a gestão da assistência farmacêutica estão estabelecidas, e incluem:

- (a) Realização de aquisições conjuntamente com outros entes;
- (b) Estabelecimento de protocolos de atenção farmacêutica.

(AQUI DEVE ENTRAR SÓ O QUE É MAIS RELEVANTE)

E2.6.4 Diretrizes para a gestão da vigilância em saúde estão estabelecidas, e incluem:

- (a) Integração das equipes de vigilâncias em saúde (sanitária, epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e zoonoses);
- (b) Integração das informações em vigilância em saúde, por exemplo, por meio da Implantação de Centro de Informações Estratégicas Vigilância em Saúde (CIEVS).

(AQUI DEVE ENTRAR SÓ O QUE É MAIS RELEVANTE)

(E) E2.6.5 Diretrizes sobre como a gestão das regionais de saúde (ou equivalentes) devem supervisionar os municípios estão estabelecidas, e incluem:

- (a) Estabelecimento e monitoramento periódico de indicadores de saúde;
- (b) Estabelecimento e monitoramento periódico de indicadores de gestão.

(AQUI DEVE ENTRAR SÓ O QUE É MAIS RELEVANTE).

E3 Alinhamento transorganizacional

E3.1 Conhecer as suas necessidades e suas possibilidades para a integração regional.

E3.1.1 Informações sobre ações e serviços em saúde que necessitam ser supridas por outros entes (municípios/estado) estão disponíveis. (*D)

E3.1.2 Informações sobre a oferta de serviços de saúde excedente estão disponíveis. (*D)

E3.2. Estabelecer mecanismos de atuação conjunta, com municípios, estado e união, com vistas a implementação de regiões de saúde e de redes de atenção à saúde.

E3.2.1 Propostas de estratégias de sua participação na região de saúde e nas redes de atenção à saúde estão disponíveis. (*D)

E3.2.2 Informações sobre a necessidade de financiamento de seu ente federativo para implantação da estratégia sugerida, com memórias de cálculo e suas evidências, estão disponíveis. (*D)

E3.3. Estabelecer mecanismos de atuação conjunta, entre organizações (p.ex. outras secretarias), com vistas a formulação, implementação, monitoramento e avaliação de ações que contribuam para mais de uma política pública (p.ex., ações que contribuem

para uma política de saúde e para uma política de urbanização).

E3.3.1 Espaços para discussão de ações que contribuam para mais de uma política pública estão estabelecidos.

E3.3.2 Propostas de ações que contribuam para mais de uma política pública são apresentadas.

E3.3.3 Avaliação e priorização das ações públicas propostas levam em consideração as diversas áreas nas quais trarão impacto.

CONTROLE

C1 Gestão de riscos e controles internos

C1.1 Estabelecer a estrutura de gestão de riscos.

C1.1.1 Diretrizes para gestão de riscos e estabelecimento de controles internos estão estabelecidas, e incluem a definição da tolerância ao risco, de papéis e responsabilidades, de critérios de classificação de riscos. (*D)

C1.1.2 O processo de gestão de riscos está implantado e contempla os seguintes componentes: ambiente de controle; fixação de objetivos; avaliação de riscos; atividades de controle; informação e comunicação; atividades de monitoramento. (*E)

C1.2. Realizar gestão de riscos.

C1.2.1 Conselho de saúde realiza gestão dos riscos associados à implantação do plano de saúde e da programação anual de saúde. (*D)

C1.2.2 Alta administração (secretário de saúde e dirigentes superiores da saúde) realiza gestão dos riscos associados à implantação do plano de saúde e execução da programação anual de saúde. (*D)

C1.3. Monitorar a gestão.

C1.3.1 Resultado do monitoramento da gestão da atenção básica está disponível.

C1.3.2 Resultado do monitoramento da gestão da média e alta complexidades está disponível.

C1.3.3 Resultado do monitoramento da gestão da assistência farmacêutica está disponível.

C1.3.4 Resultado do monitoramento da gestão da vigilância em saúde está disponível.

C1.3.5 Resultado do monitoramento do planejamento dos estabelecimentos de saúde está disponível.

C1.3.6 Resultado do monitoramento da gestão de pessoas na secretaria de saúde está disponível.

C1.3.7 Resultado do monitoramento da gestão das aquisições realizadas na secretaria de saúde está disponível.

(E) C1.3.8 Resultado do monitoramento da atuação das regionais de saúde (ou equivalentes) está disponível.

C2 Auditoria interna

C2.1. Estabelecer a função de auditoria interna.

C2.1.1 O propósito, a autoridade, o mandato e a responsabilidade do componente da auditoria interna do SUS estão definidos em estatuto. (*D)

C2.1.2 Normas estabelecem a posição da função do componente da auditoria interna do SUS na organização, autorizam o acesso aos recursos organizacionais (p. ex. informações, acesso a sistemas) relevantes à realização do trabalho de auditoria e definem o escopo de suas atividades. (*D)

C2.1.3 O componente da auditoria interna do SUS está implantado. (*E)

C2.2. Prover condições para que a auditoria interna seja independente e proficiente.

C2.2.1 O componente da auditoria interna do SUS apresenta seus relatórios ao conselho de saúde. (*E)

C2.2.2 Diretrizes para o tratamento de conflitos de interesse (p. ex. não participação em atos de gestão) dos integrantes

componente da auditoria interna do SUS estão estabelecidas. (*D)

C2.2.3 As competências necessárias ao desempenho das responsabilidades do componente da auditoria interna do SUS estão identificadas. (*D)

C2.2.4 Condições são providas para que os auditores internos possuam, coletivamente, as competências necessárias ao desempenho das atribuições do componente da auditoria interna do SUS. (*E)

C2.3. Assegurar que a auditoria interna adicione valor à secretaria de saúde.

C2.3.1 Diretrizes para que o componente da auditoria interna do SUS contribua para a melhoria dos processos de governança, de gestão e de gerenciamento de riscos e controles, utilizando abordagem sistemática estão definidas. (*D)

C2.3.2 Diretrizes para que o planejamento dos trabalhos componente da auditoria interna do SUS levem em consideração os riscos relevantes para a secretaria de saúde estão definidas. (*D)

C2.3.3 Objetivos, indicadores e metas de desempenho para o componente da auditoria interna do SUS estão estabelecidos. (*D)

C2.3.4 Plano de auditoria interna, elaborado com base nos objetivos, riscos e metas da secretaria de saúde, está aprovado. (*D)

C2.3.5 Trabalhos de auditoria interna são executados em conformidade com as diretrizes e os planos definidos. (*E)

C2.3.6 O desempenho da função de auditoria interna é mensurado e avaliado com base nos indicadores e metas definidos. (*E)

C2.3.7 Medidas visando o aprimoramento da função auditoria interna são implementadas sempre que necessário. (*E)

C3 *Accountability* e transparência

C3.1. Dar transparência às partes interessadas, admitindo-se o sigilo, como exceção, nos termos da lei.

C3.1.1 As necessidades de publicidade de informações decorrentes de exigências normativas e jurisprudenciais, e de demandas das partes interessadas estão identificadas. (*D)

C3.1.2 Diretrizes do chefe do poder executivo ou do secretário de saúde para abertura de dados e divulgação de informações relacionadas à saúde estão definidas, e incluem a obrigatoriedade de publicação:

- (a) dos serviços que são prestados pela secretaria de saúde;
- (b) pelos estabelecimentos de saúde, próprios, conveniados e contratualizados, dos serviços que ofertam, da quantidade de serviços ofertados, da escala de médicos, em local facilmente visível pelos usuários;
- (c) das listas de espera para procedimentos de média e alta complexidades;
- (d) **(AGUARDAMOS SUGESTÕES DO QUE SEJA MAIS RELEVANTE).**

C3.1.3 O catálogo de informações às quais a secretaria de informações se compromete a dar transparência ativa está definido e é acessível às partes interessadas. (*D)

C3.1.4 As informações às quais a organização se compromete a dar transparência ativa estão acessíveis às partes interessadas. (*E)

C3.1.5 As informações publicadas estão de acordo com as exigências normativas e jurisprudenciais. (*E)

C3.1.6 A satisfação das partes interessadas com as informações providas é avaliada e monitorada. (*E)

C3.2. Prestar contas da implementação e dos resultados do plano de saúde.

C3.2.1 Relatório anual e relatórios detalhados dos quadrimestres anteriores estão publicados no SargSUS. (*E)

C3.2.2 Pareceres do conselho de saúde sobre o relatório anual e relatórios detalhados dos quadrimestres anteriores estão publicados no SargSUS. (*E)

C3.2.3 O relatório anual está publicado de acordo com as exigências normativas e jurisprudenciais, e contém: (*E)

- a) as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
- b) as metas da PAS previstas e executadas;
- c) a análise da execução orçamentária;
- d) as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

C3.2.4 A satisfação das partes interessadas com o conteúdo e a qualidade da prestação de contas é avaliada e monitorada. (*E)

C3.3. Avaliar a imagem da secretaria de saúde e a satisfação das partes interessadas com seus serviços e produtos.

C3.3.1 A satisfação das partes interessadas com serviços e produtos da secretaria de saúde é monitorada e avaliada. (*E)

C3.3.2 A imagem da secretaria de saúde perante as partes interessadas, em especial a confiança, é monitorada e avaliada. (*E)

C3.3.3 Ações de melhoria são implementadas com base nos resultados das avaliações. (*E)

C3.4. Garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação.

C3.4.1 Diretrizes para a apuração, de ofício, de irregularidades estão definidas. (*D)

C3.4.2 Indícios de irregularidades são apurados, de ofício, em conformidade com as diretrizes definidas. (*E)

C3.4.3 Casos comprovados de irregularidades resultam na aplicação de sanções, em conformidade com as diretrizes definidas. (*E)

C3.4.4 Casos comprovados de irregularidade resultam no encaminhamento tempestivo de informações para os órgãos de controle competentes. (*E)

C3.4.5 Apuração dos indícios de irregularidades são apurados monitorados pelo conselho de saúde. (*E)

Gestão da atenção à saúde

Atenção básica

AB1 Organizar a função de atenção básica como ordenadora da rede de assistência à saúde.

AB1.1 Papéis e responsabilidades da função de atenção básica estão estabelecidos.

AB1.2 Os gestores da função atenção básica estão designados.

AB1.3 Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades da função atenção básica estão disponíveis.

AB1.4 Infraestrutura necessária para executar as atividades da função atenção básica está disponível.

AB2 Definir territórios, estratificar os riscos e definir as responsabilidades sanitárias.

AB2.1 Os territórios sob responsabilidade de cada estabelecimento da atenção básica estão claramente definidos.

AB2.2 Mecanismos com vistas a responsabilizar os profissionais de saúde pelo acompanhamento de cada paciente de sua população adstrita estão estabelecidos (p.e., normativo estabelecendo, de forma clara, as responsabilidades dos profissionais que compõem as equipes em relação a cada paciente).

AB2.3 Mecanismos com vistas a conscientizar os profissionais sobre sua responsabilidade em relação a cada paciente de sua população adstrita estão estabelecidos (p.e., capacitação permanente, palestras planejadas, etc., com a finalidade de esclarecer as responsabilidades dos profissionais).

AB2.4 Mecanismos de estratificação da população em subpopulações, de acordo com o grau de risco a que estão submetidas estão estabelecidos (p.e., segregação da população e classificação do risco em relação às variáveis: a) a severidade da condição crônica estabelecida (por exemplo, baixo risco, médio risco, alto risco, muito alto risco e/ou co-morbidades); e b) o grau de confiança e o apoio para o autocuidado (baixo, médio e alto).

AB3 Vincular população aos territórios.

AB3.1 Mecanismos para vincular a população aos territórios estão estabelecidos. (*E)

AB3.2 Estratégias para vincular a população aos territórios estão estabelecidas (p.e., ações para orientar a população sobre sua vinculação territorial, humanização do atendimento) são executadas. (*E)

AB3.3 Monitoramento dos atendimentos que não obedecem a vinculação territorial é realizado.

AB3.4 Ações corretivas são tomadas em decorrência do monitoramento dos atendimentos que não obedecem a vinculação territorial.

AB4 Estabelecer mecanismos de acessibilidade para o acolhimento.

AB4.1 Medidas que visam aumentar a cobertura de pacientes são constantemente implementadas.

AB4.2 Os meios de apoio logístico, como de transporte de pacientes, estão estabelecidos.

AB5 Estabelecer equipes de atendimento multidisciplinares.

AB5.1 As equipes de atenção básica são formadas, no mínimo, por: a) médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; b) pediatra; c) ginecologista; obstetra d) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; e) auxiliar ou técnico de enfermagem; f) agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família; e g) auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

AB5.2 A formação das equipes de atenção básica é monitorada de forma que as mesmas sempre estejam completas.

AB6 Estabelecer mecanismos para continuidade no atendimento clínico (considerando o tratamento na própria atenção básica).

AB6.1 Mecanismos para que os agentes comunitários de saúde tenham conhecimento de cada paciente sob seu cuidado estão estabelecidos (p.e., separação/distribuição das famílias que ficarão sob o cuidado de um determinado agente comunitário de saúde, na área adstrita pela equipe de atenção básica, incluindo a relação contendo as informações sobre cada pessoa que compõe essas famílias).

AB6.2 Mecanismos que permitam aos profissionais da atenção básica conhecerem o histórico de saúde de cada paciente estão estabelecidos (p. e., existência de prontuários clínicos efetivos).

AB6.3 Mecanismos que visem à realização da busca ativa de pacientes para tratamento na atenção básica estão estabelecidos (p. e., controle de pacientes em condições crônicas de saúde que demandam acompanhamento; definição de pessoal e gestão da atividade dos profissionais que realizarão a busca ativa).

AB7 Estabelecer mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica

AB7.1 Mecanismos com vistas a conscientizar os médicos e enfermeiros acerca da necessidade de resolver maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica estão estabelecidos.

AB7.2 Mecanismos com vistas a conscientizar a população de que atenção básica é a porta de entrada preferencial do

SUS estão estabelecidos.

AB7.3 Ferramentas que auxiliem no diagnóstico de pacientes no âmbito da atenção básica estão estabelecidas, com vistas a aumentar a resolutividade da atenção básica (p.e., utilização do Telessaúde ou de ferramenta similar).

AB7 Encaminhar para o cuidado na média e alta complexidades, de forma ordenada, buscando a contra-referência.

AB7.1 Os fluxos de referência (média e alta complexidades) para onde serão encaminhados os pacientes estão acessíveis aos profissionais da atenção básica.

AB7.2 Mecanismos para que as equipes de atenção básica tomem conhecimento do estágio do tratamento de cada paciente que foi encaminhado para a média e alta complexidades estão estabelecidos (p. e., utilização de ferramenta informatizada, busca de informação por mensagem eletrônica, etc., bem como atualização permanente da situação).

AB7.3 Mecanismos que permitam que os profissionais da atenção básica se comuniquem com especialistas da média e da alta complexidade, para que possam solicitar o contrarreferenciamento de pacientes, estão estabelecidos (p. e., utilização de ferramenta informatizada para realização da comunicação).

AB8 Monitorar a gestão da atenção básica (automonitoramento).

AB8.1 Indicadores da gestão da atenção básica que serão monitorados estão estabelecidos.

AB8.2 Indicadores da gestão da atenção básica são mensurados.

AB8.2 Resultados da avaliação dos indicadores da gestão da atenção básica são utilizados para tomada de decisão pelo gestor da atenção básica.

Média e alta complexidades

MAC1 Organizar a função de atendimento de média e alta complexidades.

MAC1.1 Papéis e responsabilidades da função de atendimento de média e alta complexidades estão estabelecidos.

MAC1.2 Os gestores da função atendimento de média e alta complexidades estão designados.

MAC1.3 Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades da função de atendimento de média e alta complexidades estão disponíveis.

MAC1.4 Infraestrutura necessária para executar as atividades da função de atendimento de média e alta complexidades está disponível.

MAC2 Estabelecer e manter a rede de média e alta complexidades de sua responsabilidade.

MAC2.1 Estabelecimentos de saúde que prestarão serviços de média e alta complexidades estão identificados.

MAC2.2 Ações e serviços que serão prestados por cada estabelecimento de saúde estão estabelecidos.

MAC2.3 Fluxos de referência são de conhecimento da gestão da média e alta complexidade.

MAC2.4 Recursos necessários à prestação das ações e serviços estão identificados.

MAC2.5 Recursos necessários à prestação das ações e serviços estão disponíveis.

MAC3 Estabelecer fluxos de referência (de sua própria AB)

MAC3.1 Fluxos de referência de sua própria atenção básica para a média e alta complexidade estão estabelecidos.

MAC2.3 Fluxos de referência de sua própria atenção básica para a média e alta complexidade são comunicados à atenção básica.

MAC4 Estabelecer complexo regulador.

MAC4.1 Complexo regulador está estabelecido.

MAC4.2 Infraestrutura necessária ao funcionamento do complexo regulador está disponível.

MAC4.3 Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para suportar o funcionamento do complexo regulador estão disponíveis.

MAC4.4 Recursos orçamentários e financeiros suficientes estão disponíveis.

MAC4.5 Escopo da regulação, incluindo ações, serviços, unidades solicitantes e unidades executantes, está estabelecido.

MAC5.5 Protocolos de regulação estão estabelecidos, e incluem a qualificação da informação a ser enviada ao centro regulador.

MAC5.6 Protocolos clínicos para uso na regulação estão estabelecidos.

MAC5 Realizar a regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologias de informação.

MAC5.1 Oferta de serviços pelas unidades executantes (procedimentos, leitos hospitalares etc.) são conhecidos.

MAC5.2 Cotas de serviços para as unidades solicitantes são conhecidos.

MAC5.3 Processos de autorizações prévias (p.e., Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – APAC ou da Autorização de Internação Hospitalar – AIH) são conhecidos.

MAC5.4 Regulação é executada com utilização dos protocolos pré-estabelecidos.

MAC6 Monitorar e gerir as filas para atendimento em média e alta complexidades.

MAC6.1 Indicadores das filas de espera estão estabelecidos.

MAC6.2 Indicadores das filas de espera são mensurados.

MAC6.3 Resultados da avaliação dos indicadores das filas de espera são utilizados para tomada de decisão pelo gestor da atenção básica.

MAC6.4 Apoio à qualificação dos encaminhamentos para as especialidades (p.e., por meio de centros de teleconsultoria) está disponível.

MAC7 Executar as ações de média e alta complexidades de sua responsabilidade.

MAC7.1 Ações e serviços de média e alta complexidade são executadas.

MAC7.2 A satisfação do usuário com as ações e serviços de média e alta complexidade são avaliadas.

MAC8 Realizar contra-referência.

MAC8.1 Orientações sobre a importância e necessidade da contra-referência são oferecidas aos executores das ações de média e alta complexidade.

MAC8.2 Informações sobre a origem do paciente são conhecidas.

MAC8.3 Contra-referências são realizadas.

MAC9 Monitorar a gestão do atendimento de média e alta complexidades (automonitoramento).

MAC9.1 Indicadores da gestão da média e alta complexidades que serão monitorados estão estabelecidos.

MAC9.2 Indicadores da gestão da média e alta complexidades são mensurados.

MAC9.3 Resultados da avaliação dos indicadores da gestão da média e alta complexidades são utilizados para tomada de decisão pelo gestor da média e alta complexidades.

Assistência farmacêutica

AF1 Organizar a função de assistência farmacêutica.

AF1.1 Papéis e responsabilidades da função de assistência farmacêutica estão estabelecidos.

AF1.2 Os gestores da função assistência farmacêutica estão designados.

AF1.3 Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades da função assistência

farmacêutica estão disponíveis.

AF1.4 Infraestrutura necessária para executar as atividades da função assistência farmacêutica está disponível.

AF2 Selecionar medicamentos.

AF2.1 Comissão de Farmácia e Terapêutica está estabelecida.

AF2.2 Informações técnicas (estudos de perfil epidemiológico e nosológico, estudos de consumo etc.) para apoiar a seleção de medicamentos estão disponíveis.

AF2.3 Registro de demanda reprimida por medicamentos está disponível.

AF2.4 Registro de medicamentos adquiridos em decorrência de decisões judiciais está disponível.

AF2.5 Relação de Medicamentos (REMUME/REMEME) está definida.

AF2.6 Relação de Medicamentos (REMUME/REMEME) é divulgada aos profissionais dos estabelecimentos de saúde.

AF3 Programar aquisição de medicamentos.

AF3.1 Dados de consumo de medicamentos estão disponíveis.

AF3.2 Dados de demanda (atendida e não atendida) de medicamentos estão disponíveis.

AF3.3 Parâmetros para gestão de estoque de medicamentos (por exemplo, estoques mínimo e máximo, ponto de pedido) estão estabelecidos.

AF3.4 Programação de aquisições de medicamentos é realizada com base em critérios técnicos.

AF3.5 Avaliações da programação de aquisição de medicamentos estão disponíveis.

AF4 Adquirir medicamentos.

AF4.1 Catálogo de medicamentos ou manual de especificação técnica de medicamentos está estabelecido, e incluem a padronização da nomenclatura e das unidades de fornecimento.

AF4.2 Regras quanto ao prazo de validade (contado a partir da entrega) estão estabelecidas nas especificações técnicas.

HÁ OUTROS ITENS ESPECÍFICOS E RELEVANTES DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, QUE NÃO ESTEJAM GENERALIZADOS NA DIMENSÃO GESTÃO->AQUISIÇÃO?

AF5 Armazenar e distribuir medicamentos.

AF5.1 Listas de verificação para o recebimento dos medicamentos estão disponíveis, e envolvem requisitos técnicos e requisitos administrativos.

AF5.2 Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) está estabelecida.

AF5.3 Condições para o cumprimento de boas práticas de armazenagem e conservação dos medicamentos (limpeza, higienização, temperatura, umidade etc.) estão presentes nos locais de armazenagem.

AF5.4 Controle de quantitativo de estoque, incluindo registro de entradas e saídas, está estabelecido.

AF5.5 Controle de vencimento de medicamentos está estabelecido.

AF5.6 Inventários periódicos são realizados.

AF5.7 Diretrizes para distribuição dos medicamentos aos estabelecimentos de saúde estão estabelecidas.

AF6 Dispensar medicamentos.

AF6.1 Profissionais habilitados para dispensação de medicamentos estão disponíveis.

AF6.2 Informações que permitam rastrear a dispensação de medicamentos estão disponíveis.

AF7 Segregar funções críticas.

AF7.1 Funções críticas na gestão de medicamentos estão identificadas.

AF7.2 Funções críticas na gestão de medicamentos estão segregadas.

AF8 Monitorar a gestão da assistência farmacêutica (automonitoramento).

AF8.1 Indicadores da gestão da assistência farmacêutica que serão monitorados estão estabelecidos.

AF8.2 Indicadores da gestão da assistência farmacêutica são mensurados.

AF8.2 Resultados da avaliação dos Indicadores da gestão da assistência farmacêutica são utilizados para tomada de decisão pelo gestor da assistência a farmacêutica.

HÁ NECESSIDADE DE COMPLEMENTAR QUANTO À ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADES?

Vigilância em saúde

VS1 Organizar a função de vigilância em saúde.

VS.1.1 Papéis e responsabilidades da função de vigilância em saúde estão definidos.

VS.1.2 Os gestores da função de vigilância em saúde estão designados.

VS.1.3 Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades da função de vigilância em saúde estão disponíveis.

VS.1.4 Infraestrutura necessária para executar as atividades da função de vigilância em saúde estão disponíveis.

VS2 Realizar vigilância da situação geral de saúde da população.

VS2.1 Indicadores de saúde que serão monitorados para fins de vigilância em saúde estão selecionados.

VS2.2 Indicadores de saúde selecionados são mensurados.

VS2.3 Resultados da avaliação dos indicadores de saúde selecionados são utilizados como parâmetro para ações de vigilância em saúde.

VS2.4 Ações preventivas e educativas de vigilância em saúde são realizadas.

VS2.5 Estudos e pesquisas para aperfeiçoamento científico e tecnológico da vigilância sanitária de serviços de saúde são realizados.

VS3 Realizar vigilância, prevenir e controlar doenças transmissíveis.

VS3.1 Cenário epidemiológico é realizado periodicamente.

VS3.2 Protocolos de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis estão estabelecidos.

VS3.3 Protocolos de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis são conhecidos pelas partes interessadas.

VS3.4 Ações de educação em saúde (p.e., elaboração de material educativo e propagandas em mídia, em conjunto com outras áreas governamentais), são realizadas.

VS3.5 Ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis são executadas.

VS4 Realizar vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências.

VS4.1 Plano municipal vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências está estabelecido.

VS4.2 Diretrizes para intervenções que impactem positivamente no controle de doenças crônicas e agravos não transmissíveis e promovam a qualidade de vida da população estão estabelecidas.

VS4.3 Conhecimentos voltados a apoiar e fundamentar intervenções e políticas de vigilância de doenças crônicas e agravos não transmissíveis e promoção de saúde são produzidos e disseminados.

VS4.4 Articulação com setores outros setores governamentais, setor privado e sociedade civil para atuar nos fatores de risco de doenças crônicas e agravos não transmissíveis e na proteção da

saúde é realizada.

VS4.5 Ações de vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências são executadas.

VS5 Realizar vigilância das populações expostas a riscos ambientais em saúde.

VS5.1 Mapeamento das populações expostas a riscos ambientais em saúde está estabelecido.

VS5.2 Protocolos de detecção e prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana estão estabelecidos.

VS5.3 Fatores de risco, sobretudo a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo estão estabelecidos.

VS5.4 Fatores de risco, sobretudo a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo são monitorados.

VS6 Realizar vigilância da saúde do trabalhador.

VS6.1 Protocolos dos Agravos de Saúde do Trabalhador estão estabelecidos.

VS6.2 A prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho são considerados no planejamento.

VS6.3 Os princípios da precaução, da promoção da saúde e da prevenção de danos, são considerados nas ações de vigilância da saúde do trabalhador.

VS.6.4 A promoção de ambientes de trabalho saudáveis e minimização de riscos ambientais presentes no ambiente de trabalho são considerados.

VS6.5 Ações de vigilância da saúde do trabalhador são executadas.

VS7 Realizar vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde.

VS7.1 Protocolos de avaliação de produtos, serviços e tecnologias que possam afetar a saúde pública estão estabelecidos.

VS7.2 Mapeamento de todos os estabelecimentos e locais possíveis de atuação de vigilância sanitária é realizado periodicamente.

VS7.3 Cadastramento, licenciamento e fiscalização de estabelecimentos cujos serviços possam afetar a saúde da população é realizado.

VS7.4 Protocolos (notas técnicas, por exemplo) de manuseio de produtos, serviços e tecnologias que possam afetar a saúde pública estão estabelecidos.

VS7.5 Ações de vigilância sanitária são executadas.

VS8 Estabelecer e executar planos de resposta às emergências de saúde pública.

VS.8.1 Planos e diretrizes para resposta às emergências estão estabelecidos.

VS.8.2 Canais para comunicação de riscos de uma emergência de saúde pública estão estabelecidos.

VS.8.3 Estrutura, permanente ou circunstancial, suficiente e adequada, para resposta às emergências está implantada.

VS.8.4 Ações de redução de risco (prevenção, mitigação e preparação), manejo da emergência (alerta e resposta) e recuperação (reabilitação e reconstrução) estão delineadas.

VS8.5 Ações de resposta às emergências são executadas, quando necessárias.

VS9 Monitorar a gestão da vigilância em saúde (automonitoramento).

VS.9.1 Indicadores da função de vigilância em saúde que serão monitorados estão estabelecidos.

VS.9.2 Indicadores da função de vigilância em saúde são mensurados.

VS.9.3 Resultados da avaliação dos Indicadores da função de vigilância em saúde são utilizados para tomada de decisão pelo gestor da vigilância sanitária.

Apoio aos municípios (somente estados)

AM1 Apoiar na execução das atividades atípicas.

AM1.1 Canais para recebimento de demandas de apoio estão estabelecidos.

AM1.2 Ações de apoio são realizadas.

AM1.3 Avaliações das ações de apoio estão disponíveis.

AM2 Apoiar o planejamento.

AM2.1 Procedimentos referenciais para elaboração dos instrumentos de planejamento dos municípios estão disponíveis.

AM2.2 Informações para apoio ao planejamento local estão disponíveis.

AM2.3 Ações de consultoria para elaboração dos instrumentos de planejamento são desenvolvidas.

AM2.4 Avaliações do apoio ao planejamento estão disponíveis.

AM3 Prover capacitação.

AM3.1 Necessidades de capacitação dos municípios são conhecidas.

AM3.2 Ações de capacitação em áreas técnicas são ofertadas.

AM3.3 Ações de capacitação em gestão são ofertadas.

AM3.4 Avaliações da satisfação dos municípios quanto às ações de capacitação ofertadas estão disponíveis.

AM4 Complementar recursos financeiros.

AM4.1 Montante de recursos financeiros necessários à complementação dos municípios é conhecido.

AM4.2 Critérios para distribuir recursos financeiros, com vistas à diminuição das desigualdades regionais, estão estabelecidos.

AM4.3 recursos financeiros para complementação estão disponíveis.

AM4.4 Recursos financeiros complementares são distribuídos seguindo critérios estabelecidos.

AM5 Prover apoio logístico para usuários em outros estados.

AM5.1 Canais para recebimento de demandas de apoio logístico estão estabelecidos.

AM5.2 Recursos para realizar apoio logístico estão disponíveis.

AM5.3 Ações de apoio logístico são realizadas.

AM5.4 Avaliações das ações de apoio logístico estão disponíveis.

PLANOS

PI1 Elaborar plano de saúde.

PI1.1 Resultados das conferências de saúde estão identificados.
(*E)

PI1.2 Pactuações dos gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) que impactam o planejamento estão identificadas. (*D)

PI1.3 Diretrizes do conselho de saúde para o plano de saúde, inclusive quanto à priorização, estão identificadas. (*D)

PI1.5 Necessidades de saúde são conhecidas. (*E)

PI1.6 Mapa de saúde é conhecido. (*E)

(E) PI1.6a Planos de saúde municipais são conhecidos. (*E)

PI1.7 Plano de saúde é elaborado a partir das necessidades em saúde, considerando resultados das conferências de saúde e das

pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) e as diretrizes do conselho de saúde.

(E) PI1.7a Planos de saúde municipais são considerados na elaboração do plano de saúde estadual. (*E)

PI1.8 Plano de saúde está elaborado e contém: a) análise situacional; b) definição de objetivos; c) definição de pelo menos um indicador para cada objetivo; d) definição de metas para cada indicador; e) processo de monitoramento e avaliação dos indicadores; f) metodologia de alocação dos recursos estaduais aos municípios (só para estados); g) previsão de repasse dos recursos estaduais aos municípios. (*D)

PI2 Elaborar programação anual de saúde.

PI2.1 Metas do plano de saúde que serão alcançadas no ano corrente estão definidas.

PI2.2 Ações para atingir as metas do ano estão estabelecidas.

PI2.3 Recursos (orçamentários, humanos etc.) necessários para a execução das ações estão identificados.

PI2.4 Indicadores da PAS que serão monitorados estão estabelecidos.

PI3 Elaborar planos operativos.

PI3.1 Orientações para a elaboração dos planos operativos estão estabelecidas.

PI3.2 Planos operativos dos estabelecimentos de saúde próprios, contratualizados e conveniados estão estabelecidos.

PI3.3 Monitoramento da existência e completude dos planos operativos está estabelecido.

Processos de apoio - Aquisições

PrAq1 Estabelecer processo de aquisições.

PrAq1.1 Atividades do processo de aquisição e seu fluxo estão estabelecidos.

PrAq1.2 Atores responsáveis pelas atividades do processo de aquisição estão identificados.

PrAq1.3 Modelos de artefatos (documentos) do processo de aquisição estão estabelecidos.

PrAq1.4 Listas de verificação (*checklists*) para serem utilizadas nos pontos de controle do processo de aquisição estão estabelecidas.

PrAq2 Monitorar e avaliar processo de aquisições.

PrAq2.1 Responsabilidade pelo monitoramento do processo de aquisição está definida.

PrAq2.2 Indicadores que serão monitorados no processo de aquisição estão estabelecidos.

PrAq2.3 Indicadores do processo de aquisição são mensurados.

PrAq2.4 Resultados da avaliação dos indicadores do processo de aquisição são utilizados para tomada de decisão.

PrAq3 Estabelecer e avaliar critérios de qualidade e preço para cada uma das aquisições.

PrAq3.1 Critérios de qualidade para cada uma das aquisições estão estabelecidos nos contratos.

PrAq3.2 Critérios de qualidade para cada uma das aquisições são avaliados quando da entrega dos bens e serviços.

PrAq3.3 Resultados da avaliação dos critérios de qualidade de cada uma das aquisições são utilizados para o pagamento do contrato.

PrAq3.4 Critérios para aceitação do preço em cada uma das aquisições estão estabelecidos.

Processos de apoio - Contratualização

PrCtt1 Estabelecer processo de contratualização.

PrCtt1.1 Atividades do processo de contratualização e seu fluxo estão estabelecidos.

PrCtt1.2 Atores responsáveis pelas atividades do processo de contratualização estão identificados.

PrCtt1.3 Modelos de artefatos (documentos) do processo de contratualização estão estabelecidos.

PrCtt1.4 Listas de verificação (*checklists*) para serem utilizadas nos pontos de controle do processo de contratualização estão estabelecidas.

PrCtt2 Monitorar e avaliar processo de contratualização.

PrCtt2.1 Responsabilidade pelo monitoramento do processo de contratualização está definida.

PrCtt2.2 Indicadores que serão monitorados no processo de contratualização estão estabelecidos.

PrCtt2.3 Indicadores do processo de contratualização são mensurados.

PrCtt2.4 Resultados da avaliação dos indicadores do processo de contratualização são utilizados para tomada de decisão.

PrCtt3 Estabelecer e monitorar indicadores (qualidade, produtividade, prazos etc.) para cada uma das contratualizações.

PrCtt3.1 Indicadores para cada contratualização estão estabelecidos nos contratos.

PrCtt3.2 Indicadores de cada contratualização são mensurados.

PrCtt3.3 Resultados da avaliação dos indicadores de cada contratualização são utilizados para tomada de decisão.

Processos de apoio - Convênios

PrCv1 Estabelecer processo de convênios.

PrCv1.1 Atividades do processo de convênios e seu fluxo estão estabelecidos.

PrCv1.2 Atores responsáveis pelas atividades do processo de convênios estão identificados.

PrCv1.3 Modelos de artefatos (documentos) do processo de convênios estão estabelecidos.

PrCv1.4 Listas de verificação (*checklists*) para serem utilizadas nos pontos de controle do processo de convênios estão estabelecidas.

PrCv2 Monitorar e avaliar processo de convênios.

PrCv2.1 Responsabilidade pelo monitoramento do processo de convênios está definida.

PrCv2.2 Indicadores que serão monitorados no processo de convênios estão estabelecidos.

PrCv2.3 Indicadores do processo de convênios são mensurados.

PrCv2.4 Resultados da avaliação dos indicadores do processo de convênios são utilizados para tomada de decisão.

PrCv3 Estabelecer e monitorar o plano de trabalho de cada um dos convênios.

PrCv3.1 Plano de trabalho de cada um dos convênios está estabelecido de forma clara e contém: I - justificativa para a celebração do instrumento; II - descrição completa do objeto a ser executado; III - descrição das metas a serem atingidas; IV - definição das etapas ou fases da execução; V - cronograma de execução do objeto e cronograma de desembolso; e VI - plano de aplicação dos recursos a serem desembolsados pelo concedente e da contrapartida financeira do proponente, se for o caso.

PrCv3.2 Cronograma de execução do objeto é acompanhado tempestivamente.

PrCv3.3 Resultados da avaliação do cronograma de execução são utilizados para tomada de decisão.

Processos de apoio - Orçamentário e financeiro

PrOF1 Estabelecer processo orçamentário e financeiro.

PrOF1.1 Atividades do processo orçamentário e financeiro e seu fluxo estão estabelecidos.

PrOF1.2 Atores responsáveis pelas atividades do processo orçamentário e financeiro estão identificados.

PrOF1.3 Modelos de artefatos (documentos) do processo orçamentário e financeiro estão estabelecidos.

PrOF1.4 Listas de verificação (*checklists*) para serem utilizadas nos pontos de controle do processo orçamentário e financeiro estão estabelecidas.

PrOF2 Monitorar e avaliar processo orçamentário e financeiro.

PrOF2.1 Responsabilidade pelo monitoramento do processo orçamentário e financeiro está definida.

PrOF2.2 Indicadores que serão monitorados no processo orçamentário e financeiro estão estabelecidos.

PrOF2.3 Indicadores do processo orçamentário e financeiro são mensurados.

PrOF2.4 Resultados da avaliação dos indicadores do processo orçamentário e financeiro são utilizados para tomada de decisão.

PrOF3 Monitorar e avaliar o fundo de saúde.

PrFS3.1 Responsabilidade pelo acompanhamento dos recursos do fundo de saúde está definida.

PrFS3.2 Recursos do fundo de saúde são acompanhados.

PrFS3.3 Resultados do acompanhamento dos recursos do fundo de saúde são utilizados para tomada de decisão.

Pessoas

PE1 Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento dos gestores e colaboradores da secretaria de saúde.

PE1.1 O código de ética e de conduta adotado é aplicável a todos os colaboradores e gestores da secretaria de saúde. (*E)

PE1.2 O código de ética e de conduta adotado possui as seguintes características: (*D) a) detalha valores, princípios e comportamentos esperados dos agentes; b) define tratamento de conflitos de interesses; c) estabelece a obrigatoriedade de manifestação e registro, de forma explícita e transparente, de aspectos que possam conduzir a conflito de interesse (p. ex., empregos atuais e anteriores, candidaturas a cargos eletivos, atividades políticas nos últimos cinco anos); d) proíbe o recebimento de benefícios que possam, de forma efetiva ou potencial, influenciar, ou parecer influenciar, as ações dos colaboradores e gestores.

PE1.3 O código de ética e de conduta adotado define: (*D) a) sanções cabíveis em caso de seu descumprimento; b) mecanismos de monitoramento e avaliação do seu cumprimento; c) papéis e responsabilidades dos envolvidos no monitoramento e na avaliação do comportamento de agentes públicos.

PE1.3 Ações de divulgação e promoção do conhecimento do código de ética e de conduta são efetivamente realizadas para seu público alvo. (*E)

PE2 Estabelecer mecanismos de controle para evitar que conflitos de interesse influenciem as decisões dos gestores da secretaria de saúde.

PE2.1 Mecanismos que estabeleçam a obrigatoriedade de os gestores da secretaria de saúde declararem impedimento para tomar decisões quando há aspectos que possam conduzir a conflito de interesse (p. ex., empregos atuais e anteriores, candidaturas a cargos eletivos, atividades políticas nos últimos cinco anos) estão implantados. (*D)

PE2.2 Os mecanismos para envio de denúncias diretamente ao secretário de saúde e aos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) estão implantados. (*E)

PE2.3 Os mecanismos para acompanhamento, pelas partes interessadas, de denúncias feitas ao secretário de saúde e aos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) estão implantados. (*E)

PE3 Dispor de força de trabalho suficiente.

PE3.1 Informações sobre a força de trabalho ideal (quantidade e qualificação de pessoal) são conhecidas.

PE3.2 Informações sobre força de trabalho atual (quantidade e qualificação de pessoal) são conhecidas.

PE3.3 Avaliações das lacunas da força de trabalho estão disponíveis.

PE3.4 Estratégias para dispor da força de trabalho ideal estão estabelecidas.

PE3.5 Estratégias para dispor da força de trabalho ideal são executadas.

PE4 Desenvolver lideranças.

PE4.1 Práticas de sucessão das lideranças são executadas.

PE4.2 Programas de treinamento e desenvolvimento de competências de liderança, inclusive para potenciais líderes, são executados.

PE5 Avaliar e reconhecer o desempenho das pessoas.

PE5.1 Metas de desempenho individual estão estabelecidas.

PE5.2 Avaliações de desempenho individual, de acordo com o alcance das metas, estão disponíveis.

PE5.3 Consequências (positivas e negativas) decorrente da avaliação de desempenho individual estão estabelecidas.

PE6 Promover a aprendizagem contínua.

PE6.1 Necessidades de capacitação em atenção à saúde estão identificadas.

PE6.2 Necessidades de capacitação em gestão estão identificadas.

PE6.3 Plano de capacitação em atenção à saúde está estabelecido.

PE6.4 Plano de capacitação em gestão está estabelecido.

PE6.5 Plano de capacitação em atenção à saúde é executado.

PE6.6 Plano de capacitação em gestão é executado.

PE6.7 Avaliações das ações de capacitação em atenção à saúde estão disponíveis.

PE6.8 Avaliações das ações de capacitação em gestão estão disponíveis.

PE7 Realizar gestão do conhecimento.

PE7.1 Mecanismos para gestão do conhecimento estão disponíveis.

PE7.2 Treinamento e orientação em relação ao compartilhamento e difusão de conhecimento são executados.

PE7.3 Conhecimento em atenção à saúde é documentado e compartilhado.

PE7.4 Conhecimento em gestão é documentado e compartilhado.

PE8 Estabelecer e dar transparência ao processo de seleção dos gestores.

PE8.1 As competências desejáveis ou necessárias aos gestores estão identificadas. (*D)

PE8.2 Os critérios de seleção dos gestores estão definidos. (D*)

PE8.3 Os gestores são selecionados por meio de processo transparente que leva em consideração as competências e os critérios de seleção definidos. (E*)

Informação e conhecimento

IC1 Utilizar sistemas de informação.

IC1.1 Processos cujo apoio de sistemas de informação é necessário estão identificados.

IC1.2 Sistemas de informação necessários estão disponíveis.

IC1.3 Sistemas de informação disponíveis são úteis e suficientes.

IC1.4 Informações contidas nos sistemas de informação são íntegras e confiáveis e estão disponíveis e atualizadas.

IC2 Utilizar comunidades de práticas.

IC2.1 Comunidades de práticas de gestão estão disponíveis aos colaboradores da secretaria de saúde.

IC2.2 Comunidades de práticas de atenção à saúde estão disponíveis aos colaboradores da secretaria de saúde.

IC2.3 Mecanismos para incentivar a utilização das comunidades de práticas de gestão estão estabelecidos.

IC2.4 Mecanismos para incentivar a utilização das comunidades de práticas de atenção à saúde estão estabelecidos.

IC3 Patrocinar a inovação.

IC3.1 Inovação é reconhecida como um valor da secretaria de saúde.

IC3.2 Mecanismos para estímulo à inovação estão estabelecidos.

IC3.3 Pesquisas ou projetos inovadores são patrocinados.

IC3.4 Ações ou ideias inovadores recebem reconhecimento na secretaria de saúde.

Instrumento de avaliação para as CIB

ESTABELECIMENTO DA CIB

CIB1 Constituir a CIB.

CIB1.1 Diretrizes, atribuições e competências acometidas à CIB são conhecidas.

CIB1.2 Regimento interno da CIB está estabelecido.

CIB1.3 Membros da CIB estão designados.

CIB2 Prover condições para que a CIB seja efetiva.

CIB2.1 Infraestrutura necessária ao funcionamento da CIB está disponível.

CIB2.2 Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para apoiar as atividades da CIB estão disponíveis.

CIB2.3 Recursos orçamentários e financeiros suficientes estão disponíveis.

CIB2.4 Mecanismos para que todas as partes interessadas (p.e., setor privado, terceiro setor) na saúde do estado participem da CIB estão implantados.

CIB3 Identificar a premissas para a estratégia de saúde no estado.

CIB3.1 Mapa de saúde dos entes federativos está disponível.

CIB3.2 Informações sobre as necessidades de saúde dos entes federativos, obtidas por critérios epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos, estão disponíveis.

CIB3.3 Diretrizes para mitigar as diferenças regionais estão estabelecidas.

FUNCIONAMENTO DA CIB

CIB 4 Reunir-se para promover a pactuação de saúde no estado.

CIB4.1 Cronograma anual de reuniões ordinárias da CIB está estabelecido.

CIB4.2 Pautas das reuniões estão disponíveis com antecedência, e incluem os itens sobre os quais será deliberado.

CIB4.3 Relatórios técnicos sobre os assuntos incluídos na pauta das reuniões estão disponíveis. (*E)

CIB4.4 Reuniões da CIB ocorrem de acordo com o cronograma.

CIB4.5 Decisões sobre pactuação de saúde no estado são tomadas nas reuniões.

CIB4.6 Atas contendo as decisões reuniões são produzidas.

CIB4.7 Cronogramas, pautas e atas das reuniões estão publicadas para as partes interessadas.

CIB5 Estabelecer as regiões de saúde.

CIB5.1 Diretrizes para a conformação das regiões de saúde no estado estão estabelecidas a partir das informações sobre as necessidades de saúde dos entes federativos.

CIB5.2 Conformação das regiões de saúde está estabelecida.

CIB5.3 Comissões Intergestores Regionais (CIRs) estão implantadas.

CIB5.4 Recursos para o funcionamento adequado das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) estão disponíveis.

CIB6 Estabelecer as redes de atenção à saúde, considerando a atenção básica como ordenadora do cuidado.

CIB6.1 Diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no estado, considerando a atenção básica como ordenadora do cuidado, estão estabelecidas.

CIB6.2 Diretrizes para integração das redes de atenção à saúde do estado a outras redes de atenção à saúde estão estabelecidas.

CIB6.3 Fluxos de referência entre as regiões intraestaduais estão estabelecidos.

CIB6.4 Fluxos de referência para fora do estado estão estabelecidos.

CIB6.5 Responsabilidades dos entes federativos do estado quanto às redes de atenção à saúde estão estabelecidas, incluindo a elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

CIB7 Estabelecer as contrapartidas financeiras decorrentes das pactuações.

CIB7.1 Critérios para definição de responsabilidade pelo financiamento dos entes federativos de ações e serviços de saúde, de forma a mitigar desigualdades regionais, estão definidos.

CIB7.2 Responsabilidades dos entes federativos pelo financiamento de ações e serviços de saúde, de forma a mitigar desigualdades regionais, estão definidos

CIB8 Coordenar o planejamento da saúde no estado, com base nas necessidades de saúde dos entes da federação.

CIB8.1 Diretrizes para o planejamento da saúde dos entes federativos, **com base nas necessidades de saúde dos entes da federação**, estão estabelecidas.

CIB8.2 Relatórios de acompanhamento da situação do planejamento de saúde dos entes federativos estão disponíveis.

CIB8.3 Avaliações sobre o conteúdo dos planos de saúde dos entes federativos estão disponíveis.

CIB9 Consolidar a estratégia de saúde no estado.

CIB9.1 Modelo de Coap adequado à realidade do estado está disponível, e contempla: a) Indicadores de resultados em saúde, incluindo, no mínimo, aqueles obrigatórios nacionalmente (Sispacto); b) Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS); c) Mapa de saúde; d) Remuse/Rename; e) Remume/Renase.

CIB9.2 Coaps estão assinados e homologados.

CONTROLE NA CIB

CIB10 Monitorar e avaliar as pactuações.

CIB10.1 Relatórios de monitoramento do funcionamento das regiões de saúde estão disponíveis.

CIB10.2 Decisões sobre alterações na conformação das regiões de saúde, de forma a mitigar desigualdades regionais, são tomadas com base nos relatórios de monitoramento.

CIB10.3 Relatórios de monitoramento do funcionamento das redes de atenção à saúde estão disponíveis.

CIB10.4 Decisões sobre alterações nos fluxos de referência das redes de atenção à saúde são tomadas com base nos relatórios de monitoramento.

CIB10.5 Relatórios de monitoramento da adequação da partilha do financiamento das ações e serviços de saúde estão disponíveis.

CIB10.6 Decisões sobre alterações das responsabilidades dos entes federativos pelo financiamento de ações e serviços de saúde são tomadas com base nos relatórios de monitoramento.