

Legislação

BÁSICA DO SUS



11ª CONFERÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE

15 a 19 de dezembro - Brasília - DF

540DB8

BI

Legislação
BÁSICA DO SUS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
BIBLIOTECA
MEMÓRIA TÉCNICA



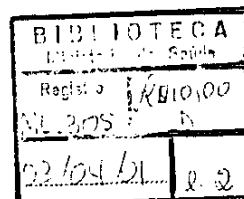
Legislação básica do SUS

Índice

A CONSTRUÇÃO DO SUS NO BRASIL	
Histórico	5
O SUS – Aspectos Conceituais	7
A Legislação do SUS	9
LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS	
Constituição Federal	15
Lei n.º 8.080, de 19/09/90	20
Lei n.º 8.142, de 28/12/90	44
Decreto n.º 1.651, de 18/09/95	47
Decreto n.º 1.232, de 30/08/94	54
NORMA OPERACIONAL BÁSICA - SUS 01/1993	
Introdução	57
Do Gerenciamento do Processo de Descentralização	59
Do Financiamento com Recursos Arrecadados pela União	61
Das Condições de Gestão	65
Disposições Finais	80
NORMA OPERACIONAL BÁSICA – SUS 01/1996	
Introdução	83
Finalidade	84
Campos de Atenção à Saúde	85
Sistema de Saúde Municipal	86
Relações Entre os Sistemas Municipais	89
Papel do Gestor Estadual	91
Papel do Gestor Federal	93
Direção e Articulação	97
Bases Para um Novo Modelo de Atenção à Saúde	98
Financiamento das Ações e Serviços de Saúde	102
Programação, Controle, Avaliação e Auditoria	105
Custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial	108
Custeio das Ações de Vigilância Sanitária	113
Custeio das Ações de Epidemiologia e de Controle de Doenças	115



Condições de Gestão do Município	117
Condições de Gestão do Estado	124
Disposições Gerais e Transitórias	130
INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 01/98 - 02/01/98	137
Índice aos anexos	148
Anexo 1	150
Anexo 2	151
Anexo 3	152
Anexo 4	154
Anexo 5	155
Anexo 6 (Modelo A)	158
(Modelo B)	160
(Modelo C)	162
(Modelo D)	164
(Modelo E)	166
(Modelo F)	168
Anexo 7 (Tabelas)	
(Tabela I)	170
(Tabela II)	171
(Tabela III)	172
(Tabela IV)	173
(Tabela V)	174
(Tabela VI)	175
Instruções para preenchimento tabelas I, II e III (para Municípios) . . .	176
Instruções para preenchimento tabelas IV, V e VI (para Estados)	178
Anexo 8	180
Emenda Constitucional nº 29	181
ANEXO	
Instrumentos de Comprovação dos Requisitos	186
SÍGLAS UTILIZADAS	187





A Construção do SUS no Brasil

Histórico

Antes da Constituição de 1988, a saúde não era direito de todos mas apenas Assistência Médica era permitida a quem tinha Carteira assinada e pagava a Previdência Social. Aos outros, só se pagava ou se sobrasse dinheiro para o Ministério da Saúde, ou os Hospitais Universitários, os Governos Municipais e Estaduais fazerem algum tipo de atendimento. Neste caso, essa população que não podia e não tinha "INPS" era chamada de indigente ou carente.

O modelo oficial da saúde no País era centrado na Assistência Médica, com grande crescimento dos serviços médicos privados, especialmente hospitais, mal distribuídos e concentrados nas grandes cidades. As unidades públicas eram excluídas dos sistemas de prestação de cuidados e hospitais, ambulatórios e centros de saúde foram desprestigiados e começaram a piorar numa época em que a Previdência Social tinha bastante recursos.

Com a abertura política surgiu na área dos profissionais de saúde um movimento chamado de movimento sanitário e, em 1979, o Cebes apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, a proposta de reorientação dos sistema de saúde que naquela época já se chamava Sistema Único de Saúde.

A crise econômica dos anos 80 gerou uma nova situação exigindo que o Governo reconhecesse a crise e a necessidade de mudar o sistema de saúde, sob pressão da própria população que já começava a se organizar, lutando pela democratização do País.





Assim começaram a se desenvolver várias experiências de reorganização dos serviços de saúde, algumas até apoiadas e promovidas pelo Ministério da Saúde, como o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento), dirigido para áreas do Nordeste, e o Prev-Saúde, que não saiu do papel.

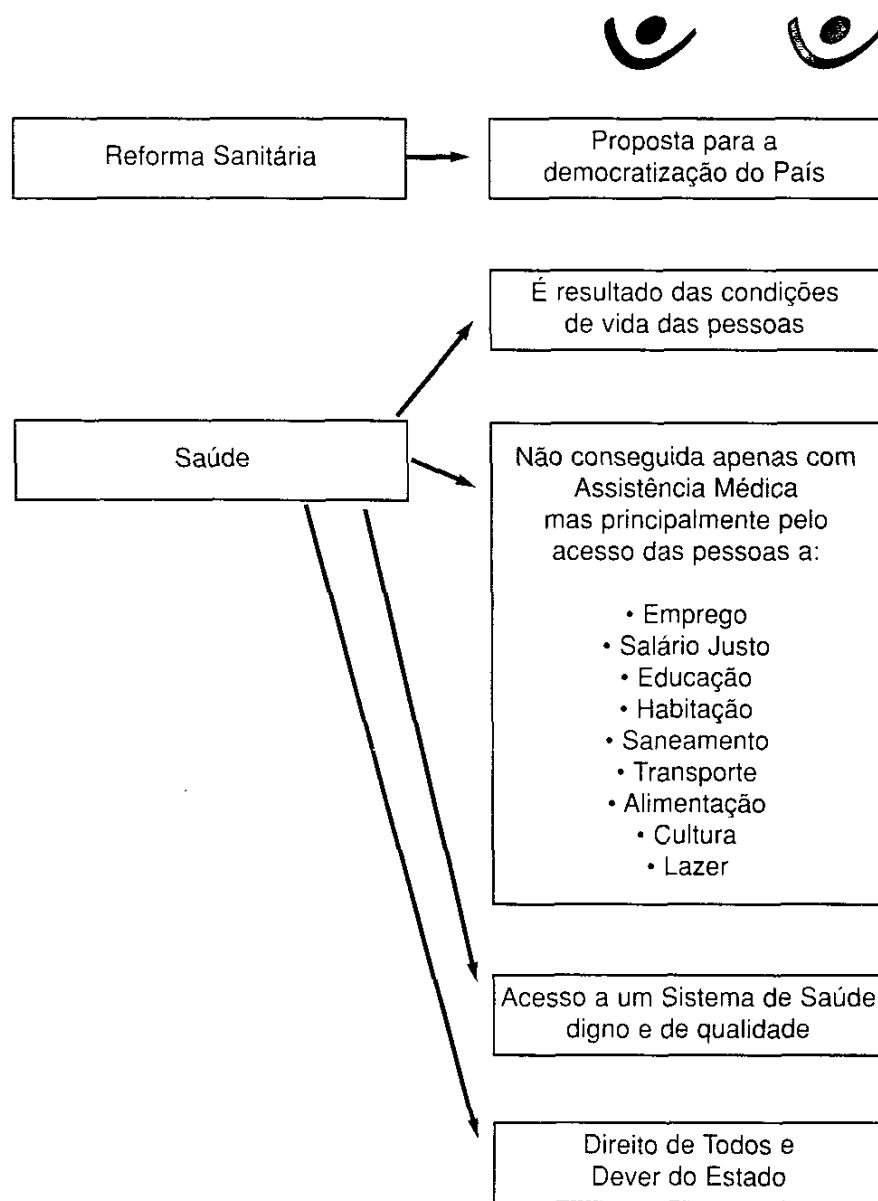
Em 1982, O Governo muda a forma de pagamento do setor privado contratado, pela introdução do pagamento por diagnóstico - "AIH" - e passa a celebrar convênios com os Estados e Municípios repassando recursos para a AIS - Ações Integradas de Saúde que representaram, pela primeira vez a possibilidade das instituições públicas de saúde se conhecerem e começarem a fazer um planejamento mais articulado e integrado. Criam-se as Comissões Interinstitucionais - CIS e CIMS que foram a base dos SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde.

Em 1986 realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde que, com ampla participação, discutiu a situação da saúde no País e aprovou um relatório cujas recomendações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

A proposta que a Reforma Sanitária faz para reorientar o sistema de saúde brasileiro, para cumprir os preceitos constitucionais é da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Em 1988 o texto constitucional consagrou a saúde como direito social e estabeleceu as bases legais dos Municípios como responsáveis pela elaboração da política de saúde.

A saúde foi incluída no capítulo da Seguridade Social, que é o conjunto das ações de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, com financiamento comum e, para organizar o funcionamento do SUS, foram elaboradas e aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90.



O SUS – Aspectos Conceituais

O SUS é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público.

O SUS tem as seguintes características:

Deve atender a todos, de acordo com suas necessidades, independentemente de que a pessoa pague ou não Previdência Social, e sem cobrar nada pelo atendimento.



Deve atuar de maneira integral, isto é, não ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo, que faz parte de uma sociedade. As ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento e respeitar a dignidade humana.

Deve ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre a solução. Isso significa que as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que alcançam vários municípios devem ser estaduais, e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais.

Deve ser racional. Ou seja, o SUS deve se organizar de maneira a que sejam oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população, e não como é hoje, onde em muitos lugares há serviços hospitalares, mas não há serviços básicos de saúde. Para isso, o SUS deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado para suas populações. É essencial, conforme o princípio da descentralização, que essas decisões sejam tomadas por uma autoridade de saúde no nível local. É a isso que se chama de Distrito Sanitário.

Deve ser eficiente e eficaz. Isto é, deve produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade; para tanto precisa ter qualidade.

Deve ser democrático, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema – dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, a comunidade, a população, os usuários dos serviços de saúde. Por isso, a ideia de organização dos Conselhos de Saúde – nacional, estaduais e municipais – para exercerem esse controle social sobre o



SUS, devendo respeitar o critério de composição paritária: participação igual entre usuários e os demais, além de ter caráter deliberativo (não apenas consultivo).

Deve ser equânime, isto é:

Equidade é diferente de igualdade.

Todas as pessoas têm direito ao atendimento às suas necessidades. Mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e suas necessidades são diversas. Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades.

O princípio da equidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população.



A Legislação do SUS

A Lei Orgânica da Saúde – LOS é o conjunto de duas leis editadas (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90) para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde. São leis nacionais que têm o caráter de norma geral, contêm, diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantir – em seus respectivos territórios – o direito à saúde para seus povos.

A LOS é, portanto, destinada a esclarecer o papel das esferas do governo na proteção e defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde.

Na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) observamos que a descentralização político-administrativa é enfatizada na



forma da municipalização dos serviços e ações de saúde, que significa redistribuição de poder, competência e recursos em direção aos municípios. A organização dos Distritos Sanitários é uma das estratégias, propostas para mudar o modelo assistencial e as práticas de saúde, com efetiva participação social.

A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e condicionou o recebimento de recursos financeiros à existência de Conselho Municipal de Saúde funcionando de acordo com a legislação.

Conselho de Saúde

A legislação federal estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS, através das Conferências e Conselhos de Saúde. Ambos são paritários, pois os usuários têm direito a metade dos representantes, e sua organização e funcionamento são definidos em regimento próprio aprovado pelo Conselho.

As Conferências de Saúde têm caráter consultivo, servem para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo.

Em seu § 2º a Lei nº 8.142/90 define: "O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo".

Os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas de saúde e ter uma atuação independente do governo, embora façam parte da estrutura do Estado. São órgãos colegiados do SUS, onde se manifestam, com maior ou menor representatividade, os interesses dos diferentes segmentos sociais e que possibilitam a negociação de propostas que pretendem direcionar os recursos para prioridades diferentes.



Organização e competência

Respeitadas as normas legais, cada Conselho tem a liberdade de se organizar de acordo com a realidade do estado ou município. Os Conselhos Municipais de Saúde devem cumprir o que ficou estabelecido na Lei Orgânica do Município, desde que esteja coerente com a legislação federal. O ato de criação do conselho de saúde, bem como sua composição, organização, estrutura e competência deverão ser estabelecidos por lei ordinária, de iniciativa do Poder Executivo e/ou Poder Legislativo. Sua constituição tem caráter transitório quando ocorre através de decreto do Executivo.

A escolha dos conselheiros deve ser feita pelos respectivos segmentos, não cabendo veto ou impugnação no ato de sua nomeação pelo Poder Executivo. Este deve garantir plenas condições de funcionamento ao Conselho, incluindo espaço físico, recursos materiais, humanos, técnicos e financeiros necessários.

A paridade na representação dos usuários deve ser rigorosamente observada, bem como os 25% das vagas destinadas aos trabalhadores da saúde. Preferencialmente os trabalhadores da saúde não devem ocupar vagas de usuários do SUS.

O Conselho Nacional de Saúde recomenda que o presidente do Conselho seja eleito entre seus membros, em reunião do colegiado pleno, e que não haja coincidência de mandatos entre o Conselho e os Governantes.

Temas como orçamento da saúde, relação com o setor privado, organização dos serviços, política de recursos humanos, epidemiologia, saneamento básico, ações de vigilância à saúde e tantos outros devem ser discutidos de forma organizada no Conselho. O fundamental é que estejam articulados ao enfrentamento dos problemas sociais, priorizados no processo de planejamento participativo, uma vez que eles exigem resposta concreta e imediata do SUS.



As diretrizes de elaboração e a aprovação do plano municipal de saúde são de responsabilidade dos conselheiros, visando compatibilizar o diagnóstico epidemiológico com as prioridades, metas e recursos disponíveis; o orçamento deve ser traduzido em suas intenções de gastos para que todos o compreendam: o controle sobre o Fundo Municipal de Saúde deve identificar se as prioridades estão de fato orientando a destinação dos recursos.

As atividades dos conselheiros são consideradas de relevância pública e devem se pautar pela ética. Os conselheiros não têm direito a remuneração e nem a privilégios.

Financiamento e FMS

Ao criar o SUS a Constituição federal não assegurou, como para a área da educação, um percentual de aplicação obrigatória para o setor.

A saúde é considerada pela Constituição como direito de todos e dever do Estado; isto significa que o cidadão não está obrigado a fazer pagamento direto pelos serviços que ele receba no SUS, o que não quer dizer que os serviços sejam gratuitos, ou seja, os serviços serão custeados com recursos públicos (recursos do povo).

Para garantir esses recursos o Governo arrecada do povo impostos e contribuições destinadas à Seguridade Social (saúde, previdência e assistência), conforme diz a Constituição. Já os impostos podem ser utilizados nas outras despesas que o Governo faz, mas também para completar o financiamento da Seguridade Social. Quer dizer, dinheiro de imposto pode pagar despesas da Seguridade Social, mas dinheiro da Seguridade Social não pode pagar despesas que não sejam da Seguridade Social.

As principais fontes de recursos destinadas só para a Seguridade Social são:

- Das empresas, sobre os salários, as vendas e o lucro;



- Dos trabalhadores, sobre os seus salários;
- Da venda das loterias.

Quem arrecada essas contribuições é o Governo Federal, mas elas não são dinheiro do Governo, elas constituem dinheiro público (dinheiro do povo).

Também os Estados e Municípios arrecadam impostos, taxas e contribuições.

Principais impostos arrecadados:

- União:** Imposto de Renda
Imposto sobre Produtos Industrializados
- Estado:** ICMS
- Município:** IPTU
ISS

Quando se fala em descentralização dos serviços significa que a maioria dos serviços deverá ser de responsabilidade dos Municípios, das Prefeituras, alguns dos Estados e outros da União. Portanto a União arrecada, mas tem a obrigação de repassar para os Estados, e sobretudo para os Municípios, com a finalidade de custear os serviços públicos de saúde e assistência.

A legislação que cria e regulamenta o SUS, ao prever a criação dos fundos de saúde nos três níveis de governo, objetivou, principalmente, garantir a racionalidade e transparência da gestão; a autonomia do gestor e o controle social sobre a utilização dos recursos; o planejamento, programação, análise de custos e controle e avaliação de desempenho. Estabeleceu-se que a gestão da totalidade dos recursos financeiros destinados ao conjunto das ações e serviços necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde se dará através de uma conta especial, e que a transferência de recursos financeiros federais, Estados e Municípios será feita através de fundos de saúde.

A Lei nº 8.080/90, em seu artigo 32, afirma: "Os recursos



financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde".

Na Lei nº 8.142/90, artigo 4º, a criação dos Fundos de Saúde é colocada como requisito para o recebimento de recursos financeiros ao nível federal.

A criação do Fundo de Saúde deve ser definida em Lei Complementar, contemplando itens importantes:

- Gestor da Saúde como Gestor do Fundo (artigo 9º, incisos I, II e III da Lei nº 8.080/90);
- Conselho de Saúde como órgão deliberativo e instância fiscalizadora da gestão do Fundo;
- Plano de Saúde: Base das atividades e programação de cada nível de direção do SUS. Seu funcionamento será previsto na respectiva proposta orçamentária (parágrafo 1º, artigo 36, Lei nº 8.080/90). O plano de aplicação do Fundo deverá estar em consonância com o Plano de Saúde;
- Alocação de todos os recursos destinados ao setor saúde no Fundo. O orçamento da receita do Fundo deve ser completo, contemplando a totalidade dos recursos destinados à saúde no município, sejam eles recursos transferidos pela União e Estados especificamente para o saúde: recursos próprios do Tesouro Nacional; convênios da área da Saúde; Recursos diretamente arrecadados como taxas e multas expedidas pela fiscalização sanitária, dentre outros (arts. 31 e 32 da Lei nº 8.080/90).

Após a aprovação da lei de criação do Fundo pelo Legislativo, a mesma deve ser regulamentada através de Decreto do Poder Executivo. Esse Decreto regulamenta "os aspectos particulares da movimentação da coisa pública". Questões como descentralização, delegação de competências, responsabilidade pela assinatura de cheques, compras, empenhos, devem ser previstas e regulamentadas por esse instrumento.



Constituição Federal

Preâmbulo

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

Capítulo II – Dos direitos sociais

Art. 6º São direitos sociais a educação, saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Capítulo II – Da União

Art. 21 – Compete à União:

XX – instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos.

Art. 22 – Compete privativamente à União legislar sobre:

XXIII – seguridade social;

Art. 23 – É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências.

Art. 24 – Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:



XII – previdência social, proteção e defesa da saúde.

Capítulo IV – Dos Municípios

Art. 30 – Compete aos Municípios:

VII – prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

Capítulo IV – Das funções essenciais à Justiça

Seção I – Do Ministério Público

Art.129 – São funções institucionais do Ministério Público:

I – Promover, privativamente, a ação penal pública, na forma da lei;

II – zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia.

Capítulo II – Da Seguridade Social

Seção I – Disposições Gerais

Art. 195 – A Seguridade Social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I – dos empregadores, incidentes sobre a folha de salários, o faturamento e lucro;

II – dos trabalhadores;

III – sobre a receita de concursos de prognósticos.



§ 1º As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à Seguridade Social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o Orçamento da União.

§ 2º A proposta de orçamento da Seguridade Social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º A pessoa jurídica em débito com o sistema de Seguridade Social e com o estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefício ou incentivos fiscais e creditícios.

§ 4º A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154. I.

§ 5º Nenhum benefício ou serviço da Seguridade Social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não lhes aplicando o disposto no art. 150. III. b.

§ 7º Serão isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus ao benefício nos termos da lei.



Seção II - Da Saúde

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo:

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais:

III – participação da comunidade.

Parágrafo Único – O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

Art. 199 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para



auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplantes, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200 – Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebida e águas para consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.



Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O Presidente da República,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Disposição preliminar

Art. 1º Esta lei regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Título I – Das Disposições Gerais

Art. 2º A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.



Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Título II – Do Sistema Único de Saúde

Disposição Preliminar

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde – SUS, em caráter complementar.

Capítulo I - Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde – SUS:

I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde:

II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei:

III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídos ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS:



I – a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II – a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III – a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V – a colaboração de proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho;

VI – a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII – o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII – a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX – a participação no controle e na fiscalização da produção, transportes, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos

X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI – a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.



§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I – assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde – SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde – SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV – avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V – informação ao trabalhador se à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados da fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;



VI – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII – revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais;

VIII – a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;



VII – utilização de epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII – participação da comunidade;

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Capítulo III – Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde – SUS é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:



I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria da Saúde ou órgão equivalente; e

III – no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10 Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá organizar-se em distritos, de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11 – (VETADO).

Art. 12 – Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único – As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 13 – A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I – alimentação e nutrição;

II – saneamento e meio ambiente;



III – vigilância sanitária e farmacoepidemiológica;

IV – recursos humanos;

V – ciência e tecnologia; e

VI – saúde do trabalhador.

Art. 14 – Deverão ser criadas Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único – Cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridade, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde – SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Capítulo IV – Da Competência e das Atribuições

Seção I – Das Atribuições Comuns

Art. 15 – A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I – definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II – administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III – acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV – organização e coordenação do sistema de informação em saúde;

V – elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;



VI – elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde de trabalhador;

VII – participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII – elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX – participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X – elaboração de proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde, de conformidade com o plano de saúde;

XI – elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII – realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII – para atendimento de necessidades coletivas urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV – implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV – propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI – elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;



XVII – promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviço de saúde;

XVIII – promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX – realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX – definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da polícia sanitária;

XXI – fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II – Da Competência

Art. 16 – A direção nacional do Sistema Único de Saúde – SUS compete:

I – formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II – participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III – definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) de vigilância sanitária.

IV – participar da definição de normas e mecanismos de



controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V – participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI – coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII – estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII – estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle de qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;



IX – promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X – formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional de produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI – identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII – prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV – elaborar normas para regular as relações entre o



Sistema Único de Saúde – SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV – promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI – normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII – acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII – elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX – estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único – A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde – SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17 – À direção estadual do Sistema Único de Saúde – SUS compete:

I – promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II – acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde – SUS;

III – prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;



IV – coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V – participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI – participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII – participar de órgãos de controle de avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII – em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX – identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X – coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir a unidade que permaneça em sua organização administrativa;

XI – estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII – formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII – colaborar com a União na execução de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;



XIV – acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18 – À direção municipal do Sistema Único de Saúde – SUS compete:

I – planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde:

II – participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde – SUS, em articulação com sua direção estadual;

III – participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições dos ambientes de trabalho;

IV – executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V – dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI – colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII – formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII – gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX – colaborar com a União e com Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;



X – observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI – controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII – normatizar complementarmente as ações e serviços públicos no seu âmbito de atuação.

Art. 19 – Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

Título III

Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

Capítulo I – Do Funcionamento

Art. 20 – Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22 – Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde – SUS quanto às condições de seu funcionamento.

Art. 23 – É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que foram firmados.



§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresa, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

Capítulo II – Da Participação Complementar

Art. 24 – Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único – A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25 – Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 26 – Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento de remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde – SUS deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes dos Sistema Único de Saúde – SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (VETADO)

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde – SUS.



Título IV - Dos Recursos Humanos

Art. 27 – A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada particularmente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I – organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

II – (VETADO)

III – (VETADO)

IV – valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo único – Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde – SUS, constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28 – Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 29 – (VETADO)

Art. 30 – As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.



Título V – Do Financiamento

Capítulo I – Dos Recursos

Art. 31 – O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde – SUS de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32 – São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I – (VETADO)

II – serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde:

III – ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV – alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V – taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; e

VI – rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde – SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera do poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação – SFH.



§ 4º (VETADO)

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (VETADO)

Capítulo II – Da Gestão Financeira

Art. 33 – Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde – SUS, serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento de Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (VETADO)

§ 3º (VETADO)

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34 – As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.



Parágrafo único – Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35 – Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I – perfil demográfico da região;

II – perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV – desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI – previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII – ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentes de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta Lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (VETADO)

§ 4º (VETADO)



§ 5º (VETADO)

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Capítulo III – Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36 – O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde – SUS, será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programação de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde – SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde.

Art. 37 – O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38 – Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

Das disposições finais e transitórias

Art. 39 – (VETADO)

§ 1º (VETADO)

§ 2º (VETADO)



§ 3º (VETADO)

§ 4º (VETADO)

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde – SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (VETADO)

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40 – (VETADO)

Art. 41 – As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42 – (VETADO)

Art. 43 – A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.



Art. 44 – (VETADO)

Art. 45 – Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46 – O Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecerá mecanismos de incentivos e participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisas aos serviços de saúde no Estados, Distrito Federal e Municípios, a às empresas nacionais.

Art. 47 – O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde – SUS, organizará no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48 – (VETADO)

Art. 49 – (VETADO)

Art. 50 – Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos



à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 51 – (VETADO)

Art. 52 – Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS em finalidades diversas das previstas nesta Lei.

Art. 53 – (VETADO)

Art. 54 – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55 – São revogadas a Lei nº 2312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, em 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.



Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990

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 e dá outras providências.

O Presidente da República,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde – SUS, de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – a Conferência de Saúde; e

II – o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.



§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferência será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS serão alocados como:

I – despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II – investimentos previsto em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional.

III – investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV – cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único – Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art.2º desta Lei serão repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado para o repasse de recursos exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.



§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento aos Municípios, afetando-se o restante aos estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, o Estado e o Distrito Federal deverão contar com:

I – Fundo de Saúde;

II – Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III – Plano de Saúde;

IV – Relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V – Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI – Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários – PCCS, previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único – O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo implicará que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 28 de dezembro de 1990: 169º da Independência e 102º da República.



Decreto nº 1.651, de 18 de setembro de 1995

Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição com fundamento nos arts. 15, inciso I, 16 inciso XIX e 33, § 4º da Lei n.º 8.080, de 10 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993.

Decreta:

Art. 1º O Sistema Nacional de Auditoria – SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à Direção do Sistema Único de Saúde – SUS em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I – controle de execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento:

II – avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III – auditoria de regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo único – Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas



neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

Art. 3º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA, nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

I – à análise:

a) do contexto normativo referente ao SUS;

b) dos planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;

c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;

d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;

e) de indicadores de morbi-mortalidade;

f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;

g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação;

h) do desempenho dos procedimentos de saúde;

i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;

j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;

l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;

II – à verificação:

a) de autorização de internação e de atendimentos ambulatoriais;

b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;



III – ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação: ao Ministério Público, se verificada a prática de crime; e ao chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por serviços públicos que afete as ações e serviços de saúde;

Art. 4º O SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS.

§ 1º O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria – DCAA, criado pelo § 4º do art. 6º da Lei nº 8.689, de 1993, é o órgão de atuação do SNA, no plano federal.

§ 2º Designada pelo Ministro de Estado da Saúde, para funcionar junto ao DCAA, integra, ainda, o SNA uma Comissão Corregedora Tripartite, representativa do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da direção nacional do SUS, que indicarão, cada qual, três membros para compô-la.

§ 3º A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

Art. 5º Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

I – no plano federal:

a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994;

b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional, em conformidade com a política nacional de saúde.



c) os serviços de saúde sob sua gestão;

d) os sistemas estaduais de saúde;

e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;

II – no plano estadual:

a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios, de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;

b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;

c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;

d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;

e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;

III – no plano municipal:

a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;

b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;

c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o município associado.

§ 1º À Comissão Corregedora Tripartite caberá:

I – velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;

II – identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;



III – resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;

IV – requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades, que julgue procedentes;

V – aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria, pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em Estados ou Municípios, quando o órgão, a cargo do qual estiverem afetas, mostrar-se omissos ou sem condições de executá-las.

§ 2º – Os membros do Conselho Nacional de Saúde poderão ter acesso aos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Corregedora Tripartite, sem participação de caráter deliberativo.

Art. 6º A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á:

I – para o Ministério da Saúde, mediante:

a) prestação de contas e relatórios de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congêneres, celebrados para a execução de programas e projetos específicos;

b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde.

II – para o Tribunal de Contas, a que estiver jurisdicionado o órgão executor, no caso da alínea *b* do inciso anterior, ou se destinados a pagamento contra a apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de saúde, remunerados de acordo com os valores de procedimentos fixados em tabela aprovada pela respectiva direção do SUS, de acordo com as normas estabelecidas.

§ 1º O relatório de gestão de que trata a alínea *b* do inciso I deste artigo será também encaminhado pelos Municípios ao respectivo Estado.



§ 2º O relatório de gestão do Ministério da Saúde será submetido ao Conselho Nacional de Saúde, acompanhado dos relatórios previstos na alínea *b* do inciso I deste artigo.

§ 3º O relatório de gestão compõe-se dos seguintes elementos:

I – programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;

II – comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990;

III – demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;

IV – documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

Art. 7º Os órgãos do SNA exercerão atividades de controle, avaliação e auditoria nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, com as quais a respectiva direção do SUS tiver celebrado contrato ou convênio para realização de serviços de assistência à saúde.

Art. 8º É vedado aos dirigentes e servidores dos órgãos que compõem o SNA e aos membros das Comissões serem proprietários, dirigentes, acionistas ou sócios quotistas de entidades que prestem serviços de saúde no âmbito do SUS.

Art. 9º A direção do SUS em cada nível de governo apresentará, trimestralmente, ao Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembleias Legislativas respectivas para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.



Art. 10 – Em caso de qualquer irregularidade, assegurado o direito de defesa, o órgão competente do SNA encaminhará, segundo a forma de transferência do recurso prevista no art. 6º, relatório ao respectivo Conselho de Saúde e ao DCAA, sem prejuízo de outras providências previstas nas normas do Estado ou Município.

Art. 11 – Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Art. 12 – Os Conselhos de Saúde, por maioria de seus membros, poderão, motivadamente, recomendar, à discrição dos órgãos integrantes do SNA e da Comissão Corregedora Tripartite, a realização de auditorias e avaliações especiais.

Art. 13 – O DCAA integrará a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 14 – Fica o Ministro de Estado da Saúde autorizado e expedir normas complementares a este decreto.

Art. 15 – Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16 – Revoga-se o Decreto n.º 1.105 de 6 de abril de 1994.



Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994

Dispõe sobre as condições e a forma de repasse, regular e automático, de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei n.º 814, de 28 de dezembro 1990.

Decreta:

Art. 1º Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão a estes transferidos, obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional, independentemente de convênio ou instrumento congêneres e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e exigências contidas neste Decreto.

§ 1º Enquanto não forem estabelecidas, com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstas no art. 35 da Lei nº 8.080, de 1990, as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, a distribuição dos recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas as exigências deste Decreto.

§ 2º Fica estabelecido o prazo de 180 dias, a partir da data de publicação deste Decreto, para que o Ministério da Saúde defina as características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais referidas no parágrafo anterior.

Art. 2º A transferência de que trata o art. 1º fica condi-



cionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

§ 1º Os planos municipais de saúde serão consolidados na esfera regional e estadual e a transferência de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde dos Municípios fica condicionada à indicação, pelas Comissões Bipartites, da relação de Municípios que, além de cumprirem as exigências legais, participam dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados naquelas Comissões, assim como à compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos.

§ 2º O plano de saúde discriminará o percentual destinado pelo Estado e pelo Município, nos respectivos orçamentos, para financiamento de suas atividades e programas.

§ 3º O Ministério da Saúde definirá os critérios e as condições mínimas exigidos para aprovação dos planos de saúde do município.



Art. 3º Os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União.

Art. 4º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, acompanhará a conformidade de aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde

Art. 6º A descentralização dos serviços de saúde para os



Municípios e a regionalização da rede de serviços assistenciais serão promovidas e concretizadas com a cooperação técnica da União, tendo o direito de acesso da população aos serviços de saúde, à integralidade da assistência e à igualdade do atendimento.

Art. 7º A cooperação técnica da União com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, prevista no art. 16, inciso XIII, da Lei Orgânica da Saúde, e no art. 30, inciso VII, da Constituição Federal, será exercida com base na função coordenadora da direção nacional do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a realização das metas do sistema e a redução das desigualdades sociais e regionais.

Art. 8º A União, por intermédio da direção nacional do SUS, incentivará os Estados, o Distrito Federal e os Municípios a adotarem políticas de recursos humanos caracterizada pelos elementos essenciais de motivação do pessoal da área da saúde, de valorização profissional e remuneração adequada.

Art. 9º A União, por intermédio da direção nacional do SUS, sem prejuízo da atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, exercerá o controle finalístico global do sistema e de avaliação de resultados, em âmbito nacional, previstos na Lei Orgânica da Saúde e explicitados neste Decreto.

Art. 10 – O atendimento de qualquer natureza na área do Sistema Único de Saúde, quando prestado a paciente que seja beneficiário de plano de saúde, deverá ser ressarcido pela entidade mantenedora do respectivo plano.

Art. 11 – O Ministério das Saúde, por intermédio de seus órgãos competentes, adotará as medidas administrativas destinadas à operacionalização dos disposto neste Decreto.

Art. 12 – Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de agosto de 1994; 173º da Independência e 106º da República.



Norma Operacional Básica SUS 01/1993

Introdução

Esta Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde.

Fundamenta-se, para tanto, no texto constitucional, nas leis que regulamentam o SUS – a Lei nº 8.080, de 19/09/90 e a Lei nº 8.142, de 28/12/90 – e no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993.

A construção do SUS é um processo no qual a diretriz de descentralização das ações e serviços vem assumindo dimensões bastante complexas. Por esta razão, tem como fundamentos os seguintes pressupostos.

a) a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional reformulação de práticas e controle social;

b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões;

c) o estabelecimento desta nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;

d) a responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhada pelas três esferas de gover-



no, assegurando, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde:

e) a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem novas impondo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os Estados e Municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidade gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população.

f) o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo em todos os pontos do sistema;

g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios, de se consorciarem ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Considerando que os municípios, os estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde encontram-se em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, esta norma define procedimentos e instrumentos operacionais que visam ampliar e aprimorar suas condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo.

Tais procedimentos e instrumentos configuram a convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão do SUS nos Estados e Municípios, dentro de uma nova sistemática de relacionamento entre as três esferas de governo, descritas e disciplinadas nos itens desta norma e outros instrumentos complementares que se fizerem necessários.



O gerenciamento do processo de descentralização no SUS, atendendo aos pressupostos apresentados, tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestoras e os Conselhos de Saúde, respectivamente, estruturando funcionalmente a articulação descrita a seguir.

2. Do Gerenciamento do Processo de Descentralização

2.1. No âmbito nacional:

2.1.1. Comissão intergestores Tripartite – integrado paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

2.1.2. Conselho Nacional de Saúde – constituído em conformidade com o Decreto n.º 99.438, de 07/08/90, atua como órgão deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde.

2.2. No âmbito estadual:

2.2.1. Comissão intergestores Bipartite – integrada paritariamente por dirigentes da Secretária Estadual de Saúde e o órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, deverá ser criada e formalizado através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

2.2.1.1. O Secretário de Saúde do município da capital será considerado membro nato desta Comissão.

2.2.1.2. Cada Estado contará com uma Comissão Bipartite, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador.



2.2.2. Conselho Estadual de Saúde – instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei estadual, observado o disposto na Lei nº 8.142, de 1990.

2.3. No âmbito municipal:

2.3.1. Conselho Municipal de Saúde – instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle de execução da Política Municipal de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal, observado ao disposto da Lei nº 8.142, de 1990.

2.4 .Fluxo Decisório

Além do papel de cada um destes foros em seu âmbito próprio, a dinâmica do gerenciamento do processo de descentralização requer uma articulação entre eles como segue.

2.4.1. Todos os aspectos operacionais do processo de descentralização no âmbito estadual serão objeto de regulamentação pela Comissão Bipartite. Na ocorrência de uma divergência não superada neste foro, a questão deverá ser levada à deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência deste, o problema será submetido à Comissão Tripartite. Caso da Comissão, Tripartite, quer do Conselho Estadual de Saúde, a questão poderá ser levada ao Conselho Nacional de Saúde para sua resolução.

2.5. O Conselho Nacional de Saúde poderá ser formado como instância de recursos em qualquer tempo, ficando a seu critério consultar ou delegar à Comissão Tripartite a resolução do problema.

2.6. Os acordos firmados pela Comissão Bipartite e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde prevalecerão sobre as disposições desta norma, desde que não contrariem os dispositivos legais e considerem as diretrizes contidas no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei.



3. Do Financiamento com Recursos Arrecadados pela União

3.1. O financiamento das atividades ambulatoriais dar-se-á da seguinte forma:

3.1.1. As ações e serviços ambulatoriais públicos e privados, que integram o Sistema Único de Saúde serão custeados através do sistema de financiamento ambulatorial, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI/SUS e o formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de alto custo – PA, a ser definido em Ordem de Serviço específica e sua emissão autorizada exclusivamente por médico (não credenciado pelo sistema e sem vínculo com prestador conveniado ou contratado) encarregado pelo gestor para este fim.

3.1.2. A Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA, destinada a definir os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios é fixada, através de resolução da Secretaria de Assistência à Saúde/MS, considerando a classificação dos Estados, com base nas características da população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual do ano anterior, ouvida a Comissão Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

3.1.2.1. O valor nominal da UCA será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Fundo Nacional de Saúde, como estabelecido pelo Decreto n.º 806, de 24/04/93.

3.1.2.2. Sempre que os valores da tabela de procedimentos ambulatoriais forem alterados, o valor nominal da UCA sofrerá alteração dentro do necessário para suprir a diferença constatada.

3.1.3. Os Recursos para Cobertura Ambulatorial – RCA, destinados anualmente aos Estados e ao Distrito Federal a título de cobertura ambulatorial, serão obtido através da mul-



tiplicação do valor da UCA pela população de cada Unidade da Federação.

3.1.3.1. O valor anual calculado será dividido em duodécimos, constituindo-se no RCA/mês.

3.1.4. O Fator de Apoio ao Estado – FAE, caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos Estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semiplena, para utilização nas atividades de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais, em programação aprovada pelo Comissão Bipartite.

3.1.4.1. O FAE será calculado da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado;
- este valor é multiplicado pelo número de habitantes do Estado;
- o valor mensal a ser transferido corresponde a um duodécimo do montante encontrado.

3.1.5. A base de cálculo para o estabelecimento de teto financeiro mensal para os municípios será a média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1992), corrigido pela sua capacidade potencial de produção (equipamento x recursos humanos), população adscrita e complexidade da rede. Os Municípios que dispuserem de rede ambulatorial, mas sem registro anterior de produção, serão avaliados segundo a sua capacidade potencial de produção, população adscrita e complexidade da rede para definição dos seus tetos.

3.1.5.1 - Tal ajuste implica redistribuição do volume de recursos já previstos no cálculo da RCA, não correspondendo, portanto, a um acréscimo no quantitativo financeiro devido ao Estado.

3.1.5.2. Os valores destes tetos serão reajustados nos meses percentuais que os valores da UCA do Estado a que pertence o Município.

3.1.6. Para os Estados, o teto financeiro será calculado



deduzindo-se de seu RCA/mês os tetos fixados para os seus Municípios que estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semiplena (item 4.1 – Da Operacionalização).

3.1.7. Os Conselhos de Saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos dos serviços por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.1.8 A programação física e orçamentária das atividades ambulatoriais deverá ser produto do trabalho conjunto dos Municípios e do Estado na Comissão Bipartite intergestores, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde e referendado pelo Conselho Estadual de Saúde. As prioridades, quotas, referência e contra-referência devem ser definidas com base em dados epidemiológicos, características demográficas e capacidade instalada, configurando uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

63

3.2. O Fator de Apoio ao Município – FAM, caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos Municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

3.2.1. O valor do FAM será obtido da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do Estado;
- este valor é multiplicado pelo número de habitantes do Município;
- o valor mensal a ser transferido corresponde a um duodécimo do montante encontrado.

3.3. O financiamento das atividades hospitalares dar-se-á da seguinte forma:

3.3.1. As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos e privados que



integram o Sistema Único de Saúde serão custeadas através do sistema de financiamento hospitalar, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Hospitalares/ SIH/SUS e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

3.3.2. O teto quantitativo de AIH será proporcional à população, cabendo às Secretarias de Saúde e aos Conselhos de Saúde o planejamento e a distribuição para os diferentes prestadores segundo as necessidades da população, observando:

3.3.2.1. Para os Municípios, o teto quantitativo mensal será equivalente a um duodécimo de 8% de sua população, enquanto para os Estados será de um duodécimo de 2% da população, acrescido dos quantitativos devidos aos seus municípios que não estiverem nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena.

3.3.2.2. Tais percentuais poderão ser modificados por proposição da Comissão Bipartite, aprovada no Conselho Estadual de Saúde, observando o limite de 10% que cabe ao estado.

3.3.2.3. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para Estados será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no Estado (janeiro a dezembro de 1991), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares.

3.3.3. Os Conselhos de Saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos de AIH, por ordem de prioridade entre prestadores públicos filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeito às necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.3.4. A Comissão Bipartite, em cada Estado, definirá os quantitativos de AIH e o funcionamento de uma Câmara de Compensação que viabilize a necessária circulação de AIH entre os Municípios, mantida sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde.



3.3.5. Os Municípios poderão pleitear AIH adicionais à Câmara de Compensação da Secretaria Estadual ou a Municípios vizinhos para a unidade que atuem como referência.

3.4. Os recursos de investimentos terão sua alocação prevista no Plano Nacional de Prioridades em Investimentos, após a avaliação, negociação e compatibilização de Planos Municipais e Estaduais, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

3.4.1. Os Estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semiplena receberão prioritariamente em relação aos demais, os recursos de investimento a serem por eles gerenciados em consonância com a política nacional de investimento em saúde e obedecendo o plano estadual de prioridades em investimento.

3.5. O financiamento de ações de vigilância em saúde e outras ações será definido no prazo de 90 dias, através de normas complementares.

65

4. Das Condições de Gestão

O processo de descentralização, objeto desta norma, dar-se-á através de diferentes sistemáticas de relacionamento entre a esfera e as outras duas esferas político-administrativas, propiciando a convivência de situações diferenciadas no que se refere às condições de gestão do SUS nos Estados e Municípios.

4.1. Sistemáticas de relacionamento para Municípios

4.1.1. Condição de gestão incipiente

a) Responsabilidades e prerrogativas – a Secretaria Municipal de Saúde, assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com as Comissões Bipartites em cada Estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais.



riais a serem prestados por unidade: controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, demonstra disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no Município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária, desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

b) Requisitos – para o enquadramento e permanência nesta situação são indispensáveis os itens b1, b2 e b3 e no que for pertinente às responsabilidades e prerrogativa por ele assumidas, o município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição:

b2) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b3) dispor de Fundo Municipal de Saúde ou Conta Especial, comprovada semestralmente por extratos bancários;

b4) encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas ou federais ainda não cedidas ao município, para assumir o seu gerenciamento.

b5) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;

b6) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

b7) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascidos vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, re-



gistro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

c) Operacionalização

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital – FCH, assinada pelo gestor municipal do SUS.

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial – FCA, assinada pelo gestor municipal do SUS;

c3) a programação de cotas de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, será feita pela Secretaria Municipal de saúde, e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.1.b5;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico-Orçamentária – FPO, será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização do montante orçado por unidade, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

c6) as unidades ambulatoriais encaminharão, mensalmente, às Secretarias Municipais de Saúde o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA. O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento – BDP, serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos.

c7) Os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde que encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento, com uma cópia à Secretaria Estadual de Saúde.

4.1.2. Condição de gestão parcial

a) Responsabilidades e prerrogativas – a Secretaria Muni-



principal de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; assume a programação e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e procedimentais ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no Município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambiente e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais, públicas e privadas existentes no município.

b) Requisitos – para o enquadramento e permanência nesta situação o Município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais não cedidas ao Município;

b3) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b4) dispor de Fundo Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extrato bancários;

b5) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

b6) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado



pelo sistema e nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;

b7) apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

b8) apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;

b9) comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para Saúde;

b10) apresentar à Comissão Bipartite comprovante de existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, ou o plano já elaborado;

b11) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascidos vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimento e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

69

c) Operacionalização

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital – FCH, assinado pelo gestor municipal do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial – FCA, assinada pelo gestor municipal SUS;

c3) a programação da conta de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, será feita pela Secretaria Municipal de Saúde;

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.2.b6;



c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico – Orçamentaria – FPO, será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização do montante orçado por unidade, aí incluídas as federais ou estaduais remanescentes, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

c6) as unidades ambulatoriais, privadas ou públicas, incluindo as unidades federais ou estaduais remanescentes em seu território, apresentarão mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde o Boletim de Produção – BPA. O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento – BDP, serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde, que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento, com cópia à Secretaria Estadual de Saúde;

c8) o repasse financeiro dos saldos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação vigente.

4.1.3. Condição de gestão semiplena

a) Responsabilidades e prerrogativas – a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no Município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução de controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.



b) Requisitos – para o enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição:

b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las:

b3) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões:

b4) dispor de Fundo Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

b5) apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

b6) apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;

b7) comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a Saúde.

b8) apresentar à Comissão Bipartite comprovante da existência da comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, ou o plano já elaborado;

b9) apresentar à Comissão Bipartite termo de compromisso, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que contemple as metas que o gestor se propõe a cumprir no período de um ano, submetendo à Comissão Bipartite os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. O descumprimento por dois anos sucessivos, atestado pela Comissão Bipartite determina a perda da condição:

b10) os processos de habilitação de Municípios à condição semi-plena, aprovados pela Comissão Bipartite, serão apreciados pela Comissão Tripartite, à qual caberá a seleção final, respeitadas restrições financeiras:



b11) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascidos vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimento e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

b12) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

c) Operacionalização

c1) nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais, incluindo o processamento de dados pertinente, serão definidos e executados pelos municípios, observada a necessidade de manutenção dos bancos de dados estaduais e federais.

c2) O repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação em vigor.

4.1.4. Os Municípios que, por avaliação da Comissão Bipartite, não tenham condições técnicas e materiais para enquadramento em nenhuma das condições descritas serão alvo de um programa de capacitação sob responsabilidade do estado, para que possam assumir gradativamente as responsabilidades e prerrogativas que caracterizam a condição de gestão incipiente, até que venham a cumprir os requisitos para sua inclusão nesta sistemática.

4.1.5. Estas condições aplicam-se tão somente a municípios, o que não impede a formação de consórcios ou modalidades afins que visem a ampliação de possibilidades políticas, técnicas e materiais do sistema de saúde.



4.2. Sistemáticas de relacionamentos para os Estados

4.2.1. Condição de gestão parcial

a) Responsabilidades e prerrogativas – a Secretária Estadual de Saúde assume a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios, abrangendo manutenção de serviços e investimentos, além da gestão dos recursos de investimentos próprios e os transferidos pela esfera federal, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos Municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, a Secretaria Estadual de Saúde assume cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, controle e avaliação da rede de serviços públicos e privados; coordena a rede de referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade; formula e coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órtese e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; coordena, no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado correspondente ao conjunto das unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadradas nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

b) Requisitos – para o enquadramento e permanência nesta situação o Estado deve:

b1) manifestar à Comissão Tripartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição:

b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;

b3) dispor de Conselho Federal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por apresentação de atas das reuniões;



b4) dispor de Fundo Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

b5) dispor de Comissão Bipartite em atividade, comprovada semestralmente por apresentação de atas de reuniões;

b6) apresentar anualmente à Comissão Tripartite o Plano Estadual de Saúde Atualizado;

b7) apresentar anualmente à Comissão Tripartite Relatório de Gestão atualizado;

b8) comprovar anualmente à Comissão Tripartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual para a Saúde;

b9) apresentar à Comissão Tripartite comprovante de existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o Estado, ou o plano já elaborado;

b10) apresentar anualmente à Comissão Tripartite a Programação integrada pelo órgão colegiado de gestores municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde.

b11) manter permanentemente o Sistema de informações Ambulatoriais – SAI/SUS;

b12) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

c) Operacionalização – respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos Municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena:

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital – FCH, assinada pelo gestor do SUS;



c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial – FCA, assinada pelo gestor estadual;

c3) a distribuição da cota de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, definida na programação integrada, será feita pela Secretaria Estadual de Saúde;

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico não credenciado pelo sistema e sem vínculo com prestador conveniado ou contratado, encarregado pelo gestor estadual para este fim;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico-Orçamentária – FPO, será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, na forma prevista na programação integrada;

c6) o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento – BDP serão assinados pelo gestor estadual que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Estadual de Saúde, que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento;

c8) O repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação em vigor.

4.2.2. Condição de gestão semiplena

a) Responsabilidades e prerrogativas – respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos Municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena, a Secretaria Estadual de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão de prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de presta-



dores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; coordena a rede de referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade; formula e coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; coordena, nos seus âmbitos as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, de saúde do trabalhador, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública; gere os recursos de investimentos próprios e transferidos pela esfera federal; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para o custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos para a rede própria, as contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos Municípios que não estiverem enquadradas nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena.

b) Requisitos – para o enquadramento e permanência nessa situação o Estado deve:

b1) manifestar à Comissão Tripartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;

b3) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por apresentação de atas das reuniões;

b4) dispor de Fundo Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

b5) dispor de Comissão Bipartite em atividade, comprovada semestralmente por apresentação de atas de reuniões;

b6) apresentar anualmente à Comissão Tripartite o Plano Estadual de Saúde atualizado;

b7) apresentar anualmente à Comissão Tripartite Relatório de Gestão atualizado;



b8) comprovar anualmente à Comissão Tripartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual para a Saúde;

b9) apresentar à Comissão Tripartite o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o Estado, ou o plano já elaborado;

b10) apresentar anualmente à Comissão Tripartite a programação integrada, aprovada pelo órgão colegiado de gestores municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde.

b11) apresentar anualmente à Comissão Tripartite Termo de Compromisso, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, que contemple as metas que o gestor se propõe a cumprir no período de um ano, submetendo à mesma os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. Dois descumprimentos sucessivos determinam a perda da condição;

b12) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

b13) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascidos vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

c) Operacionalização

c1) respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena, nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais serão definidos pelos Estados, observando a necessidade de manutenção dos bancos de dados federais.

c2) O repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação



de contas, serão feitos conforme legislação vigente.

4.2.3. Os Estados que, por avaliação da Comissão Tripartite, não tenham possibilidades técnicas e materiais para o enquadramento em nenhuma das condições descritas permanecerão na condição de gestão incipiente, como segue:

a) Responsabilidades e prerrogativas - respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos Municípios incluídos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena, a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, públicos e privado, com ou sem fins lucrativos; coordena e executa ações de vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambiente e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

b) Obrigações

b1) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento;

b2) dispor de Fundo Estadual de Saúde;


b3) dispor de Comissão Bipartite em atividade;

b4) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

b5) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;

b6) manter o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS;

b7) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascidos



vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

c) Operacionalização – respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena:

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital – FCH, assinada pelo gestor estadual do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial – FCA, assinada pelo gestor estadual do SUS;

c3) a distribuição de cotas de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, negociada na Comissão Bipartite, será feita pela Secretaria Estadual de Saúde e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde;

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado por gestor estadual respeitadas as restrições do item 4.3.3.b5;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico-Orçamentária – FPO, será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, e a totalização do montante orçado por Município aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde;

c6) o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento – BDP serão assinados pelo gestor estadual do SUS que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Estadual de Saúde, que encarregar-se-á de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento;



5. Disposições Finais

5.1. Até que sejam editados novos instrumentos jurídicas que regulamentem as transferências de recursos financeiros, materiais e humanos no Sistema Único de Saúde, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

5.1.1. Os bens móveis e imóveis bem como os recursos humanos serão transferidos da esfera federal aos Estados e municípios, mediante termos de cessão específicos.

5.2. O repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar para Estados e Municípios em condição de gestão semiplena, bem como dos saldos relativos a esses tetos para os inclusos na situação parcial, será feito mensalmente, obedecido um cronograma a ser estabelecido pelas partes.

5.3. No prazo 60 dias, a partir da data de publicação desta norma, o Ministério da Saúde reverá os termos de cessão de bens e de pessoal ora em vigor, bem como o convênio que lhes dá suporte, alterando-os no que for pertinente segundo o disposto nesta norma.

5.4. Até que seja elaborado o Plano Nacional de Prioridades em Investimento, com base no Planos Estaduais e Municipais, os recursos de investimento do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas serão liberadas mediante a apresentação de parecer dos respectivos Conselhos de Saúde.

5.5. Os recursos provenientes de serviços prestados pelas unidades assistenciais deverão ser identificados nos Fundos de Saúde Estaduais e Municipais como receita operacional proveniente da esfera federal, e utilizadas na execução de ações de saúde previstas nos respectivos Planos de Saúde.

5.6. Até que sejam definidos critérios e mecanismos de correção da série histórica pela Comissão Tripartite o teto financeiro ambulatorial mensal para os Municípios será fixa-



do com base a média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1991).

5.7. A Guia de Autorização de Pagamento – GAP não será aceita para pagamento de serviços ambulatoriais, após a expiração do prazo dos convênios celebrados entre Inamps e Estados para implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS.

5.8. O teto financeiro hospitalar para Municípios e Estados só será estabelecido de imediato para os inclusos nas condições de gestão parcial e semiplena.

5.8.1. Para os demais Municípios, a série histórica, correspondente ao gasto realizado entre a data de publicação desta norma e o dia 31 de dezembro de 1993, será utilizada para fixação de tetos.

5.9. Com a publicação desta norma, deixam de existir o Fato de Estimulo à Municipalização – FEM e o Fator de Estimulo à Gestão Estadual – FEGE previstos na Portaria n.º 234/92 (NOB-SUS 1992).

5.10. Em cada esfera de governo, os recursos provenientes de taxas e multas aplicadas pela vigilância deverão ser alocados no respectivo Fundo de Saúde.

5.11. Os Estados terão o prazo de 30 dias, a partir da data de publicação desta norma, para constituir a Comissão Bipartite, findo o qual a Comissão Tripartite incumbir-se-á de avaliar o processo de enquadramento dos Municípios na nova sistemática, até que os Estados se habilitem a fazê-lo.

5.12. A partir da data de sua constituição, a Comissão Bipartite terá o prazo de 30 dias para submeter ao Conselho Estadual de Saúde a proposta de critérios que orientarão o processo de descentralização no estado.

5.13 - A Comissão Bipartite terá o prazo de 30 dias a partir da data de entrega da solicitação de enquadramento em



qualquer das condições de gestão pelo Município, para análise, manifestação e encaminhamento ao Ministério da Saúde.

5.14. No caso do Estado que, permanecendo na condição de gestão incipiente, não cumpra as obrigações previstas, no prazo de 60 dias, a partir da data da publicação desta norma, a Comissão Tripartite encaminhará comunicado para manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

5.15. Os Municípios que cumpriram o estabelecimento na Portaria n.º 234/92 (BOB-SUS/1992), os "municipalizados", serão automaticamente incluídos na condição de gestão parcial, desde que manifestem seu interesse por escrito ao Ministério da Saúde. No prazo de 120 dias, a partir da data de publicação desta norma, o Município comprovará à Comissão Bipartite o cumprimento de todos os requisitos pertinentes. A não comprovação implica perda temporária da condição, cabendo à Comissão Bipartite reavaliar o caso.



5.16. Os casos omissos deverão ser dirimidos nas Comissões Bipartites, no Conselho Estadual de Saúde ou na Comissão Tripartite, conforme fluxo estabelecido nas Disposições Preliminares desta norma.



Norma operacional básica SUS-01/1996

Introdução

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, concretizam-se, na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais.

Esses ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito à saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas – econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral).

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (n.º 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto n.º 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993.

Com a Lei n.º 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estaduais e municipais – e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operaciona-



lidade deste Sistema.

2. Finalidade

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (artigo 30, incisos V e VII, e artigo 32, 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Esse exercício, viabilizado com a imprescindível cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal, compreende, portanto, não só a responsabilidade, por algum tipo de prestação de serviço de saúde (artigo 30, inciso VII), como, da mesma forma, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais (artigo 30, inciso V).

Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza, como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal são sempre corresponsáveis na respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde .

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no País e a própria organização do sistema, visto que o Município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB



aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

a) os papéis de cada esfera de governo, em especial, no tocante à direção única;

b) os instrumentos gerenciais para que Municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;

c) os mecanismos e fluxos financeiros, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;

d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;

e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

3. Campos de Atenção à Saúde

A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de



vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e

c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são parte importantes questões relativas às políticas macro-econômicas, ao emprego, à habilitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Convém ressaltar que as ações de política setorial em saúde, bem como as administrativas – planejamento, comando e controle – são inerentes e integrantes do contexto daquelas envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais. Ações de comunicação e de educação também compõem, obrigatória e permanentemente, a atenção à saúde.

Nos três campos referidos, enquadra-se, então, todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo.

É importante assinalar que existem, da mesma forma, conjuntos de ações por uma agregação simultânea de ações próprias do campo da assistência e de algumas próprias do campo das intervenções ambientais, de que são partes importantes as atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

4. Sistema de Saúde Municipal

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada Município, o SUS – Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estaduais e nacional.



Os serviços desse subsistema municipal, do SUS – Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB, gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os secretários municipais e estaduais de saúde e o Ministro da Saúde que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos Municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais.

A realidade objetiva do poder público, nos Municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes



modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão.

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer Município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capacidade de gestão, intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos.

A operacionalização das condições de gestão, propostas por esta NOB, considera e valoriza os vários estágios já alcançados pelos Estados e pelos Municípios, na constituição de uma gestão plena.

Já a redefinição dos papéis dos gestores estadual e federal, consoante a finalidade desta Norma Operacional é, portanto, fundamental para que possam exercer as suas competências específicas de gestão e prestar a devida cooperação técnica e financeira aos Municípios.

O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal de mediar entre os sistemas estaduais.

Entretanto, quando ou enquanto um Município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores estadual e municipal – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade.



Na CIB e CIT são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem assim pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis – dentro das disponibilidades orçamentárias conjunturais – oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O Pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a conseqüência prática da relação entre os gestores do SUS.

A composição dos sistemas municipais e ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo. Essa dinâmica contribui para que seja evitado um processo acumulativo injusto, por parte de alguns Municípios (quer por maior disponibilidade tecnológica, quer por mais recursos financeiros ou de informação), com a conseqüente espoliação crescente de outros.

As tarefas de harmonização, de integração e de modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida eqüidade (admitido o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo), competem, portanto, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação.

O desempenho de todos esses papéis é condição para a consolidação da direção única do SUS, em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados.

5. Relações Entre os Sistemas Municipais

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um Município atenderem usuários encami-



nhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro Município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais.

Essa relação, mediada pelo Estado, tem como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente. A discussão de eventuais impasses, relativos à sua operacionalização, deve ser realizada também no âmbito dessa Comissão, cabendo, ao gestor estadual, a decisão sobre problemas surgidos na execução das políticas aprovadas. No caso de recurso, este deve ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a gerência (comando) dos estabelecimentos ou órgãos de saúde de um Município é da pessoa jurídica que opera o serviço, sejam estes estatais (federal, estadual ou municipal) ou privados. Assim, a relação desse gerente deve ocorrer somente com o gestor do Município onde o seu estabelecimento está sediado, seja para atender à população local, seja para atender à referenciada de outros Municípios.

O gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu Município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessária uma avaliação específica ou auditoria de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro Município, recorre ao gestor estadual.

Em função dessas peculiaridades, o pagamento final a um estabelecimento pela prestação de serviços requeridos na localidade ou encaminhados de outro Município é sempre feito pelo Poder Público do Município – Sede do estabelecimento.

Os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre Municípios são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços, ao Municí-



pio-sede do prestador. Este Município incorpora os recursos ao seu teto financeiro. A orçamentação é feita com base na programação pactuada e integrada entre gestores, que, conforme já referido, é mediada pelo Estado e aprovada na CIB regional e estadual e no respectivo Conselho de Saúde.

Quando um Município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutiva, pode requerer, ao gestor estadual, que a parte de recursos alocados no Município vizinho seja realocada para o seu Município.

Esses mecanismos conferem um caráter dinâmico e permanente ao processo de negociação da programação integrada, em particular quanto à referência intermunicipal.

6. Papel do Gestor Estadual

São identificados quatro papéis básicos para o Estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais. A explicação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão neste nível de Governo.

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.

O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus munícipes, sempre na perspectiva da atenção integral.

O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão de atenção à saúde daquelas populações pertencentes a Municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer esse papel, no entanto, é necessário um esforço do gestor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do Município ou concor-



rer com esta função, o que exige o pleno exercício do segundo papel.

Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do Estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS – Estadual.

O exercício desse papel pelo gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolvem responsabilidades nas três esferas de Governo e são sumariamente caracterizados como de:

- a) informação informatizada;
- b) financiamento;
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- d) apropriação de custos e avaliação econômica;
- e) desenvolvimento de recursos humanos;
- f) desenvolvimento e apropriação de ciências e tecnologias; e
- g) comunicação social e educação em saúde.



O desenvolvimento desses sistemas, no âmbito estadual, depende do pleno funcionamento do CES e da CIB, nos quais se viabilizam a negociação e o pacto com os diversos atores envolvidos. Depende, igualmente, da ratificação das programações e decisões relativas aos tópicos a seguir especificados:

a) plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;

b) estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;



c) estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;

d) estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;

e) estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia;

f) elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;

g) elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;

h) estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;

i) responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;

j) definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados;

k) manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual; e

l) implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.



7. Papel do Gestor Federal

No que respeita ao Gestor Federal, são identificados quatro papéis básicos, quais sejam:

- a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;*
- b) promover as condições e incentivar o Gestor Estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;*
- c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e*
- d) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.*

Da mesma forma que no âmbito estadual, o exercício dos papéis do Gestor Federal requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica, que consolidam os sistemas estaduais e propiciam, ao SUS, maior eficiência com qualidade, quais sejam;

- a) informação informatizada;*
- b) financiamento;*
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;*
- d) apropriação de custos e avaliação econômica;*
- e) desenvolvimento de recursos humanos;*
- f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e*
- g) comunicação social e educação em saúde.*

O desenvolvimento desses sistemas depende, igualmente, da viabilização de negociações com os diversos atores envolvidos e da ratificação das programações e decisões, o que ocorre mediante o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT.

Depende, além disso, do redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos da estrutura, quanto da



agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

a) a elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da programação integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde;

b) a viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detém, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades;

c) o aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas;

d) a definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos Conselho de Saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáticas e Estados e Municípios com função gestora;

e) a criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema;

f) a transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais;



g) o desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas e que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativos a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos;

h) a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a de flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades loco-regionais;

i) o incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;

j) o desenvolvimento de atividades de educação e de comunicação social;

k) o incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais;

l) a reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à saúde do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

m) a reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem assim de produção de serviços e de insumos críticos;

n) a reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;

o) a reorientação e a implementação da política nacional



de assistência farmacêutica;

p) o apoio e a cooperação a Estados e Municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;

q) a promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;

r) a elaboração de programação nacional, pactuada com os Estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;

s) a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde;

t) a estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial;

u) a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

8. Direção e Articulação

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de Governo, é composta pelo órgão setorial do Poder Executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorrem, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).



A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos Municípios é o Secretário de Saúde da Capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. Aquelas referentes a matérias de competência dos Conselhos de Saúde, definidas por força da Lei Orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos Conselhos são submetidas previamente a estes para aprovação. As demais resoluções devem ser encaminhadas, no prazo máximo de 15 dias decorridos de sua publicação, para conhecimento, avaliação e eventual recurso da parte que se julgar prejudicada, inclusive no que se refere à habilitação dos Estados e Municípios às condições de gestão desta Norma.

9. Bases para um Novo Modelo de Atenção à Saúde

A composição harmônica, integrada e modernizada do SUS visa, fundamentalmente, atingir a dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são:

a) a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS; e

b) a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade.

O primeiro propósito é possível porque, com a nova for-



mulação dos sistemas municipais, tanto os segmentos sociais, minimamente agregados entre si com sentimento comunitário – os municipais, quando a instância de poder político-administrativo, historicamente reconhecida e legitimada – o poder municipal – apropriam-se de um conjunto de serviços bem definido, capaz de desenvolver uma programação de atividades publicamente pactuada. Com isso, fica bem caracterizado o gestor responsável; as atividades são gerenciadas por pessoas perfeitamente identificáveis; e os resultados mais facilmente usufruídos pela população.

O conjunto desses elementos propicia uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e realizadora para as pessoas, e que conhece não somente nas instâncias colegiadas formais – conferências e conselhos – mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento.

Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação aqui explicitada. Um dos meios, certamente, é a instituição do cartão SUS-Municipal, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. Essa numeração possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o País. A regulamentação desse mecanismo de vinculação será objeto de discussão e aprovação pelas instâncias colegiadas competentes, com conseqüente formalização por ato do MS.

O segundo propósito é factível, na medida em que estão perfeitamente identificados os elementos críticos essenciais a uma gestão eficiente e a uma produção eficaz, a saber:

a) a clientela que, direta e imediatamente, usufrui dos serviços;

b) o conjunto organizado dos estabelecimentos produtores desses serviços; e



c) a programação pactuada, com a correspondente orçamentação participativa.

Os elementos, acima apresentados, contribuem para um gerenciamento que conduz à obtenção de resultados efetivos, a despeito da indisponibilidade de estímulos de um mercado consumidor espontâneo. Conta, no entanto, com estímulos agregados, decorrentes de um processo de gerenciamento participativo e, sobretudo, da concreta possibilidade de comparação com realidades muito próximas, representadas pelos resultados obtidos nos sistemas vizinhos.

A ameaça da ocorrência de gastos exagerados, em decorrência de um processo de incorporação tecnológica acritico e desregulado, é um risco que pode ser minimizado pela radicalização na reorganização do SUS: um sistema regido pelo interesse público e balizado, por um lado, pela exigência da universalização e integralidade com equidade e, por outro, pela própria limitação de recursos, que deve ser programaticamente respeitada.

Esses dois balizamentos são objeto da programação elaborada no âmbito municipal, e sujeita à ratificação que, negociada e pactuada nas instâncias estadual e federal, adquire a devida racionalidade na alocação de recursos em face às necessidades.

Assim, tendo como referência os propósitos anteriormente explicitados, a presente Norma Operacional Básica constitui um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, na medida em que disciplina o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de Governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Essencialmente, o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centra-



do na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes.

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica aramada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais.

O enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais. Nessa circunstância, o método para conhecimento da realidade complexa e para a realização da intervenção necessária fundamenta-se mais na síntese do que nas análises, agregando, mais do que isolando, diferentes fatores e variáveis.

Os conhecimentos – resultantes de identificações e compreensões – que se faziam cada vez mais particularizados e isolados (com grande sofisticação e detalhamento analítico), devem possibilitar, igualmente, um grande esforço de visibilidade e entendimento integrador e globalizante, com o aprimoramento dos processos de síntese, sejam lineares, sistêmicos ou dialéticos.

Além da ampliação do objeto e da mudança no método, o modelo adota novas tecnologias, em que os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível ou ação, na medida em que permitem a compreensão globalizadora a ser perseguida, e fundamentam a negociação necessária à mudança e à associação de interesses conscientes. É importante, nesse âmbito, a valorização da informação informatizada.

Além da ampliação do objeto, da mudança do método e da



tecnologia predominantes, enfoque central deve ser dado à questão da ética. O modelo vigente – assentado na lógica da clínica – baseia-se, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção.

O novo modelo de atenção deve perseguir a construção ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual. Dessa forma é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde.

Nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Na intervenção ambiental, o SUS assume algumas ações específicas e busca a articulação necessária com outros setores, visando a criação das condições indispensáveis à promoção e à recuperação da saúde.

10. Financiamento das Ações e Serviços de Saúde

10.1. Responsabilidades

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de Governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde.

Conforme determina o art. 194 da Constituição Federal, a Saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e Assistência Social. No inciso VI do parágrafo único desse mesmo Artigo, está determinado que a Seguridade Social será organizada pelo Poder Público, observada a "diversidade da base de financiamento".

Já o art. 195 determina que a Seguridade Social será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da



União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais.

10.2. Fontes

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 – COFINS) e o Lucro (Fonte 151 – Lucro Líquido).

Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 – Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS).

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 154 – COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com pessoal e encargos sociais.

Dentro da previsibilidade de contribuições sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, uma fonte específica para financiamento do SUS – a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras – está criada, ainda que em caráter provisório. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja esta e todas as demais bases tributárias e financeiras do Governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde.

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios. Esses recursos devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera federal e/ou estadual e utilizados na execução de ações pre-



vistas nos respectivos planos de saúde e na PPI.

10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas

As transferências, regulares ou eventuais, da União para Estados, Municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de Governo em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

O reembolso das despesas, realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde, constitui fonte adicional de recursos. Por isso, e consoante à Legislação Federal específica, Estados e Municípios devem viabilizar estrutura e mecanismos operacionais para a arrecadação desses recursos se a sua destinação exclusiva aos respectivos fundos de saúde.

Os recursos de investimento são alocados pelo MS, mediante a apresentação pela SES da programação de prioridades de investimentos, devidamente negociada na CIB e aprovada pelo CES, até o valor estabelecido no orçamento do Ministério, e executados de acordo com a legislação pertinente.

10.4. Tetos Financeiros dos Recursos Federais

Os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor, para cada Estado e cada Município, é definido com base na PPI. O teto financeiro do Estado contém os tetos de todos os Municípios, habilitados ou não a qualquer uma das condições de gestão.

O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) é constituído, para efeito desta NOB, pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O TFGE, definido com base na PPI, é submetido pela SES ao MS, após negociação na CIB e aprovação pelo CES. O



valor final do teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIT – observadas às reais disponibilidades financeiras do MS – e formalizado em ato do Ministério.

O Teto Global do Município (TFGM), também definido consoante à programação integrada, é submetido pela SMS à SES, após aprovação pelo CMS. O valor final desse Teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB – observados os limites do TFGE – e formalizado em ato próprio do Secretário Estadual de Saúde.

Todos os valores referentes a pisos, tetos, frações, índices, bem como suas revisões, são definidos com base na PPI, negociados nas Comissões Intergestores (CIB e CIT), formalizados em atos dos gestores estadual e federal e aprovados previamente aos respectivos Conselhos (CES e CNS).

As obrigações que vierem a ser assumidas pelo Ministério da Saúde, decorrentes da implantação desta NOB e que gerem aumento de despesa, serão previamente discutidas com o Ministério do Planejamento e Orçamento e o Ministério da Fazenda.

105

11. Programação, Controle, Avaliação e Auditoria

11.1. Programação Pactuada e Integrada – PPI

11.1.1. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de Governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada Município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio Município, quer pelo encaminhamento a outros Municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.



11.1.2. O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de Governo deve respeitar a autonomia de cada gestor: o Município elabora sua própria programação, aprovando-a no CMS; o Estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES.

11.1.3. A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando, também, as responsabilidades do Estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

11.1.4. A Programação observa os princípios da integridade das ações de saúde e da direção única em cada nível de Governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades. Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados têm suas ações expressas na Programação do Município em que estão localizados, na medida em que estão subordinados ao gestor municipal.

11.1.5. A União define normas, critérios, instrumentos e prazo, aprova a programação de ações sob seu controle – inseridas na Programação pelo Estado e seus Municípios – incorpora as ações sob sua responsabilidade direta e aloca os recursos disponíveis, segundo os valores apurados na Programação e negociados na CIT, cujo resultado é deliberado pelo CNS.

11.1.6. A elaboração da Programação observa critérios e parâmetros definidos pelas Comissões Intergestores e aprovados pelos respectivos Conselhos. No tocante aos recursos de origem federal, os critérios, prazos e fluxos de elaboração da Programação Integrada e de suas reprogramações periódicas ou extraordinárias são fixados em ato normativo do MS e traduzem as negociações efetuadas na CIT e as deliberações do CNS.



11.2. Controle, Avaliação e Auditoria

11.2.1. O cadastro de Unidades Prestadoras de Serviços de Saúde (UPS), completo e atualizado, é requisito básico para programar a contratação de serviços assistenciais e para realizar o controle da regularidade dos faturamentos. Compete ao órgão gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada UPS, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais, no banco de dados nacional.

11.2.2. Os bancos de dados nacionais, cujas normas são definidas pelos órgãos do MS, constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. Por conseguinte, os gestores municipais e estaduais do SUS devem garantir a alimentação permanente e regular desses bancos, de acordo com a relação de dados, informações e cronogramas previamente estabelecidos pelo MS e pelo CNS.

11.2.3. As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação de auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de sua atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

11.2.4. As ações de controle devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, com ênfase na garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais – tendo como critério fundamental a necessidade dos usuários – e o rigoroso monitoramento da regularidade e da fidedignidade dos registros de produção de fatu-



ramento de serviços.

11.2.5. O exercício da função gestora no SUS, em todos os níveis de Governo, exige a articulação permanente das ações de programação, controle, avaliação e auditoria; a integração operacional das unidades organizacionais, que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema; e a apropriação dos seus resultados e a identificação de prioridades, no processo de decisão da alocação dos recursos.

11.2.6. O processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicos de avaliação de resultados e do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população, priorizando o enfoque epidemiológico e propiciando a permanente seleção de prioridade de intervenção e a reprogramação contínua da alocação de recursos. O acompanhamento da execução das ações programadas é feito permanentemente pelos gestores e periodicamente pelos respectivos Conselhos de Saúde, com base em informações sistematizadas, que devem possibilitar a avaliação qualitativa e quantitativa destas ações. A avaliação do cumprimento das ações programadas em cada nível de governo deve ser feita em Relatório de Gestão Anual, cujo roteiro de elaboração será apresentado pelo MS e apreciado pela CIT e pelo CNS.

12. Custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, conforme mencionado anteriormente, configuram o TFA, e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

12.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as



condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada Município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos Municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas nesta NOB. As transferências da PAB aos Estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em Municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PAB, assim como o valor *per capita* nacional único – base de cálculo deste Piso – são propostos pela CIT e votados no CNS. Nessas definições deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos Municípios, objetivando o progressivo incremento desses serviços, até que a atenção integral à saúde esteja plenamente organizada, em todo o País. O valor *per capita* nacional único é reajustado com a mesma periodicidade, tendo por base, no mínimo, o incremento médio da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS).

A transferência total do PAB será suspensa no caso da não-alimentação, pela SMS junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional, por mais de dois meses consecutivos.

12.1.2. Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Fica estabelecido em acréscimo percentual ao montante do PAB, de acordo com os critérios a seguir relacionados, sempre que estiverem atuando integradamente à rede municipal.



equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS (SAD/MS) com base em normas da direção nacional do SUS.

a) Programa de Saúde da Família (PSF):

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do Município;
- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do Município;
- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população do Município.

Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do Município.

b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

- acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do Município;
- acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do Município;
- acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do Município.

Esses acréscimos têm, como limite, 30% do valor do PAB original do Município.

c) Os percentuais não são cumulativos quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS ou por estratégias similares for a mesma.

Os percentuais acima referidos são revistos quando do incremento do valor *per capita* nacional único, utilizado para o cálculo do PAB e do elenco de procedimentos relacionados



a este Piso. Essa revisão é proposta na CIT e votada no CNS. Por ocasião da incorporação desses acréscimos, o teto financeiro da assistência do Estado é renegociado na CIT e apreciado pelo CNS.

A ausência de informações que comprovem a produção mensal das equipes, durante dois meses consecutivos ou quatro alternados em um ano, acarreta a suspensão da transferência deste acréscimo.

12.1.3. Fração Assistencial Especializada (FAE)

É um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do Estado.

O órgão competente do MS formaliza, por portaria, esse elenco a partir de negociação na CIT e que deve ser objeto da programação integrada quanto a sua oferta global no Estado.

A CIB explicita os quantitativos e respectivos valores desses procedimentos, que integram os tetos financeiros da assistência dos Municípios em gestão plena do sistema de saúde e os que permanecem sob gestão estadual. Neste último, o valor programado da FAE é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, conforme as condições de gestão das SES definidos nesta NOB. Não integram o elenco de procedimentos cobertos pela FAE aqueles relativos ao PAB e os definidos como de alto custo complexidade por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

12.1.4. Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais assumidas pela SMS. O TFAM é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB e destina-se ao custeio dos



serviços localizados no território do Município (exceção feita àqueles eventualmente excluídos da gestão municipal por negociação na CIB).

12.1.5. Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais sob a responsabilidade da SES. O TFAE corresponde ao TFA fixado na CIT e formalizado em portaria do órgão competente do Ministério(SAS/MS).

Esses valores são transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB, deduzidos os valores comprometidos com as transferências regulares e automáticas ao conjunto de Municípios do Estado (PAB e TFAM).

12.1.6. Índice de Valorização de Resultados (IVR)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalente a até 2% do teto financeiro da assistência do Estado, transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, com incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população, segundo critérios definidos pela CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS). Os recursos do IVR podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

12.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores estão incluídos no TFA do Estado e do



Município e são executados mediante ordenação de pagamento por parte do gestor. Para Municípios e Estados que recebem transferências de tetos da assistência (TFAM e TFAE, respectivamente), conforme as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, os valores relativos à remuneração por serviços produzidos estão incluídos nos tetos da assistência, definido na CIB.

A modalidade de pagamento direto, pelo gestor federal, a prestadores de serviços ocorre apenas nas situações em que não fazem parte das transferências regulares e automáticas fundo a fundo, conforme itens a seguir especificados.

12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), englobando o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento este de autorização e fatura de serviços.

12.2.2. Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do SAI/SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), documento este que identifica cada paciente e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram prestados. Compreende procedimentos ambulatoriais integrantes de SIA/SUS definidos na CIT e formalizados por portaria de órgão competente do Ministério (SAS/MS).

12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

O MS é responsável pela remuneração direta, por serviços produzidos, dos procedimentos relacionados ao PAB e à FAE, enquanto houver Municípios que não estejam na condição de gestão semiplena da NOB 01/93 ou nas condições de gestão municipal definidas nesta NOB naqueles Estados em condi-



ções de gestão convencional.

12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização

O Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), bem como outros fatores e ou índices que incidam sobre a remuneração por produção de serviços, eventualmente estabelecidos, estão condicionados aos critérios definidos em nível federal e à avaliação da CIB em cada Estado. Esses fatores e índices integram o teto financeiro da assistência do Município e do respectivo Estado.

13. Custeio das Ações de Vigilância Sanitária

Os recursos da esfera federal destinada à vigilância configuram o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS) e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo e Remuneração de Serviços Produzidos.

13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir:

13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

Consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações básicas da vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada Município (fornecida pelo IBGE), e transferido, regular e automaticamente, ao fundo de saúde ou conta especial dos Municípios e, transitoriamente, dos Estados, conforme condições estipuladas nesta NOB. O



PBVS somente será transferido a Estados para cobertura da população residente em Municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PBVS, assim como o valor *per capita* nacional único – base de cálculo deste Piso – são definidos em negociação na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (Secretaria de Vigilância Sanitária – SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Nessa definição deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos Municípios, objetivando o progressivo incremento das ações básicas de vigilância sanitária em todo o País. Esses procedimentos integram o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária do SUS (SIVS/SUS).

13.1.2. Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalente a até 2% do teto financeiro da vigilância sanitária do Estado, a serem transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, com incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população, segundo critérios definidos pela CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS). Previamente aprovados no CNS. Os recursos do IVISA podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

13.2.1. Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS)

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da SVS/MS, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas pela SES ao Ministério. Após negociação e aprovação na CIT e prévia aprovação no CNS, e observadas as condições estabelecidas nesta NOB, a SVS/MS



publica a tabela de procedimentos do PDAVS e o valor de sua remuneração.

13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

Consiste no pagamento direto às SES e às SMS, pela execução de ações, de média e alta complexidade de competência estadual e municipal contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas ao MS. Essas ações e o valor de sua remuneração são definidos em negociação na CIT e formalizados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovados no CNS.

14. Custeio das Ações de Epidemiologia e de Controle de Doenças

Os recursos da esfera federal destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças não contidas no elenco de procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS configuram o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O elenco de procedimentos a serem custeados com o TFECD é definido em negociação na CIT, aprovado pelo CNS e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS. As informações referentes ao desenvolvimento dessas ações integram sistemas próprios de informação definidos pelo Ministério da Saúde.

O valor desse Teto para cada Estado é definido em negociação na CIT, com base na PPI, a partir das informações fornecidas pelo Comitê Interinstitucional de Epidemiologia e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (Fundação Nacional de Saúde – FNS/MS). As informações referentes ao desenvolvimento destas ações integram sistemas próprios de informação definidos pelo Ministério da Saúde.

O valor deste teto para cada Estado é definido em negociação na CIT, com base na PPI, a partir das informações fornecidas



pelo Comitê Interinstitucional de Epidemiologia e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (FNS/MS).

Esse Comitê, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde, articulado aos órgãos de epidemiologia da SES, do MS no Estado e de outras entidades que atuam no campo da epidemiologia e controle de doenças, é uma instância permanente de estudos, pesquisas, análises de informações e de integração de instituições afins.

Os valores do TFECD podem ser executados por ordenação do órgão específico do MS, conforme as modalidades apresentadas a seguir.

14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB e na PPI, aprovada na CIT e no CNS.

117

14.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto às SES e às SMS, pelas ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme tabela de procedimentos discutida na CIT e aprovada na CNS, editada pelo MS, observadas as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, contra apresentação de demonstrativo de atividades realizadas, encaminhado pela SES ou SMS ao MS.

14.3. Transferência por Convênio

Consiste na transferência de recursos oriundos do órgão específico do MS, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, mediante programação e critérios discutidos na CIT e aprovados pelo CNS, para:

a) estímulo às atividades de epidemiologia e controle de doenças:

b) custeio de operações especiais em epidemiologia e con-



trole de doenças:

c) financiamento de projetos de cooperação técnico-científica na área de epidemiologia e controle de doenças, quando encaminhados pela CIB.

15. Condições de Gestão do Município

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicam as responsabilidades do gestor estadual e municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos Municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os Municípios podem habilitar-se em duas condições:

a) Gestão Plena da Atenção Básica; e

b) Gestão Plena do Sistema Municipal.

Os Municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao Estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não habilitado.

15.1. Gestão Plena da Atenção Básica

15.1.1. Responsabilidades

a) elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual:



- b) gerência de unidades ambulatoriais próprias;
- c) gerência de unidades ambulatoriais do Estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades;
- d) reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- e) prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus Municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS;
- f) contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB;
- g) operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, a alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional;
- h) autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no Município, que continuam sendo pagos por produção de serviços;
- i) manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;
- j) avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente;
- k) execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS;
- l) execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências morbidas, decorrentes de



causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD;

m) elaboração do Relatório Anual de Gestão e Aprovação pelo CMS.

15.1.2. Requisitos

a) comprovar o funcionamento do CMS;

b) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;

c) apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do Estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.

d) comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão;

e) comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor;

f) formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada;

g) dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados;

h) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;

i) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica;



j) comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.1.3. Prerrogativas

a) transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB);

b) transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS);

c) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças;

d) subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

15.2. Gestão Plena do Sistema Municipal

121

15.2.1. Responsabilidades

a) elaboração de toda a programação municipal contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual;

b) gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência;

c) gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do Estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades;

d) reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

e) garantia da prestação dos serviços em seu território, in-



clusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao Município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS;

f) normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal;

g) contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelos TFGM;

h) administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais;

i) operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional;

j) manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;

k) avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente;

l) execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PSAVS;

m) execução das ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.

15.2.2. Requisitos

a) comprovar o funcionamento do CMS;



b) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;

c) participar da elaboração e da implementação da PPI do estado. Bem assim da alocação de recursos expressa na programação:

d) comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios:

e) comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor;

f) formalizar, junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada:

g) dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.:

h) apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do Município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante os quais será efetuado o acompanhamento;

i) comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;

j) comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses;



k) apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação de pleito, devidamente aprovado pelo CMS;

l) assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAP e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas;

m) comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA);

n) comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.2.3. Prerrogativas

a) transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA);

b) normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB;

c) transferência, regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS);

d) remuneração por serviços de vigilância de média e alta complexidade e remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo Município;

e) subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal;

f) transferência de recursos referentes às ações de epidemi-



ologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

16. Condições de Gestão do Estado

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor estadual, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos Estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os Estados poderão habilitar-se em duas condições de gestão:

- a) Gestão Avançada do Sistema Estadual; e
- b) Gestão Plena do Sistema Estadual.

Os Estados que não aderirem ao processo de habilitação, permanecem na condição de gestão convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS, não fazendo jus às novas prerrogativas introduzidas por esta NOB, exceto ao PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS. Essa condição corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do Sistema, que foram progressivamente incorporadas pelas SES, não estando sujeita a procedimento específico de habilitação nesta NOB.

16.1 Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

a) elaboração da PPI do Estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação;

b) elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociação na CIB e aprovado pelo CES;



c) gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;

d) formulação e execução da política de sangue e hemoterapia;

e) organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e/ou alta complexidade;

f) formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação o MS;

g) normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais;

h) manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;

i) cooperação técnica e financeira com o conjunto de Municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação de auditoria;

j) implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde;

k) Coordenação das atividade de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei n.º 8.080/90;

l) execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala;

m) coordenação das atividade de vigilância sanitária e exe-



cução complementar conforme previsto na Lei n.º 8.080/90;

n) execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos Municípios não-habilitados nesta NOB;

o) execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos Municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal;

p) execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS;

q) apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT;

16.2. Requisitos

a) comprovar o funcionamento do CES;

b) comprovar o funcionamento do CIB;

c) comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde;

d) apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, que deve conter:

- as metas pactuadas;
- a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios, de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
- as estratégias de descentralização das ações de saúde para Municípios;
- as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e



- os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações.

e) apresentar o relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito;

f) comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos Municípios, conforme a respectiva condição de gestão;

g) comprovar a estruturação dos componentes estadual do SNA;

h) comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto a contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do Estado;

i) comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação em vigor;

j) apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada;

k) comprovar a criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde;

l) comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no Estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;

m) comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica no Estado;



16.3. Gestão Avançada do Sistema Estadual

16.3.1. Responsabilidades Específicas

- a) contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual, contidos na FAE;
- b) contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos Municípios não habilitados;
- c) ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual;
- d) operação da SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.3.2. Requisitos Específicos

- a) apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração;
- b) dispor de 60% dos Municípios do Estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos Municípios habilitados, desde que residam 60% da população;
- c) dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos Municípios.

16.3.3. Prerrogativas

- a) transferência regular e automática dos recursos correspondentes à Fração Assistencial Especializada (FAE) e ao Piso da Atenção Básica (PAB) relativos aos municípios não-habilitados.
- b) transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), referente aos Municípios não habilitados nesta NOB;
- c) transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA);



d) remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária;

e) transferência de recursos referente às ações de epidemiologia e controle de doenças.

16.4. Gestão Plena do Sistema Estadual

16.4.1. Responsabilidades Específicas

a) contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição do CIB;

b) operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.4.2. Requisitos Específicos

a) comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração;

b) comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto custo e/ou complexidade e de marcação de consultas especializadas;

c) dispor de 80% dos Municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos Municípios, desde que nestes residam 80% da população;

d) dispor de 50% do valor do TFA do Estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos Municípios.

16.4.3. Prerrogativas

a) transferência regular e automática dos recursos correspon-



dentos ao valor do Teto Financeiro da Assistência (TFA), deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a Município habilitados:

b) transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Índice de Valorização de Resultados (IVR);

c) transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos Municípios não habilitados nesta NOB;

d) transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA);

e) remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária;

f) normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima;

g) transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

17. Disposições Gerais e Transitórias

17.1. As responsabilidades que caracterizam cada uma das condições de gestão definidas nesta NOB constituem em elenco mínimo e não impedem a incorporação de outras pactuadas na CIB e aprovadas pelo CES, em especial aquelas já assumidas em decorrência da NOB-SUS 01/93.

17.2. No processo da habilitação às condições de gestão estabelecidas nesta NOB, são considerados os requisitos já cumpridos para habilitação nos termos da NOB-SUS nº 1/93, cabendo ao Município ou ao Estado pleiteante a comprovação exclusiva do cumprimento dos requisitos introduzidos ou alterados pela presente Norma Operacional, observando os seguintes procedimentos.



17.2.1. Para que os Municípios habilitados atualmente nas condições de gestão incipiente e parcial possam assumir a condição plena da atenção básica definida nesta NOB, devem apresentar à CIB os seguintes documentos, que completam os requisitos para habilitação:

17.2.1.1. Ofício do gestor municipal pleiteando a alteração na condição de gestão;

17.2.1.2. Ata do CMS aprovando o pleito de mudança de habilitação;

17.2.1.3. Ata das três últimas reuniões do CMS;

17.2.1.4. Extrato de movimentação bancária do Fundo Municipal de Saúde relativo ao trimestre anterior à apresentação do pleito;

17.2.1.5. Comprovação, pelo gestor municipal, de condições técnicas para processar o SAI/SUS;

17.2.1.6. Declaração do gestor municipal comprometendo-se a alimentar, junto à SES, o banco de dados nacional do SIA/SUS;

17.2.1.7. Proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal;

17.2.1.8. Comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos coberto pelo PAB; e

17.2.1.9. Ata de aprovação do relatório de gestão no CMS.

17.2.2. Para que os Municípios habilitados atualmente na condição de gestão semiplena possam cumprir a condição de gestão plena do sistema municipal definida nesta NOB, devem comprovar à CIB:

17.2.2.1. a aprovação do relatório de gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente;

17.2.2.2. a existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços



de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio Município ou contratados de outro gestor municipal;

17.2.2.3. a estruturação do componente municipal do SNA; e

17.2.2.4. a integração e articulação do Município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o Município não atenda a esse requisito, pode ser enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1.

17.2.3 os Estados habilitados atualmente nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a comprovação dos requisitos adicionais relativos à nova condição pleiteada na presente NOB.

17.3. A habilitação de Municípios à condição de gestão plena da atenção básica é decidida na CIB dos Estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, cabendo recurso ao CES. A SES respectiva deve informar ao MS a habilitação procedida, para fins de formalização por portaria, observando as disponibilidades financeiras para a efetivação das transferências regulares pertinentes. No que se refere à gestão plena do sistema municipal, a habilitação dos Municípios é decidida na CIT, com base em relatório da CIB e formalizada em ato da SAS/MS. No caso dos Estados categorizados na condição de gestão convencional, a habilitação dos Municípios a qualquer das condições de gestão será decidida na CIT, com base no processo de avaliação elaborado e encaminhado pela CIB, e formalizado em ato do MS.

17.4. A habilitação de Estados a qualquer das condições de gestão é decidida na CIT e formalizada em ato do MS, cabendo recurso ao CNS.

17.5. Os instrumentos para a comprovação do cumprimento dos requisitos para habilitação ao conjunto das condições de gestão de Estados e Municípios, previsto nesta NOB, estão



sistematizados no Anexo I.

17.6. Os Municípios e Estados habilitados na forma da NOB. SUS n.º 1/93 permanecem nas respectivas condições de gestão até sua habilitação em uma das condições estabelecidas por esta NOB, ou até a data limite a ser fixada pela CIT.

17.7. A partir da data da publicação desta NOB, não serão procedidas novas habilitações ou alterações de condição de gestão na forma da NOB. SUS n.º 1/93. Ficam excetuados os casos já aprovados nas CIB, que devem ser protocolados na CIT, no prazo máximo de 30 dias.

17.8. A partir da publicação desta NOB, ficam extintos o Fator de Apoio ao Estado, o Fator de Apoio ao Município e as transferências dos saldos de teto financeiro relativos às condições de gestão municipal e estadual parciais, previstos, respectivamente, nos itens 3.1.4; 3.2; 4.1.2 e 4.2.1 da NOB. SUS n.º 1/93.

17.9. A permanência do Município na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pelo SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

17.10. De maneira idêntica, a permanência do Estado na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pelo MS e submetido à apreciação da CIT, tendo por base critérios estabelecidos por esta Comissão e aprovados pelo CNS

17.11. O gestor do Município habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica que ainda não dispõe de serviços suficientes para garantir, à sua população, a totalidade de procedimentos cobertos pelo PAB, pode negociar, diretamente, com outro gestor municipal, a compra dos serviços não-disponíveis, até que essa oferta seja garantida no



próprio Município.

17.12. Para implantação do PAB, ficam as CIB autorizadas a estabelecer fatores diferenciados de ajuste até um valor máximo fixado pela CIT e formalizado por portaria do Ministério (SAS/MS). Esses fatores são destinados aos municípios habilitados, que apresentam gastos *per capita* em ações de atenção básica superiores ao valor *per capita* nacional único (base de cálculo do PAB), em decorrência de avanços na organização do sistema. O valor adicional atribuído a cada Município é formalizado em ato próprio da SES.

17.13. O valor *per capita* nacional único, base de cálculo do PAB, é aplicado a todos os Municípios, habilitados ou não nos termos desta NOB. Aos Municípios não-habilitados, o valor do PAB é limitado ao montante do valor *per capita* nacional multiplicado pela população e pago por produção de serviço.

17.14. Num primeiro momento, em face da inadequação dos sistemas de informação de abrangência nacional para aferição de resultados, o IVR é atribuído aos Estados a título de valorização de desempenho na gestão do Sistema, conforme critérios estabelecidos pela CIT e formalizados por portaria do Ministério (SAS/MS).

17.15. O MS continua efetuando pagamento por produção de serviços (relativos aos procedimentos cobertos pelo PAB) diretamente aos prestadores, somente no caso daqueles Municípios não-habilitados na forma desta NOB, situados em Estados em gestão convencional.

17.16. Também em relação aos procedimentos cobertos pela FAE, o MS continua efetuando o pagamento por produção de serviços diretamente a prestadores, somente no caso daqueles Municípios habilitados em gestão plena da atenção básica e os não habilitados, na forma desta NOB, situados em Estados em gestão convencional.

17.17. As regulamentações complementares necessárias à operacionalização desta NOB são objeto de discussão e negociação no CIT, observadas as diretrizes estabelecidas pelo CNS, com posterior formalização, mediante portaria do MS.





**Instrução Normativa nº 01/98
de 02 de janeiro de 1998.**

Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de regulamentar a Norma Operacional Básica do SUS 01/96, publicada em anexo à Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 e a publicação da Portaria/GM/MS nº 1882 de 18.12.97. Resolve:

Art. 1º A habilitação de Estados e Municípios às condições de gestão previstas na NOB SUS 01/96 observará o disposto nesta Instrução Normativa.

Art. 2º A mudança de uma condição de gestão para outra significa um novo processo de habilitação, com o cumprimento integral dos requisitos complementares e dos trâmites estabelecidos na NOB SUS 01/96.

Parágrafo único. O descumprimento das responsabilidades inerentes a cada condição de gestão de Estado ou Município, por parte do gestor, implica perda da condição de gestão em que se encontra, ficando as Comissões Intergestores Bipartite - CIB e a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, incumbidas de julgar cada caso e adotar as medidas cabíveis.

Art. 3º O Ministério da Saúde é responsável pelo acompanhamento e avaliação dos Sistemas Estaduais de Saúde.

Art. 4º Os Estados são responsáveis pelo acompanhamento e avaliação dos Sistemas Municipais de Saúde e devem comprometer-se a adotar os mecanismos de acompanhamento e avaliação a serem definidos pela CIT.



Art. 5º Os incidentes verificados no processo de habilitação serão resolvidos pelo Conselho Estadual de Saúde e, sucessivamente, pela Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.

Art. 6º Os repasses automáticos e regulares fundo a fundo, previstos na NOB SUS 01/96, do Ministério da Saúde para Estados e Municípios deverão ocorrer até o quinto dia útil do mês subsequente ao de competência.

Parágrafo único. Os Estados e Municípios, habilitados conforme a NOB SUS 01/96, passarão a receber os recursos financeiros que lhes são devidos, por intermédio de repasse automático e regular fundo a fundo, a partir do mês subsequente ao da publicação da Portaria de homologação da respectiva habilitação, expedida pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º Os Estados e Municípios habilitados deverão realizar o pagamento aos prestadores de serviços após o repasse dos recursos fundo a fundo efetuado pelo Ministério da Saúde, nos prazos estabelecidos pela CIT.

Art. 8º A habilitação do Distrito Federal observará as condições estabelecidas para os Estados, no que couber.

Art. 9º A habilitação à condição de Gestão Plena da Atenção Básica dependerá do cumprimento de todos os requisitos descritos no item 15.1.2, com assunção das responsabilidades definidas no item 15.1.1 e garantia das prerrogativas definidas no item 15.1.3, todos da NOB SUS 01/96.

§ 1º Os requisitos previstos neste artigo serão comprovados na forma do Anexo 1.

§ 2º Os Municípios já habilitados à condição de gestão incipiente ou parcial, pleiteantes à condição de Gestão Plena da Atenção Básica, deverão apresentar os documentos relacionados no item 17.2.1 da NOB SUS 01/96, conforme o disposto no Anexo 2.



Art. 10. A habilitação de Municípios à condição de Gestão Plena da Atenção Básica compreende as seguintes etapas e trâmites:

I – formação do processo de pleito de habilitação pelo gestor municipal;

II – aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde – CMS;

III – apreciação e aprovação do processo pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de protocolo na CIB;

IV – encaminhamento do processo pelo município, à CIT, se vencido o prazo do inciso anterior;

V – preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação conforme Anexo 6 (modelo A ou B);

VI – publicação do ato de habilitação do Município no Diário Oficial do Estado, pela Secretaria Estadual de Saúde, com encaminhamento de cópia à Secretaria Técnica da CIT, acompanhada do Termo de Habilitação para ratificação, se o Município estiver localizado em Estado já habilitado nos termos da NOB SUS 01/96;

VII – encaminhamento, pela CIB, do Termo de Habilitação para aprovação pela CIT, se o Município estiver localizado em Estado não habilitado nos termos da NOB SUS 01/96;

VIII – arquivamento de todo o processo de habilitação na CIB, que ficará à disposição do Ministério da Saúde e da CIT;

IX – recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação e dos Anexos 7 e 8, encaminhados para:

a) as análises pertinentes;

b) preparação de expediente para apreciação pela CIT;



c) informação aos gestores interessados e órgãos do Ministério da Saúde sobre a habilitação do Município, para as providências necessárias;

X – homologação, por Portaria expedida e publicada pelo Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas e ratificadas pela CIT, à medida em que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes, de acordo com o item 17.3 da NOB SUS 01/96.

§ 1º O processo de habilitação completo deverá conter todos os documentos comprobatórios do cumprimento dos requisitos para habilitação à condição de gestão e a Declaração do Teto Financeiro Global do Município, nos termos da NOB SUS 01/96, relativo aos recursos de custeio da esfera federal, definido pela CIB a partir da Programação Pactuada e Integrada - PPI, com a aprovação do gestor municipal.

140

§ 2º A Declaração do Teto Financeiro Global do Município, contida no Termo de Habilitação a que se refere o inciso V deste artigo, indicará o total de recursos definidos pela CIB para o Município, discriminando os recursos que serão pagos por prestação de serviços e a parcela a ser transferida de forma regular e automática fundo a fundo, com especificação dos seguintes itens:

I – Teto Financeiro para a Assistência do Município (TFAM), discriminando o que comporá o teto do Município, nas parcelas abaixo:

a) de Atenção Hospitalar com especificação dos valores relativos à Autorização de Internação Hospitalar – AIH, ao Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa – FIDEPS e ao Índice de Valorização Hospitalar de Emergência – IVH-E;

b) de Atenção Ambulatorial com especificação dos valores relativos à assistência básica – parte fixa do Piso da Atenção Básica – PAB, à Fração Assistencial Especializada (FAE) e à



Remuneração de Procedimentos de Alto Custo/Alta Complexidade:

c) dos Incentivos do Piso da Atenção Básica - Parte Variável, com especificação dos valores relativos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, à Assistência Farmacêutica Básica, ao Programa de Combate às Carências Nutricionais, às Ações Básicas de Vigilância Sanitária e às Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

II – Teto Financeiro para Vigilância Sanitária (TFVS), compreendendo:

a) ações de média e de alta complexidade;

b) recursos do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária - PDAVS;

III – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

Art. 11. A habilitação à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal dependerá do cumprimento de todos os requisitos descritos no item 15.2.2, com assunção das responsabilidades definidas no item 15.2.1 e garantia das prerrogativas do item 15.2.3, todos da NOB SUS 01/96.

§ 1º Os requisitos previstos neste artigo serão comprovados na forma do Anexo 3.

§ 2º Os Municípios já habilitados à condição de gestão simplificada, pleiteantes à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão apresentar os documentos relacionados no item 17.2.2 da NOB SUS 01/96.

§ 3º Os requisitos previstos no parágrafo anterior serão comprovados na forma do Anexo 4.

Art. 12. A habilitação de Municípios à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal compreende as seguintes etapas e râmities:



I – formação do processo de pleito de habilitação pelo gestor municipal;

II – aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde – CMS;

III – apreciação e aprovação do processo pela CIB no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de protocolo na CIB;

IV – encaminhamento do processo pelo município, à CIT, se vencido o prazo do inciso anterior;

V – preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação conforme Anexo 6 (modelo C ou D);

VI – elaboração, pela CIB, de Relatório que ateste as condições técnicas e administrativas do Município para assumir esta condição de gestão, de acordo com o item 17.3 da NOB SUS 01/96;

VII – encaminhamento ao Ministério da Saúde do Termo de Habilitação, acompanhado do Relatório referido no inciso anterior, para apreciação na Secretaria Técnica da CIT e aprovação pela CIT;

VIII – arquivamento de todo o processo, na CIB, que ficará à disposição do Ministério da Saúde e da CIT;



IX – recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação e dos Anexos 7 e 8 encaminhados pela CIB para:

a) as análises pertinentes;

b) preparação de expediente para apreciação pela CIT;

c) informação aos gestores interessados e órgãos do Ministério da Saúde sobre a habilitação do Município, para as providências necessárias;

X – homologação, por Portaria expedida e publicada pelo



Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes, de acordo com o item 17.3 da NOB SUS 01/96.

§ 1º Além dos documentos previstos neste artigo, será exigida, para habilitação, a Declaração do Teto Financeiro Global do Município, nos termos da NOB SUS 01/96, relativo aos recursos de custeio da esfera federal, definido pela CIB a partir da PPI, com a aprovação do gestor municipal.

§ 2º A Declaração do Teto Financeiro Global do Município, contida no Termo de Habilitação a que se refere o inciso V deste artigo, indicará o total de recursos definidos pela CIB para o Município, discriminando os recursos que serão pagos por prestação de serviços, quando for o caso, e a parcela a ser transferida de forma automática e regular fundo a fundo, com especificação dos seguintes itens:

I – Teto Financeiro para a Assistência do Município (TFAM), discriminando o que comporá o teto do Município, entre as parcelas abaixo:

a) de Atenção Hospitalar com especificação dos valores relativos à Autorização de Internação Hospitalar – AIH, ao Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa – FIDEPS e ao Índice de Valorização Hospitalar de Emergência – IVH-E;

b) de Atenção Ambulatorial com especificação dos valores relativos à assistência básica - parte fixa do Piso da Atenção Básica - PAB, à Fração Assistencial Especializada (FAE) e à Remuneração de Procedimentos de Alto Custo/Alta Complexidade;

c) dos Incentivos do Piso da Atenção Básica – Parte Variável, com especificação dos valores relativos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, à Assistência Farmacêutica Básica, ao Programa de Combate às Carências Nutricionais, às Ações



Básicas de Vigilância Sanitária e às Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

II – Teto Financeiro para Vigilância Sanitária (TFVS), compreendendo:

a) ações de média e de alta complexidade;

b) recursos do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária – PDAVS;

III – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

Art. 13. A habilitação à condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual ou à condição de Gestão Plena do Sistema Estadual dependerá do cumprimento de todos os requisitos descritos nos itens 16.2, 16.3.2 e 16.4.2, com assunção das respectivas responsabilidades previstas nos itens 16.1, 16.3.1 e 16.4.1 e garantia das prerrogativas definidas nos itens 16.3.3 e 16.4.3, todos da NOB SUS 01/96.

§ 1º Os requisitos comuns e específicos para habilitação de Estados a qualquer das duas condições de gestão e os instrumentos de comprovação de seu cumprimento são os constantes do Anexo 5.

§ 2º Os Estados atualmente habilitados nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a documentação complementar e a documentação anterior atualizada, para comprovação dos requisitos relativos à condição pleiteada de acordo com o item 17.2.3 da NOB SUS 01/96.

Art. 14. A habilitação de Estados às condições de gestão da NOB SUS 01/96 compreende as seguintes etapas e trâmites:

I – formação do processo de pleito de habilitação pelo gestor estadual;

II – apreciação e aprovação do processo pela CIB e preenchimento do Termo de Habilitação do Estado conforme Anexo 6 (Modelo E ou F);



III – aprovação do pleito pelo Conselho Estadual de Saúde – CES;

IV – publicação da aprovação do pleito no *Diário Oficial* do Estado;

V – encaminhamento de todo o processo do pleito de habilitação, pela CIB, ao Ministério da Saúde para análise na Secretaria Técnica da CIT;

VI – recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo e do Processo de Habilitação para:

a) as análises pertinentes;

b) solicitação à Secretaria Estadual de Saúde de esclarecimentos ou complementação do processo, se for o caso;

c) elaboração de parecer e expediente para encaminhamento e aprovação na CIT;

d) informação aos gestores interessados e órgãos do Ministério da Saúde sobre a habilitação do Estado, para as providências cabíveis;

e) arquivamento do processo;

VII – apreciação e aprovação do pleito pela CIT;

VIII – homologação, por Portaria expedida e publicada pelo Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes, de acordo com o item 17.3 da NOB SUS 01/96.

§ 1º Além dos documentos previstos neste artigo, será exigida, para habilitação, a Declaração do Teto Financeiro Global do Estado, nos termos da NOB SUS 01/96, definido pela CIT a partir da PPI, com a aprovação do gestor estadual.

§ 2º A Declaração do Teto Financeiro Global do Estado, contida no Termo de Habilitação a que se refere o inciso II



deste artigo, indicará a parcela a ser transferida de forma regular e automática fundo a fundo, ao Estado e aos Municípios, com especificação dos seguintes itens:

I – Teto Financeiro para a Assistência do Estado (TFAE), compreendendo as seguintes parcelas:

a) de Atenção Hospitalar com especificação dos valores relativos à Autorização de Internação Hospitalar – AIH, ao FIDEPS, e ao P, H-E;

b) de Atenção Ambulatorial com especificação dos valores relativos à assistência básica – parte fixa do Piso da Atenção Básica - PAB, à Fração Assistencial Especializada (FAE) e à Remuneração de Procedimentos de Alto Custo/Alta Complexidade;

c) dos Incentivos do Piso da Atenção Básica – Parte Variável, com especificação dos valores relativos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, à Assistência Farmacêutica Básica, ao Programa de Combate às Carências Nutricionais, às Ações Básicas de Vigilância Sanitária e às Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

II – Teto Financeiro para Vigilância Sanitária (TFVS), compreendendo as seguintes parcelas:

a) das ações de média e de alta complexidade;

b) recursos do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária – PDAVS;

III – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

Art. 15. O Ministério da Saúde editará norma operacional específica para regulamentar o processo de descentralização e reorganização das ações e serviços de vigilância e atenção à saúde do trabalhador e de vigilância do ambiente de trabalho, definindo as atribuições, responsabilidades e prerrogati-



vas de Municípios, Estados e do Distrito Federal, em conformidade com as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96.

Art. 16. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação, e torna sem efeito a Instrução Normativa nº 01/97 de 15 de maio de 1997.

Carlos César de Albuquerque



Índice dos anexos

ANEXO 1: Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica

ANEXO 2: Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios nas Condições de Gestão Incipiente e Parcial (NOB SUS 01/93) à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica

ANEXO 3: Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal

ANEXO 4: Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios Habilitados na Condição de Gestão Semiplena (NOB SUS 01/93) à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal

ANEXO 5: Sistematização do Processo de Habilitação de Estados :

5-1) Requisitos Comuns às duas Condições de Gestão

5-2) Requisitos Específicos para Habilitação à Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual

5-3) Requisitos Específicos para Habilitação à Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual

ANEXO 6: Termos de Habilitação Específicos para cada Condição de Gestão

Modelo A – Condição de Gestão Plena da Atenção Básica

Modelo B – Transição da Condição de Gestão Incipiente ou Parcial para a Gestão Plena da Atenção Básica

Modelo C – Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal

Modelo D – Transição da Condição de Gestão Semiplena para a Gestão Plena do Sistema Municipal

Modelo E – Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual

Modelo F – Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual

ANEXO 7: Formulários de Comprovação da Contrapartida de Recursos Financeiros

Tabela I – Execução Orçamentária de 1996 – Município

Tabela II – Execução Orçamentária de 1997 – Município

Tabela III – Previsão Orçamentária para 1998 – Município



Tabela IV – Execução Orçamentária de 1996 – Estado

Tabela V – Execução Orçamentária de 1997 – Estado

Tabela VI – Previsão Orçamentária para 1998 – Estado

ANEXO 8: Cadastro Financeiro no Banco do Brasil



Anexo 1

Sistematização do processo de habilitação de municípios à condição de gestão plena da atenção básica

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOB SUS 01/96: item 15.1.2)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
I.A - Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde - CMS.	- Ato legal de criação do CMS. - Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito
I.B - Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde - FMS.	- Ato legal de criação do FMS. - Cadastro Financeiro. - Extratos das contas do Fundo Municipal de Saúde referentes ao trimestre anterior.
I.C - Apresentar o Plano Municipal de Saúde - PMS e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do Estado bem assim da alocação dos recursos expressos na programação.	- Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal. - Ata do CMS aprovando o PMS. - Declaração do Teto Financeiro Global do Município
I.D - Comprovar a capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, pagamento, controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.	- Declaração da SES ou do DATASUS atestando que o Município tem condições de processar o SIA/SUS. - Declaração da SMS que cumpriu demais exigências deste requisito, explicitando, no caso da auditoria as responsabilidades do Município.
I.E - Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondentes à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.	- Formulário específico demonstrando a contrapartida financeira do ano e do exercício anterior, do total da receita do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação vigente.
I.F - Formalizar junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.	- Ofício do gestor municipal à CIB, solicitando habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos.
I.G - Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.	- Declaração da SMS atestando que o Município cumpriu este requisito.
I.H - Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.	- Ato que estabeleça atribuição e competência do poder público municipal para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
I.I - Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.	- Declaração da SMS de que o Município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece a legislação vigente. - Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades do Município e do Estado nas demais ações de vigilância epidemiológica.
I.J - Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.	- Declaração da SMS atestando que o Município cumpriu este requisito, explicitando no caso da auditoria as responsabilidades do Município.



Anexo 2
Sistematização do processo de habilitação de municípios habilitados nas condições de gestão incipiente e parcial (NOB SUS 01/93) à condição de gestão plena da atenção básica (NOB SUS 01/96)

REQUISITOS	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
2.1 - Ofício do gestor municipal pleiteando a alteração na condição de gestão	- Ofício do Gestor Municipal solicitando mudança de gestão
2.2 - Ata do CMS aprovando o pleito de mudança de habilitação	- Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de mudança de gestão
2.3 - Atas das três últimas reuniões do CMS	- Atas das reuniões
2.4 - Extratos de movimentação bancária do Fundo Municipal de Saúde relativos ao trimestre anterior à apresentação do pleito	- Extratos bancários das contas do Fundo Municipal de Saúde relativas ao último trimestre
2.5 - Comprovação, pelo gestor municipal, de condições técnicas para processar o SIA/SUS	- Declaração do gestor municipal, atestada pela SES, de que o município tem condições técnicas de processar o SIA/SUS
2.6 - Declaração do gestor municipal comprometendo-se a alimentar, junto à SES, o banco de dados nacional do SIA/SUS	- Declaração do gestor municipal que tem condições de manter o banco de dados do SIA/SUS
2.7 - Proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal	- Proposta de estruturação do serviço de controle e avaliação
2.8 - Comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos cobertos pelo PAB	- Ficha de Cadastro Ambulatorial atualizada e previsão de serviços a serem comprados em outro Município conforme o item 17.11 da NOB SUS 01/96
2.9 - Ata de aprovação do Relatório de Gestão no CMS	- Ata da reunião do CMS que aprovou o Relatório



Anexo 3
Sistematização do processo de habilitação de municípios à condição de gestão plena do sistema municipal

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOB SUS 01/96: item 15.2.2)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
3.A - Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde - CMS.	- Ato legal de criação do CMS. - Atas das reuniões do trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento.
3.B - Comprovar a operação do Fundo municipal de Saúde - FMS.	- Ato legal de criação do FMS. - Cadastro financeiro das contas do FMS. - Extrato das contas do FMS do último trimestre.
3.C - Participar da elaboração e implementação da PPI do Estado, bem assim da alocação dos recursos expressa na programação.	- Declaração da SMS e da SES atestando que o Município cumpriu este requisito. - Declaração do Teto Financeiro Global do Município.
3.D - Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto a contratação, ao pagamento, ao controle e auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como para avaliar o impacto das ações do sistema sobre a saúde dos seus munícipes.	- Declaração da SES assegurando que o Município tem condições de processar o SIA/SUS e SIH/SUS (quando disponível) - Declaração da SMS que cumpriu demais exigências deste requisito - Plano para organização do serviço municipal de controle, avaliação e auditoria aprovado pelo CMS - Comprovar existência de rubrica específica, no orçamento municipal que permita o pagamento de prestadores de serviços. - Declaração da SMS comprometendo-se a alimentar o Banco de Dados Nacional.
3.E - Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.	- Formulário específico da contrapartida em percentual, dos anos atual e anterior, do total da receita do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação vigente.
3.F - Formalizar junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.	- Ofício do gestor municipal à CIB solicitando habilitação e atestando o cumprimento dos requisitos. - Ata da reunião do CMS aprovando o pleito.
3.G - Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.	- Declaração da SMS atestando o cumprimento deste requisito.
3.H - Apresentar PMS, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do Município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.	- Plano Municipal de Saúde - PMS, atualizado para a presente gestão municipal. - Ata do CMS aprovando o PMS.

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOB SUS 01/96: item 15.2.2)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
3.I - Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.	<ul style="list-style-type: none"> - Ato legal que estabeleça atribuição e competência do poder de polícia administrativa e sanitária no Município; - Regulamentação que defina a unidade organizacional, as instâncias de recurso, os mecanismos processuais e os recursos humanos necessários à execução das ações de vigilância sanitária; - Declaração da SMS atestando que possui técnicos habilitados e em quantidade suficiente para as ações de Vigilância Sanitária.
3.J - Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.	<ul style="list-style-type: none"> - Declaração da SMS de que o Município se compromete a cumprir este requisito, sendo capaz de realizar notificação de doenças conforme estabelece a legislação vigente, investigação epidemiológica, incluindo obrigatoriamente, os óbitos infantis e maternos e consolidação e análise de dados. - Declaração conjunta da SMS e da SES explicitando as responsabilidades de cada instância no controle de vetores de zoonoses. - Declaração da SMS de que o Município se compromete a implantar o SIM, SINASC e SINAM.
3.K - Apresentar o Relatório de Gestão, do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.	<ul style="list-style-type: none"> - Relatório de Gestão. - Ata de aprovação do Relatório de Gestão, pelo CMS.
3.L - Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.	<ul style="list-style-type: none"> - FCA - Ficha de Cadastro Ambulatorial, atualizada comprovando o requisito.
3.M - Comprovar a estruturação do componente municipal do SNA.	<ul style="list-style-type: none"> - Ato legal de criação do componente municipal do SNA.
3.N - Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.	<ul style="list-style-type: none"> - Declaração da SMS e da SES atestando o cumprimento deste requisito.



Anexo 4
Sistematização do processo de habilitação de municípios habilitados na condição de gestão simplificada (NOB SUS 01/93) à condição de gestão plena do sistema municipal (NOB SUS 01/96: item 17.2.2)

REQUISITOS	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
4.1 - Aprovação do Relatório de Gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente	- Ata da reunião do CMS que aprovou o Relatório
4.2 - A existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio Município ou contratados de outro gestor municipal	- Ficha de Cadastro Ambulatorial atualizada
4.3 - A estruturação do componente municipal do SNA	- Ato legal de criação do componente municipal
4.4 - A integração e articulação do Município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI.	- Declaração do Gestor Municipal e do Gestor Estadual

Caso o Município não atenda ao requisito 4.4, poderá ser enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1.



Anexo 5

Sistematização do processo de habilitação de Estados

5-1) Requisitos comuns às duas condições de gestão (NOB SUS 01/96: item 16.2)

REQUISITOS COMUNS ÀS DUAS CONDIÇÕES DE GESTÃO	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
5.A - Comprovar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde - CES.	- Ato legal de criação do CES. - Atas das reuniões do trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento.
5.B - Comprovar o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite - CIB.	- Ato legal de criação. - Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito.
5.C - Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde - FES.	- Ato legal de criação do FES. - Cadastro financeiro. - Extratos das contas do FES do último trimestre
5.D - Apresentar o PES, aprovado pelo CES, que deve conter: - as metas pactuadas; - a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo de epidemiologia e de controle de doenças - incluindo, entre outras, as atividades da vacinação de controle de vetores e de reservatórios - de saneamento, de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas; - as estratégias de descentralização das ações de saúde para Municípios; - as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e - os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais será efetuado o acompanhamento das ações.	- Apresentar o Plano Estadual de Saúde - PES, atualizado para a presente gestão estadual. - Ata da reunião do CES que aprovou o Plano Estadual de Saúde - PES.
5.E - Apresentar Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.	- Apresentar Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito. - Ata da reunião do CES que aprovou o relatório de gestão.
5.F - Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos Municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão	- Declaração da CIB atestando a referida transferência, nos termos do modelo de gestão e da estratégia de descentralização pactuados na CIB, para o Estado.
5.G - Comprovar a estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria - SNA.	- Ato legal de criação do componente estadual do SNA. - Plano de estruturação do componente estadual do SNA, aprovado pelo CES.



5-1) Requisitos comuns às duas condições de gestão (NOB SUS 01/96:
item 16.2)

REQUISITOS COMUNS ÀS DUAS CONDIÇÕES DE GESTÃO (NOB SUS 01/96: item 16.2)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
5.H - Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto a contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto a avaliação do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde da população do Estado.	Declaração do DATASUS atestando que a SES está em condições técnicas de processar o SIA/SUS e o SIH/SUS. - Plano para organização do controle e avaliação e auditoria no Estado, aprovado pelo CES. - Rubrica específica no orçamento do exercício que permita a transferência dos recursos financeiros do FES, para os FMS e pagamento de prestadores de serviço.
5.I - Comprovar dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação em vigor.	- Formulário específico da contrapartida em percentual, dos anos atual e anterior, do total da receita do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação vigente
5.J - Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.	- Declaração da CIB atestando o cumprimento do conjunto de requisitos gerais e específicos. - Ata da reunião do CES que aprovou o pleito.
5.K - Comprovar a criação, na SES, do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia.	- Ato formal da SES criando o Comitê Interinstitucional de Epidemiologia.
5.L - Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no Estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.	- Código Sanitário Estadual, acompanhado do ato legal de aprovação; - Ato legal que estabeleça atribuição e competência do poder de polícia administrativa e sanitária no Estado; - Regulamentação que defina a unidade organizacional de vigilância sanitária, as instâncias de recurso, os mecanismos processuais e os recursos humanos necessários à execução das ações de vigilância sanitária; - Plano de ação anual aprovado pelo CES; - Declaração da SES atestando que possui técnicos habilitados e em quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária.
5.M - Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica no Estado.	- Apresentação da(s) estrutura(s) organizacional(is) e o(s) respectivo(s) regulamento(s) que comprove(m) as atribuições pertinentes às ações de vigilância epidemiológica, controle de vetores e zoonoses e endemias. - Apresentação de relatórios atualizados que comprovem a alimentação, pela SES, dos bancos de dados do SIM, SINAM e SINASC. - Declaração da SES se comprometendo a implantar e alimentar, de forma regular, os bancos de dados da vigilância epidemiológica. - Apresentação, pela SES, de cronograma aprovado pela CIB contendo a meta de implantação do SIM, SINAM e SINASC em todos os Municípios com população acima de 50.000 habitantes.



5-2) Requisitos específicos para habilitação à condição de gestão Avançada do sistema estadual (NOB SUS 01/96: item 16.3.2)

REQUISITOS ESPECÍFICOS: CONDIÇÃO DE GESTÃO AVANÇADA	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
5.N - Apresentar a PPI ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.	- PPI de acordo com critérios definidos na CIT. - Declaração de aprovação na CIB - Ata de aprovação da PPI no CES - Declaração do Teto Financeiro Global do Estado
5.O - Dispor de 60% dos Municípios do Estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos Municípios habilitados, desde que nestes, residam 60% população.	- Declaração da CIB, ratificada pelo Ministério da Saúde (Secretaria Técnica da CIT), atestando que o Estado cumpre este requisito.
5.P - Dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos Municípios.	- Declaração da CIB ratificada pelo Ministério da Saúde (Secretaria Técnica da CIT), atestando que o Estado cumpre este requisito.

5-3) Requisitos específicos para habilitação à condição de gestão Plena do sistema estadual (NOB SUS 01/96: item 16.4.2)

REQUISITOS ESPECÍFICOS: CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
5.Q - Comprovar a implementação da Programação Integrada (PPI) das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.	- PPI de acordo com critérios definidos na CIT. - Declaração de aprovação na CIB - Ata de aprovação do PPI no CES - Declaração do Teto Financeiro Global do Estado
5.R - Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto custo e/ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.	- Declaração da CIB atestando que SES dispõe de mecanismos de controle e de garantia da referência intermunicipal.
5.S - Dispor de 80% dos Municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos Municípios, desde que, nestes residam 80% da população.	- Declaração da CIB ratificada pelo Ministério da Saúde (Secretaria Técnica da CIT), atestando que o Estado cumpre este requisito.
5.T - Dispor de 50% do valor do TFA do Estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos Municípios.	- Declaração da CIB ratificada pelo Ministério da Saúde (Secretaria Técnica da CIT), atestando que o Estado cumpre este requisito.



Anexo 6 – Modelo A - Termo de habilitação

Município pleiteante à condição de gestão plena da atenção básica NOB-SUS 01/96

Município _____ UF _____
 Prefeito Municipal _____
 Secretário Municipal da Saúde _____
 Endereço da SMS _____
 CEP: _____ Tel: () _____ Fax: () _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO ANEXO 1 DA I.N. Nº 01/98

	SIM	NÃO
1.A - Conselho Municipal de Saúde		
Ato legal de criação do CMS Data / /	()	()
Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação Data / /	()	()
1.B - Fundo Municipal de Saúde		
Ato legal de criação do FMS Data / /	()	()
Cadastro Financeiro	()	()
Extratos das contas do FMS relativos ao último trimestre	()	()
1.C - Plano Municipal de Saúde		
PMS atualizado para a presente gestão municipal Período:	()	()
Ata da reunião do CMS que aprovou o PMS atualizado Data / /	()	()
Declaração do Teto Financeiro Global do Município - TFGM	()	()
1.D - Contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços		
Declaração da SES ou do DATASUS referente ao processamento do SIA/SUS pelo Município	()	()
Declaração da SMS que cumpriu todas as exigências desse requisito	()	()
1.E - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal		
Formulário específico demonstrando a contrapartida dos anos atual e anterior	()	()
1.F - Formalização do pleito de habilitação		
Ofício do gestor municipal à CIB	()	()
1.G - Designação de médico		
Declaração da SMS	()	()
1.H - Vigilância Sanitária		
Ato que estabelece atribuição e competência da Vigilância Sanitária Data / /	()	()
1.I - Vigilância Epidemiológica		
Declaração da SES se comprometendo a cumprir este requisito	()	()
Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades na vigilância epidemiológica	()	()
1.J - Recursos humanos para supervisão e auditoria		
Declaração da SMS que cumpriu todas as exigências desse requisito	()	()

158

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo na CIB / / Data de conclusão da análise / /

Responsável pela análise do processo: _____ Ass.: _____

Comentários: _____



Anexo 6 – Modelo A (Continuação)

Município _____ UF _____

DECLARAÇÃO DO TETO FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO
Declaro que estou de acordo com o teto abaixo definido para o Município

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde _____

ITEM	Parcela para transferência fundo a fundo	Pagamento por serviços prestados
1. Teto Financeiro para a Assistência (TFAM)		
1.1. Atenção Hospitalar		
1.1.1. AIH		
1.1.2. FIDEPS		
1.1.3. IVH-E		
1.2. Atenção Ambulatorial		
1.2.1. Piso da Atenção Básica - Parte Fixa		
1.2.2. Fração Assistencial Especializada (FAE)		
1.2.3. Procedimentos de Alta Complexidade		
1.3. Incentivos: PAB - Parte Variável		
1.3.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde		
1.3.2. Programa de Saúde da Família		
1.3.3. Assistência Farmacêutica Básica		
1.3.4. Programa de Combate às Carências Nutricionais		
1.3.5. Ações Básicas de Vigilância Sanitária		
1.3.6. Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental		
2. Teto Financeiro para a Vigilância Sanitária (TFVS)		
2.1. Média e Alta Compl. da Vigilância Sanitária		
2.2. PDAVS		
3. Teto Financeiro de Epidemiol. e Contr. Doenças (TFECD)		
4. TETO FINANC. GLOBAL MUNICÍPIO (TFGM)		

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

Aprovado na Reunião de: / / Deliberação nº , de / /

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

159

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada / / Data de conclusão da análise / /

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não ()

Data de Publicação: / /

Responsável pela análise do Termo: _____

Ass.: _____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: / / Publicação no D.O.U. / / Portaria nº ___/___

MS _____ CONASS _____ CONASEM _____



Anexo 6 – Modelo B
Termo de habilitado na condição
de gestão incipiente ou parcial, nos
termos da NOB SUS 01/93, pleiteante à
condição de gestão plena da atenção básica
NOB SUS 01/96

Município _____ UF _____
 Prefeito Municipal _____
 Secretário Municipal da Saúde _____
 Endereço da SMS _____
 CEP: _____ Tel: () _____ Fax: () _____
 Condição de gestão anterior nos termos da NOB/93: _____ Portaria SAS/MS nº _____ de / /

**AValiação DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO **
COM O ESTABELECIDO NO ANEXO 2 DA I.N. Nº 01/98

2.1 - Formalização do pleito de mudança de condição de gestão Ofício do Gestor Municipal solicitando mudança de gestão	SIM NÃO () ()
2.2 - Conselho Municipal de Saúde Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de mudança de gestão Data / /	() ()
2.3 - Conselho Municipal de Saúde Atas das 3 últimas reuniões do CMS Meses:	() ()
2.4 - Fundo Municipal de Saúde Extratos das contas do FMS relativos ao trimestre anterior	() ()
2.5 - Processamento do SIA/SUS Declaração do Gestor Municipal, atestada pela SES, de que o município tem condições de processar o SIA/SUS	() ()
2.6 - Alimentação do banco de dados do SIA/SUS Declaração do Gestor Municipal que tem condições de manter o banco de dados do SIA/SUS	() ()
2.7 - Controle e Avaliação Proposta de estruturação do serviço de controle e avaliação	() ()
2.8 - Procedimentos cobertos pelo PAB Ficha de Cadastro Ambulatorial atualizada Atualizada em: / /	() ()
2.9 - Relatório de Gestão Ata da reunião do CMS que aprovou o Relatório Data: / /	() ()

160

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.
 Data de entrada do processo na CIB / / Data de conclusão da análise / /
 Responsável pela análise do processo: _____ Ass.: _____
 Comentários: _____



Anexo 6 – Modelo B
Termo de habilitação na condição
de gestão incipiente ou parcial, nos
termos da NOB SUS 01/93, pleiteante à
condição de gestão plena da atenção básica
NOB SUS 01/96

Município _____ UF _____
 Prefeito Municipal _____
 Secretário Municipal da Saúde _____
 Endereço da SMS _____
 CEP: _____ Tel: () _____ Fax: () _____
 Condição de gestão anterior nos termos da NOB/93: _____ Portaria SAS/MS nº _____ de / /

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO \
 COM O ESTABELECIDO NO ANEXO 2 DA I.N. Nº 01/98

2.1 - Formalização do pleito de mudança de condição de gestão Ofício do Gestor Municipal solicitando mudança de gestão	SIM NÃO () ()
2.2 - Conselho Municipal de Saúde Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de mudança de gestão Data / /	() ()
2.3 - Conselho Municipal de Saúde Atas das 3 últimas reuniões do CMS Meses:	() ()
2.4 - Fundo Municipal de Saúde Extratos das contas do FMS relativos ao trimestre anterior	() ()
2.5 - Processamento do SIA/SUS Declaração do Gestor Municipal, atestada pela SES, de que o município tem condições de processar o SIA/SUS	() ()
2.6 - Alimentação do banco de dados do SIA/SUS Declaração do Gestor Municipal que tem condições de manter o banco de dados do SIA/SUS	() ()
2.7 - Controle e Avaliação Proposta de estruturação do serviço de controle e avaliação	() ()
2.8 - Procedimentos cobertos pelo PAB Ficha de Cadastro Ambulatorial atualizada Atualizada em: / /	() ()
2.9 - Relatório de Gestão Ata da reunião do CMS que aprovou o Relatório Data: / /	() ()

160

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.
 Data de entrada do processo na CIB / / Data de conclusão da análise / /
 Responsável pela análise do processo: _____ Ass.: _____
 Comentários: _____

Anexo 6 – Modelo B (Continuação)

Município _____ UF _____

DECLARAÇÃO DO TETO FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO
Declaro que estou de acordo com o teto abaixo definido para o Município

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

ITEM	Parcela para transferência fundo a fundo	Pagamento por serviços prestados
1. Teto Financeiro para a Assistência (TFAM)		
1.1. Atenção Hospitalar		
1.1.1. AIH		
1.1.2. FIDEPS		
1.1.3. IVH-E		
1.2. Atenção Ambulatorial		
1.2.1. Piso da Atenção Básica - Parte Fixa		
1.2.2. Fração Assistencial Especializada (FAE)		
1.2.3. Procedimentos de Alta Complexidade		
1.3. Incentivos: PAB - Parte Variável		
1.3.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde		
1.3.2. Programa de Saúde da Família		
1.3.3. Assistência Farmacêutica Básica		
1.3.4. Programa de Combate às Carências Nutricionais		
1.3.5. Ações Básicas de Vigilância Sanitária		
1.3.6. Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental		
2. Teto Financeiro para a Vigilância Sanitária (TFVS)		
2.1. Média e Alta Compl. Da Vigilância Sanitária		
2.2. PDAVS		
3. Teto Financeiro de Epidemiol. e Contr. Doenças (TFECD)		
4. TETO FINANC. GLOBAL MUNICÍPIO (TFGM)		

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

Aprovado na Reunião de: / / Deliberação nº , de / /

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada / / Data de conclusão da análise / /

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não ()

Data de Publicação: / /

Responsável pela análise do Termo: _____

Ass.: _____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: / / Publicação no D.O.U. / / Portaria nº ___/___

MS

CONASS

CONASEM



Anexo 6 – Modelo C – Termo de habilitação

Município pleiteante à condição de gestão plena do sistema municipal

NOB-SUS 01/96

Município _____ UF _____
Prefeito Municipal _____
Secretário Municipal da Saúde _____
Endereço da SMS _____
CEP: _____ Tel: () _____ Fax: () _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO ANEXO 3 DA I.N. Nº 01/98

3.A - Conselho Municipal de Saúde		SIM	NÃO
Ato legal de criação do CMS Data / /		()	()
Atas das reuniões do último trimestre Número de reuniões:		()	()
3.B - Fundo Municipal de Saúde			
Ato legal de criação do FMS Data / /		()	()
Cadastro Financeiro		()	()
Extratos das contas do FMS relativos ao último trimestre		()	()
3.C - Programação Pactuada e Integrada			
Declaração da SMS e da SES atestando o cumprimento desse requisito		()	()
Declaração do Teto Financeiro Global do Município - TFGM		()	()
3.D - Contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços			
Declaração da SES referente ao processamento do SIA/SUS e SIH/SUS pelo Município		()	()
Declaração da SMS que cumpriu todas as exigências desse requisito		()	()
Plano para organização do serviço aprovado no CMS		()	()
Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores de serviços		()	()
Declaração da SMS comprometendo-se a alimentar o Banco de Dados Nacional		()	()
3.E - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal			
Formulário específico demonstrando a contrapartida dos anos atual e anterior		()	()
3.F - Formalização do pleito de habilitação			
Ofício do Gestor Municipal à CIB		()	()
Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação Data / /		()	()
3.G - Designação de médico			
Declaração da SMS que cumpriu todas as exigências desse requisito		()	()
3.H - Plano Municipal de Saúde			
PMS atualizado para a presente gestão municipal Período:			
Ata da reunião do CMS que aprovou o PMS atualizado Data / /		()	()
3.I - Vigilância Sanitária			
Ato que estabelece atribuição e competência da Vigilância Sanitária Data / /		()	()
Regulamentação das ações de Vigilância Sanitária Data / /		()	()
Declaração da SMS referente aos recursos humanos		()	()
3.J - Vigilância Epidemiológica			
Declaração da SMS se comprometendo a cumprir o requisito		()	()
Declaração SMS e SES definindo responsabilidade no controle de vetores e zoonoses		()	()
Declaração da SMS se comprometendo a implantar bancos de dados		()	()
3.K - Relatório de Gestão			
Relatório do ano anterior à solicitação do pleito Ano:		()	()
Ata da reunião do CMS que aprovou o Relatório Data / /		()	()
3.L - PAB e serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas			
Ficha de Cadastro Ambulatorial atualizada Atualizada em: / /		()	()
3.M - Sistema Nacional de Auditoria			
Ato legal de criação do componente municipal Data / /		()	()
3.N - Recursos humanos para supervisão e auditoria da rede			
Declaração da SMS e da SES atestando o cumprimento desse requisito		()	()

Anexo 6 – Modelo C (Continuação)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.
 Data de entrada do processo na CIB / / Data de conclusão da análise / /
 Responsável pela análise do processo: _____ Ass.: _____
 Comentários: _____

DECLARAÇÃO DO TETO FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO

Declaro que estou de acordo com o teto abaixo definido para o Município

 Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

ITEM	Parcela para transferência fundo a fundo	Pagamento por serviços prestados
1. Teto Financeiro para a Assistência (TFAM)		
1.1. Atenção Hospitalar		
1.1.1. AIH		
1.1.2. FIDEPS		
1.1.3. IVH-E		
1.2. Atenção Ambulatorial		
1.2.1. Piso da Atenção Básica - Parte Fixa		
1.2.2. Fração Assistencial Especializada (FAE)		
1.2.3. Procedimentos de Alta Complexidade		
1.3. Incentivos: PAB - Parte Variável		
1.3.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde		
1.3.2. Programa de Saúde da Família		
1.3.3. Assistência Farmacêutica Básica		
1.3.4. Programa de Combate às Carências Nutricionais		
1.3.5. Ações Básicas de Vigilância Sanitária		
1.3.6. Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental		
2. Teto Financeiro para a Vigilância Sanitária (TFVS)		
2.1. Média e Alta Compl. da Vigilância Sanitária		
2.2. PDAVS		
3. Teto Financeiro de Epidemiol. e Contr. Doenças (TFECD)		
4. TETO FINANC. GLOBAL MUNICÍPIO (TFGM)		

163

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

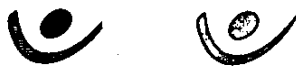
Aprovado na Reunião de: / / Deliberação nº , de / /
 SES: _____ Ass.: _____
 COSEMS: _____ Ass.: _____
 Comentários: _____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada / / Data de conclusão da análise / /
 Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não ()
 Data de Publicação: / /
 Responsável pela análise do Termo: _____
 Ass.: _____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: / / Publicação no D.O.U. / / Portaria nº / /
 _____ MS _____ CONASS _____ CONASEM



Anexo 6 - Modelo D - Termo de habilitação

**Município habilitado na condição de gestão
sempierna, nos termos da NOB SUS 01/93,
pleiteante à condição de gestão plena do
sistema municipal NOB SUS 01/96**

Município _____ UF _____
Prefeito Municipal _____
Secretário Municipal da Saúde _____
Endereço da SMS _____
CEP: _____ Tel: () _____ Fax: () _____
Portaria SAS/MS de habilitação à condição de gestão semiplena nº _____ de / /

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO ANEXO 1 DA I.N. Nº 01/98

- 4.1 - Relatório de Gestão SIM NÃO
Ata da reunião do CMS que aprovou o Relatório Data / / () ()
- 4.2 - Procedimentos cobertos pelo PAB e serviços de apoio diagnóstico
em patologia clínica e radiologia básicas () ()
Ficha de Cadastro Ambulatorial atualizada Atualizada em: / / () ()
- 4.3 - Sistema Nacional de Auditoria
Ato legal de criação do componente municipal Data / / () ()
- 4.4 - Programação Pactuada e Integrada
Declaração do Gestor Municipal e do Gestor Estadual () ()

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.
Data de entrada do processo na CIB / / Data de conclusão da análise / /
Responsável pela análise do processo: _____ Ass.: _____
Comentários: _____

Município _____ UF _____

DECLARAÇÃO DO TETO FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO
Declaro que estou de acordo com o teto abaixo definido para o Município

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

ITEM	Parcela para transferencia fundo a fundo	Pagamento por serviços prestados
1. Teto Financeiro para a Assistência (TFAM)		
1.1. Atenção Hospitalar		
1.1.1. AIH		
1.1.2. FIDEPS		
1.1.3. IVH-E		
1.2. Atenção Ambulatorial		
1.2.1. Piso da Atenção Básica - Parte Fixa		
1.2.2. Fração Assistencial Especializada (FAE)		
1.2.3. Procedimentos de Alta Complexidade		
1.3. Incentivos: PAB - Parte Variável		
1.3.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde		
1.3.2. Programa de Saúde da Família		
1.3.3. Assistência Farmacêutica Básica		
1.3.4. Programa de Combate às Carências Nutricionais		
1.3.5. Ações Básicas de Vigilância Sanitária		
1.3.6. Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental		
2. Teto Financeiro para a Vigilância Sanitária (TFVS)		
2.1. Média e Alta Compl. da Vigilância Sanitária		
2.2. PDAVS		
3. Teto Financeiro de Epidemiol. e Contr. Doenças (TFECD)		
4. TETO FINANC. GLOBAL MUNICÍPIO (TFGM)		



Anexo 6 – Modelo D (Continuação)

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

Aprovado na Reunião de: / / Deliberação nº , de / /

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada / / Data de conclusão da análise / /

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não ()

Data de Publicação: / /

Responsável pela análise do Termo: _____

Ass.: _____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: / / Publicação no D.O.U. / / Portaria nº ___/___

MS CONASS CONASEM



Anexo 6 - Modelo E
Estado pleiteante a condição de
gestão avançada do sistema estadual
NOB SUS 01/96

Município _____ UF _____
Prefeito Municipal _____
Secretário Municipal da Saúde _____
Endereço da SMS _____
CEP: _____ Tel: () _____ Fax: () _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO
COM O ESTABELECIDO NO ANEXO 5 DA I.N. Nº 01/98

	SIM	NÃO
5.A - Conselho Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do CES Data / /	()	()
Atas das reuniões do trimestre anterior Número de reuniões:	()	()
5.B - Comissão Intergestores Bipartite		
Ato legal de criação da CIB Data / /	()	()
Atas das reuniões do trimestre anterior Número de reuniões:	()	()
5.C - Fundo Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do FES Data / /	()	()
Cadastro Financeiro	()	()
Extratos das contas do FES relativos ao último trimestre	()	()
5.D - Plano Estadual de Saúde		
PES atualizado para a presente gestão estadual Período:	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o PES atualizado Data / /	()	()
5.E - Relatório de Gestão		
Relatório do ano anterior à solicitação do pleito Ano:	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório Data / /	()	()
5.F - Transf. da gestão da atenção hosp. e amb. aos Municípios habilitados		
Declaração da CIB	()	()
5.G - Sistema Nacional de Auditoria		
Ato legal de criação do componente estadual Data / /	()	()
Plano de estruturação aprovado no CES Data de aprovação: / /	()	()
5.H - Contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços		
Declaração do DATASUS referente ao processamento do SIA/SUS e SIH/SUS pelo Estado	()	()
Plano de organização das ações aprovado no CES Data de aprovação: / /	()	()
Rubrica orçamentária específica p/ transf. de rec. entre FES e FMS e pagamento de prestadores	()	()
5.I - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual		
Formulário específico demonstrando a contrapartida dos anos atual e anterior	()	()
5.J - Formalização do pleito de habilitação		
Declaração da CIB atestando o cumprimento dos requisitos	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o pleito de habilitação Data / /	()	()
5.K - Comitê Interinstitucional de Epidemiologia		
Ato formal de criação Data / /	()	()
5.L - Vigilância Sanitária		
Código Sanitário Estadual e ato Legal de aprovação Data / /	()	()
Ato legal de criação da Vigilância Sanitária no Estado Data / /	()	()
Regulamentação das ações de Vigilância Sanitária Data / /	()	()
Plano de ação anual aprovado no CES Data de aprovação: / /	()	()
Declaração da SES	()	()
5.M - Vigilância Epidemiológica		
Estrutura organizacional e respectivo regulamento da vigilância epidemiológica na SES	()	()
Relatórios atualizados que comprovem a alimentação dos bancos de dados	()	()
Declaração da SES se comprometendo a alimentar os bancos de dados	()	()
Cronograma de implantação dos Sistemas de Informações definidos	()	()
5.N - Programação Pactuada e Integrada PPI		
Declaração de aprovação na CIB	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou a PPI	()	()
Declaração do Teto Financeiro Global do Estado - TFGE	()	()
5.O - Índice de Descentralização		
Declaração da CIB	()	()
5.P - Transferências do TFA aos Municípios		
Declaração da CIB	()	()

Anexo 6 – Modelo E (Continuação)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.
 Data de entrada do processo na CIB / / Data de conclusão da análise / /
 Responsável pela análise do processo: _____ Ass.: _____
 Comentários: _____

DECLARAÇÃO DO TETO FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO
 Declaro que estou de acordo com o teto abaixo definido para o Município

 Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

ITEM	Teto financeiro	Parcela para transferência fundo a fundo	
		Ao Estado	Aos Municípios
1. Teto Financeiro para a Assistência (TFAM)			
1.1. Atenção Hospitalar			
1.1.1. AIH			
1.1.2. FIDEPS			
1.1.3. IVH-E			
1.2. Atenção Ambulatorial			
1.2.1. Piso da Atenção Básica - Parte Fixa			
1.2.2. Fração Assistencial Especializada (FAE)			
1.2.3. Procedimentos de Alta Complexidade			
1.3. Incentivos: PAB - Parte Variável			
1.3.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde	não se aplica		
1.3.2. Programa de Saúde da Família	não se aplica		
1.3.3. Assistência Farmacêutica Básica			
1.3.4. Programa de Combate às Carências Nutricionais			
1.3.5. Ações Básicas de Vigilância Sanitária			
1.3.6. Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental			
2. Teto Financeiro para a Vigilância Sanitária (TFVS)			
2.1. Média e Alta Compl. da Vigilância Sanitária			
2.2. PDAVS			
3. Teto Financeiro de Epidemiol. e Contr. Doenças (TFECD)			
4. TETO FINANC. GLOBAL MUNICÍPIO (TFGM)			

167

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

Aprovado na Reunião de: / / Deliberação nº , de / /

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada / / Data de conclusão da análise / /

Ratificação da SAS da Declaração da CIB referente aos itens:

5.0 - Índice de Descentralização Sim () Não ()

5.P - Transferências do TFA aos Municípios Sim () Não ()

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não ()

Data de Publicação: / /

Responsável pela análise do Termo: _____

Ass.: _____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: / / Publicação no D.O.U. / / Portaria nº /

MS

CONASS

CONASEM



Anexo 6 – Modelo F
Termo de habilitação
estado pleiteante à condição de gestão
plena do sistema estadual
NOB SUS 01/96

Município _____ UF _____
 Prefeito Municipal _____
 Secretário Municipal da Saúde _____
 Endereço da SMS _____
 CEP: _____ Tel: () _____ Fax: () _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO
COM O ESTABELECIDO NO ANEXO 5 DA I.N. Nº 01/98

	SIM	NÃO
5.A - Conselho Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do CES Data / /	()	()
Atas das reuniões do trimestre anterior Número de reuniões:	()	()
5.B - Comissão Intergestores Bipartite		
Ato legal de criação da CIB Data / /	()	()
Atas das reuniões do trimestre anterior Número de reuniões:	()	()
5.C - Fundo Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do FES Data / /	()	()
Cadastro Financeiro	()	()
Extratos das contas do FES relativos ao último trimestre	()	()
5.D - Plano Estadual de Saúde		
PES atualizado para a presente gestão Período:		
Ata da reunião do CES que aprovou o PES atualizado Data / /	()	()
5.E - Relatório de Gestão		
Relatório do ano anterior à solicitação do pleito Ano:		
Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório Data / /	()	()
5.F - Transf. da gestão da atenção hosp. e amb. aos Municípios habilitados		
Declaração da CIB	()	()
5.G - Sistema Nacional de Auditoria		
Ato legal de criação do componente estadual Data / /	()	()
Plano de estruturação aprovado na CIB Data de aprovação: / /	()	()
5.H - Contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços		
Declaração do DATASUS referente ao processamento do SIA/SUS e		
SIH/SUS pelo Estado	()	()
Plano de organização das ações aprovado na CIB Data da		
aprovação: / /	()	()
Rubrica orçamentária específica p/ transf. de rec. entre FES e FMS	()	()
e pagamento de prestadores	()	()
5.I - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual		
Formulário específico demonstrando a contrapartida dos anos atual e anterior	()	()
5.J - Formalização do pleito de habilitação		
Declaração da CIB atestando o cumprimento dos requisitos		
Ata da reunião do CES que aprovou o pleito de habilitação Data / /	()	()
5.K - Comitê Interinstitucional de Epidemiologia		
Ato formal de criação Data / /	()	()
5.L - Vigilância Sanitária		
Ato legal de criação da Vigilância Sanitária no Estado Data / /	()	()
Código Sanitário Estadual e ato legal de aprovação Data / /	()	()
Regulamentação das ações de Vigilância Sanitária Data / /	()	()
Plano de ação anual aprovado pelo CES Data de aprovação: / /	()	()
Declaração da SES	()	()
5.M - Vigilância Epidemiológica		
Estrutura organizacional e respectivo regulamento da vigilância		
epidemiológica na SES	()	()
Relatórios atualizados que comprovem a alimentação dos bancos de dados	()	()
Declaração da SES se comprometendo a alimentar os bancos de dados	()	()
Cronograma de implantação dos Sistemas de Informações definidos	()	()
5.Q - Programação Pactuada e Integrada		
PPI implementada		
Declaração de aprovação na CIB		
Ata da reunião do CES que aprovou a PPI		
Declaração do Teto Financeiro Global do Estado - TFGE		
5.R - Operacionalização de Mecanismo de Contr. da Prestação de Serviços Assistenciais		
Declaração da CIB	()	()
5.S - Índice de Descentralização		
Declaração da CIB	()	()
5.T - Transferências do TFA aos Municípios		
Declaração da CIB	()	()



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESAS COM SAÚDE POR ITENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS					TOTAL GERAL (6=1+4+)
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV. FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAIS (4=2+3)	FED. DO SUS (2)	
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
1 - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
IPTU		Pessoal						
ISS		Outros Custeios						
ITBI								
---		II - Despesas de Capital						
II - Receitas de Transferências		Investimento						
FPM		Outras Despesas						
ICMS		TOTAL						
IPVA								
FUNDO DE EXPORTAÇÃO		I. PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO						
IOF - S/OURO		1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS =						
		GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE						
		<hr/>						
		SUBTOTAL "A" %						
III - Juros e Multas		1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =						
Sobre Receitas Acima		GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE						
		<hr/>						
		TOTAL GERAL DA RECEITA %						
IV - Receitas Patrimoniais		1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =						
Diversos		GASTOS TOTAIS COM SAÚDE						
		<hr/>						
		TOTAL GERAL DA RECEITA %						
SUBTOTAL - A								
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transf. P/ SAÚDE								
Do SUS								
CONVÊNIO FEDERAIS								
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B								
TOTAL GERAL DA RECEITA								

NOTA: Não incluir nas Receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESAS COM SAÚDE POR ITENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS						TOTAL GERAL (6=1+4)
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV. FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAIS (4=2+3)	FED. DO SUS (2)	CONV. ESTADUAIS (5)	
A - RECEITAS MUNICIPAIS									
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes							
IPTU		Pessoal							
ISS		Outros Custeios							
ITBI									
---		II - Despesas de Capital							
II - Receitas de Transferências		Investimento							
FPM		Outras Despesas							
ICMS		TOTAL							
IPVA									
FUNDO DE EXPORTAÇÃO									
IOF - S/OURO									
III - Juros e Multas									
Sobre Receitas Acima									
IV - Receitas Patrimoniais									
Diversos									
SUBTOTAL - A									
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES									
V - Outras Transf. P/ SAÚDE									
Do SUS									
CONVÊNIOS FEDERAIS									
CONVÊNIOS ESTADUAIS									
CONVÊNIOS DIVERSOS									
SUBTOTAL - B									
TOTAL GERAL DA RECEITA									

1. PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO ESTADO	
1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS =	GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE
	<hr/>
	SUBTOTAL "A" %
1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =	GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE
	<hr/>
	TOTAL GERAL DA RECEITA %
1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =	GASTOS TOTAIS COM SAÚDE
	<hr/>
	TOTAL GERAL DA RECEITA %

NOTA: Não incluir nas Receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições



ESTADO

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESAS COM SAÚDE POR ITENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS					TOTAL GERAL (6=1+4+)
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV. FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAIS (4=2+3)	FED. DO SUS (2)	
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
		Pessoal						
		Outros Custeios						
II - Receitas de Transferências		II - Despesas de Capital						
		Investimento						
		Outras Despesas						
		TOTAL						
FUNDO DE EXPORTAÇÃO		1. PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO						
		1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS =						
		GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE						
		<hr/>						
		SUBTOTAL "A" %						
		1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =						
		GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE						
		<hr/>						
		TOTAL GERAL DA RECEITA %						
		1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =						
		GASTOS TOTAIS COM SAÚDE						
		<hr/>						
		TOTAL GERAL DA RECEITA %						
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transf. P/ SAÚDE								
CONVÊNIO FEDERAIS								
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B								
TOTAL GERAL DA RECEITA								

NOTA: Não incluir nas Receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições

ESTADO

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESAS COM SAÚDE POR ITENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS					TOTAL GERAL (6=1+4)
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV. FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAIS (4=2+3)	FED. DO SUS (2)	
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes						
ICTD		Personal						
ICMS		Outros Custeios						
IPVA								
----		II - Despesas de Capital						
II - Receitas de Transferências		Investimento						
FPM		Outras Despesas						
ICMS		TOTAL						
IPVA								
FUNDO DE EXPORTAÇÃO		1. PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO						
IOF - S/OURO		1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS						
III - Juros e Multas		GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE						
Sobre Receitas Acima		<hr/>						
IV - Receitas Patrimoniais		SUBTOTAL "A" %						
Diversos								
SUBTOTAL - A		1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES						
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES		GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE						
V - Outras Transf. P/ SAÚDE		<hr/>						
Do SUS		TOTAL GERAL DA RECEITA %						
CONVÊNIO FEDERAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS		1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE						
----		GASTOS TOTAIS COM SAÚDE						
SUBTOTAL - B		<hr/>						
TOTAL GERAL DA RECEITA		TOTAL GERAL DA RECEITA %						

NOTA: Não incluir nas Receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESAS COM SAÚDE POR ITENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS					TOTAL GERAL (6=1+4+)
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV. FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAIS (4=2+3)	FED. DO SUS (2)	
A - RECEITAS MUNICIPAIS								
1 - Receitas Tributárias		1 - Despesas Correntes						
ICTD		Pessoal						
ICMS		Outros Custeios						
ICMS								
----		II - Despesas de Capital						
II - Receitas de Transferências		Investimento						
FPM		Outras Despesas						
ICMS		TOTAL						
IPVA								
FUNDO DE EXPORTAÇÃO		1. PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO						
IOF - S/OURO		1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS =						
III - Juros e Multas		GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE						
Sobre Receitas Acima		-----						
IV - Receitas Patrimoniais		SUBTOTAL "A" %						
Diversos								
SUBTOTAL - A		1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =						
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES		GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE						
V - Outras Transf. P/ SAÚDE		-----						
Do SUS		TOTAL GERAL DA RECEITA %						
CONVÊNIO FEDERAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS		1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =						
----		GASTOS TOTAIS COM SAÚDE						
SUBTOTAL - B		-----						
TOTAL GERAL DA RECEITA		TOTAL GERAL DA RECEITA %						

NOTA: Não incluir nas Receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições.



ESTADO

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESAS COM SAÚDE POR ITENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS						TOTAL GERAL (6=1+4)
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV. FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAIS (4=2+3)	FED. DO SUS (2)	CONV. ESTADUAIS (5)	
A - RECEITAS MUNICIPAIS									
I - Receitas Tributárias		I - Despesas Correntes							
ICTD		Pessoal							
ICMS		Outros Custeios							
IPVA									
----		II - Despesas de Capital							
II - Receitas de Transferências		Investimento							
PPM		Outras Despesas							
ICMS		TOTAL							
IPVA									
FUNDO DE EXPORTAÇÃO									
IOF - S/OURO									
III - Juros e Multas									
Sobre Receitas Acima									
IV - Receitas Patrimoniais									
Diversos									
SUBTOTAL - A									
B - RECEITAS DE OUTRAS FONTES									
V - Outras Transf. P/ SAÚDE									
Do SUS									
CONVÊNIO FEDERAIS									
CONVÊNIO DIVERSOS									

SUBTOTAL - B									
TOTAL GERAL DA RECEITA									

1. PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO
1.1 - % COM RECURSOS PRÓPRIOS =
GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE

SUBTOTAL "A" %
1.2 - % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =
GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE

TOTAL GERAL DA RECEITA %
1.3 - % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =
GASTOS TOTAIS COM SAÚDE

TOTAL GERAL DA RECEITA %

NOTA: Não incluir nas Receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições



Instruções para preenchimento das tabelas I, II e III do Anexo 7 PARA MUNICÍPIOS

CAMPO A = Receitas Municipais

Item I - Receitas Tributárias

Neste campo deverão ser informados os valores das Receitas de Tributos tais como, IPTU, ISS, ITBI - Imposto sobre Transmissão e outros que porventura integrem o elenco dessas receitas.

Item II - Receitas de Transferências

Representam os valores recebidos por Transferências Intergovernamentais tais como, FPM, ICMS, IPVA, IOF s/Ouro, Fundo de Exportação e outras eventualmente recebidas, exceto aquelas indicadas no Campo B, abaixo.

Item III - Juros e Multas

Integram este campo as possíveis multas, juros de mora ou qualquer correção, decorrentes de recebimento dos tributos acima.

Item IV - Receitas Patrimoniais

Deverão ser indicadas neste campo as receitas imobiliárias, os arrendamentos e aluguéis, aplicações e dividendos e outras receitas de valores mobiliários.

CAMPO B - Receitas de Outras Fontes

Item V - Outras Transferências para a Saúde

Devem representar exclusivamente as receitas específicas para a saúde auferidas por meio do Sistema Único de Saúde - SUS, e por de convênios com órgãos federais, estaduais e outros.



DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS

Coluna 1 - Fontes Municipais

Deverá indicar as despesas cobertas com recursos arrecadados por fontes municipais, indicadas no Campo A das Receitas, bem como de outras fontes (inclui convênios diversos com órgãos não federais ou estaduais).

Coluna 2 - Recursos Federais do SUS

Representam as despesas custeadas com os recursos obtidos através da rede pública municipal, pela prestação de serviços assistenciais do SUS, e que, conseqüentemente, integram o orçamento municipal, destinado à saúde, conforme indicado no Campo B das Receitas.

Coluna 3 - Convênios Federais

Deverá figurar, nesta coluna, o valor das despesas cobertas com recursos oriundos de convênios com órgãos federais da administração direta, autárquica, fundacional, fundos federais e outros.

177

Coluna 4 - Total Federal

Corresponde à soma dos valores das colunas 2 e 3.

Coluna 5 - Convênios Estaduais

Devem ser indicadas possíveis despesas realizadas com recursos de convênios com órgãos estaduais.

Coluna 6 - Total Geral

Corresponde ao somatório das colunas 1, 4 e 5, representando todas as despesas com saúde realizadas pelo orçamento estadual.

OBSERVAÇÕES GERAIS

As despesas deverão ser sempre discriminadas segundo os itens inseridos nas tabelas.

Os cálculos de percentuais serão efetuados de acordo com as fórmulas indicadas nas próprias tabelas.

**Instruções para preenchimento das
Tabelas IV, V e VI do Anexo 7
PARA ESTADOS**

CAMPO A = Receitas Estaduais

Item I - Receitas Tributárias

Neste campo deverão ser informados os valores das Receitas de Tributos, tais como, ICMS, IPVA, ITCD - Imposto sobre Transmissão e outros que porventura integrem o elenco dessas receitas.

Item II - Receitas de Transferências

Representam os valores recebidos por Transferências Intergovernamentais, tais como, FPE, IOF s/Ouro, Fundo de Exportação e outras eventualmente recebidas, exceto aquelas indicadas no Campo B, abaixo.

Item III - Juros e Multas

Integram este campo as possíveis multas, juros de mora ou qualquer correção, decorrentes de recebimento dos tributos acima.

Item IV - Receitas Patrimoniais

Deverão ser indicadas, neste campo, as receitas imobiliárias, os arrendamentos e aluguéis, aplicações e dividendos e outras receitas de valores mobiliários.

CAMPO B - Receitas de Outras Fontes

Item V - Outras Transferências para a Saúde

Devem representar, exclusivamente, as receitas específicas para a saúde, auferidas através do Sistema Único de Saúde - SUS, através de convênios com órgãos federais e outros.



DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS

Coluna 1 - Fontes Estaduais

Deverá indicar as despesas cobertas com recursos arrecadados por fontes estaduais especificadas no Campo A das Receitas.

Coluna 2 - Recursos Federais do SUS

Representam as despesas custeadas com os recursos obtidos através da rede pública Estadual, pela prestação de serviços assistenciais do SUS, e que, conseqüentemente, integram o orçamento estadual, destinado à saúde, conforme indicado no Campo B das Receitas.

Coluna 3 - Convênios Federais

Deverá figurar, nesta coluna, o valor das despesas cobertas com recursos oriundos de convênios com órgãos federais da administração direta, autárquica, fundacional, fundos federais e outros.

Coluna 4 - Total Federal

Corresponde à soma dos valores das colunas 2 e 3.

Coluna 5 - Outros

Devem ser indicadas possíveis despesas realizadas com recursos de convênios com outros organismos, que não federais, bem como outras fontes não indicadas acima.

Coluna 6 - Total Geral

Corresponde ao somatório das colunas 1, 4 e 5, representando todas as despesas com saúde realizadas pelo orçamento estadual.

OBSERVAÇÕES GERAIS

As despesas deverão ser sempre discriminadas segundo os itens inseridos nas tabelas.

Os cálculos de percentuais serão efetuados de acordo com as fórmulas indicadas nas próprias tabelas.



EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º A alínea e do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 34.....
....."

"VII-.....
....."

"e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde." (NR)

Art. 2º O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 35.....
....."

"III – não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;" (NR)



Art. 3º O § 1º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.156.....
....."

"§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:" (NR)

"I – ser progressivo em razão do valor do imóvel; e" (AC)[*]

"II – ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel." (AC) *

"....."

Art. 4º O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.160....."

"Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:" (NR)

"I – ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;" (AC)

"II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III." (AC)

Art. 5º O inciso IV do art. 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.167.....
....."

"IV - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da

* AC = Acréscimo



arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo;" (NR)

"....."

Art. 6º O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º e 3º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

"Art.198....."

"....."

"§ 1º (parágrafo único original)....."

"§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:" (AC)



"I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;" (AC)

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;" (AC)

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

"§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:" (AC)

"I – os percentuais de que trata o § 2º;" (AC)



"II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;" (AC)

"III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;" (AC)

"IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União." (AC)

Art. 7º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

"Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:" (AC)

"I – no caso da União:" (AC)

"a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;" (AC)

"b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;" (AC)

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e" (AC)

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º." (AC)



"§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento." (AC)

"§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei." (AC)

"§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal." (AC)

"§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo." (AC)

Art. 8º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de setembro de 2000

Mesa da Câmara dos Deputados	Mesa do Senado Federal
Deputado Michel Temer Presidente	Senador Antonio Carlos Magalhães Presidente
Deputado Heráclito Fortes 1º Vice-Presidente	Senador Geraldo Melo 1º Vice-Presidente
Deputado Severino Cavalcanti 2º Vice-Presidente	Senador Ademir Andrade 2º Vice-Presidente
Deputado Ubiratan Aguiar 1º Secretário	Senador Ronaldo Cunha Lima 1º Secretário
Deputado Nelson Trad 2º Secretário	Senador Carlos Patrocínio 2º Secretário
Deputado Jaques Wagner 3º Secretário	Senador Nabor Júnior 3º Secretário
Deputado Efraim Morais 4º Secretário	



Anexo

Instrumentos de Comprovação dos Requisitos

1. Operação de fundo ou conta especial

Apresentação do ato legal de constituição e dos extratos bancários mensais relativos ao semestre anterior à solicitação do pleito.

2. Funcionamento dos órgãos colegiados – Conselho/Comissão Intergestores

Apresentação dos atos legais de constituição e das atas de reuniões relativas ao semestre anterior à solicitação do pleito.

3. Capacidade técnica e material para o exercício de responsabilidades e prerrogativas

Formulários aprovados pela CIT e padronizados pelo MS, e/ou inspeção direta.

4. Dotações orçamentárias correspondentes a contrapartidas

Formulários aprovados pela CIT e padronizados pelo MS e cópias de publicações oficiais do orçamento do ano em curso e dos balancetes do exercício anterior.

5. Formalização do pleito

Declaração do Conselho Municipal (para SMS) ou Estadual (para SES) e da CIB com atesto do cumprimento do conjunto de requisitos gerais e específicos e aprovação da condição de gestão pleiteada.

6. Ato Formal do Secretário Estadual de Saúde criando o Comitê Interinstitucional de Epidemiologia.



Siglas utilizadas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
CES – Conselho Estadual de Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFINS – Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
FAE – Fração Assistencial Especializada
FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa
FNS – Fundação Nacional de Saúde
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IVH-E – Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
IVISA – Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
IVR – Índice de Valorização de Resultados
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PAB – Piso Assistencial Básico
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBVS – Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDAVS – Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PSF – Programa de Saúde da Família
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNA – Sistema Nacional de Auditoria
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária
TFA – Teto Financeiro da Assistência
TFAE – Teto Financeiro da Assistência do Estado
TFAM – Teto Financeiro da Assistência do Município
TFECD – Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
TFG – Teto Financeiro Global
TFGE – Teto Financeiro Global do Estado
TFGM – Teto Financeiro Global do Município
TFVS – Teto Financeiro da Vigilância Sanitária



 **MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

 **GOVERNO
FEDERAL** 

Trabalhando em todo o Brasil