

ANEXO II

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS-SUS 01/02

INTRODUÇÃO

A presente Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02 resulta do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando ao aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

A partir da publicação da NOAS-SUS 01/01, em 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, através do CONASS, e as Secretarias Municipais de Saúde, através do CONASEMS, desencadearam diversas atividades de planejamento e de adequação de seus modelos assistenciais e de gestão aos preceitos estabelecidos, ponderando criticamente os avanços e os desafios que novas diretrizes organizativas trariam para sua realidade concreta.

Durante esse percurso, em algumas unidades da Federação, foram identificados entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais.

Em decorrência da necessidade de viabilizar o debate sobre essas questões, identificadas como causadoras de maior tensionamento na implantação da Norma, o processo de negociação foi reaberto durante o segundo semestre de 2001. Nesse sentido, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em reunião realizada em 22 de novembro de 2001, firmou acordo contemplando propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais.

Nessa mesma ocasião, deliberou-se pela constituição de um Grupo de Trabalho, com representação tripartite, com a atribuição de detalhar o acordo e incorporar à NOAS os pontos acordados, mantendo a coerência do texto. Em 7 de dezembro de 2001, foi feito um relato, por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS, aos membros do Conselho Nacional de Saúde, acerca da negociação realizada na CIT e das alterações que dela resultaram. Ainda como resultado do processo de elaboração da NOASSUS 01/02 e com o objetivo de facilitar sua utilização, este documento incorporou definições de regulamentação complementar relacionadas aos temas que foram objeto do acordo, que, na versão anterior, encontravam-se descritos em documentos normativos específicos.

Enfim, cabe destacar que esta NOAS-SUS 01/02, ao assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, procura oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação.

CAPÍTULO I

DA REGIONALIZAÇÃO

1. Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

1.1. O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

I.1 DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

2. Instituir o Plano Diretor de Regionalização - PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

3. O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.

4. O PDR deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

a) o acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:

- assistência pré-natal, parto e puerpério;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica; e

b) o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

5. Definir os seguintes conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no PDR:

a) região de saúde - base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do Estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre Municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região e/a uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

b) módulo assistencial - módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no item 8, Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais Municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de Municípios, entre os quais há um Município- Sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal-GPSM ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada-GPAB-A, com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o item 8, Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros Municípios a ele adscritos; ou

- Município em Gestão Plena do Sistema Municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada-GPAB-A, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o item 8 Capítulo I, para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios;

c) Município-Sede do módulo assistencial (GPSM ou GPABA) - Município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o item 8, Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros Municípios a ele adscritos;

d) Município-Polo (GPSM ou GPAB-A) - Município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada Estado, apresente papel de referência para outros Municípios, em qualquer nível de atenção; e

e) unidade territorial de qualificação na assistência à saúde - representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e à Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde.

Deverá ser a menor base territorial de planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo assistencial, conforme definido no PDR. Poderá ser uma microrregião ou uma região de saúde, de acordo com o desenho adotado pelo Estado.

6. Para se qualificarem aos requisitos da NOAS SUS 01/02, os Estados e o Distrito Federal deverão submeter à CIT os produtos, bem como os meios de verificação correspondentes, definidos no Anexo 6 a este Anexo II, contendo, no mínimo:
- a) a descrição da organização do território estadual em regiões/ microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos Municípios-Sede, dos Municípios - Polo e dos demais Municípios abrangidos;
 - b) a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;
 - c) o Plano Diretor de Investimentos para atender às prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde, preferencialmente identificando cronograma e fontes de recursos;
 - d) a inserção e o papel de todos os Municípios nas regiões/ microrregiões de saúde, com identificação dos Municípios-Sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;
 - e) os mecanismos de relacionamento intermunicipal como organização de fluxos de referência e contrarreferência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;
 - f) a proposta de estruturação de redes de referência especializadas em áreas específicas; e
 - g) a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros Estados, no caso de serviços não-disponíveis no território estadual.

6.1. Os produtos relativos à qualificação dos Estados e do Distrito Federal aos requisitos desta Norma, no que tange à sua elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação, obedecerão ao seguinte:

6.1.1 na sua elaboração:

- a) cabe às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, que deverá contemplar uma lógica de planejamento que envolva os Municípios na definição dos espaços regionais/microrregionais de assistência à saúde, dos fluxos de referência, bem como dos investimentos para a conformação de sistemas de saúde resolutivos e funcionais;
- b) o PDR deve contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo os investimentos necessários para a conformação dessas novas regiões/microrregiões e módulos assistenciais, observando assim a diretriz de possibilitar o acesso do cidadão a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, o mais próximo possível de sua residência;
- c) o PDR subsidiará o processo de qualificação de regiões/microrregiões;

6.1.2 na tramitação:

- a) a Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal deverá encaminhar os produtos à respectiva Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que deverá convocar reunião para análise e aprovação, após, no máximo, 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento da proposta;
- b) aprovado o Plano Diretor de Regionalização e os demais produtos, a CIB deverá remetê-los ao Conselho Estadual de Saúde - CES, que terá 30 (trinta) dias para apreciação e deliberação;
- c) após aprovado nas instâncias estaduais, a Secretaria Estadual de Saúde deverá encaminhar o PDR e os demais produtos à Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, que encaminhará a documentação referida à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS e à Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/ MS, para análise de conteúdo e viabilidade, após o que procederão ao encaminhamento destes, com parecer, à Comissão Intergestores Tripartite para deliberação e homologação;
- d) caso não seja homologada pela CIT, a referida documentação deverá ser devolvida à respectiva Secretaria Estadual de Saúde, para ajuste e análise das recomendações e novamente submetida à apreciação da CIB e do CES; e
- e) em caso de alteração do PDR pelo Estado ou pelo Distrito Federal, após sua homologação pela CIT, deverá ser observada a mesma tramitação definida para a proposta original.

I.2 DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

7. Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A, como uma das condições de gestão dos sistemas municipais de saúde.

7.1. Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada:

o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no Anexo 1 a este Anexo II.

7.2. As ações de que trata o Anexo 1 a este Anexo II devem ser assumidas por todos os Municípios brasileiros, respeitado o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela [Portaria GM/MS Nº 3.925](#), de 13 de novembro de 1998, e regulamentado anualmente em portaria específica.

7.3. O conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada é compreendido por aqueles atualmente cobertos pelo Piso da Atenção Básica (PAB), acrescidos dos procedimentos relacionados no Anexo 2 a este Anexo II.

7.4. Para o financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, foi instituído o PAB Ampliado, e seu valor definido em portaria do Ministério da Saúde, sendo que os Municípios que hoje já recebem o PAB Fixo em valor superior ao PAB Ampliado não sofrerão alteração no valor per capita do PAB Fixo destinado ao seu Município.

7.5. Os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estarão aptos a receber o PAB Ampliado, após assumirem a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A, mediante avaliação pela Secretaria Estadual de Saúde, aprovação pela CIB, e homologação pela CIT.

7.6. A Secretaria de Políticas de Saúde/SPS é a unidade organizacional do Ministério da Saúde responsável pela regulamentação de critérios, fluxos e instrumentos do processo de avaliação da Atenção Básica para efeito de habilitação e manutenção nas condições de gestão definidas nesta Norma.

I.3 DOS MÓDULOS ASSISTENCIAIS E DA QUALIFICAÇÃO DAS MICRORREGIÕES

8. Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

8.1. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1) e de internação hospitalar, detalhadas no Anexo 3 a este Anexo II.

9. O financiamento federal do conjunto de serviços do M1 adotará a seguinte lógica:

9.1. o financiamento das atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1) será feito com base na programação de um valor per capita nacional mínimo, definido em portaria do Ministro da Saúde;

9.2. o financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Limite Financeiro Global da Assistência de cada unidade da Federação;

9.3. para apoiar o processo de qualificação das regiões/microrregiões e garantir os recursos per capita para o financiamento dos procedimentos mínimos da média complexidade (M1) para toda a população brasileira, o Ministério da Saúde adicionará recursos ao Limite Financeiro dos Estados, conforme definido em portaria específica, sendo que a destinação desses recursos estará descrita na PPI dos Estados e do Distrito Federal, devendo sua incorporação ao Limite Financeiro dos Estados ocorrer na medida em que forem efetivadas as qualificações das regiões/microrregiões assistenciais.

9.4. serão qualificadas apenas as regiões/microrregiões nas quais a PPI estadual tenha definido a alocação dos recursos destinados ao financiamento dos procedimentos mínimos da média complexidade (M1) na(s) sede(s) de módulo (s) assistencial(is).

9.5. nas microrregiões não qualificadas, o financiamento dos procedimentos constantes do M1 desta Norma continuará sendo feito de acordo com a lógica de pagamento por produção.

10. O repasse dos recursos de que trata o subitem 9.3, item 9, Capítulo I, desta Norma, para a cobertura da população de uma dada microrregião estará condicionado à aprovação pela CIT da qualificação da referida microrregião na assistência à saúde.

11 A qualificação compreende o reconhecimento formal da constituição das regiões/microrregiões, da organização dos sistemas funcionais de assistência à saúde e do compromisso firmado entre o Estado e os Municípios componentes dos módulos assistenciais, para a garantia do acesso de toda a população residente nesses espaços territoriais a um conjunto de ações e serviços correspondente ao nível de assistência à saúde relativo ao M1, acrescidos de um conjunto de serviços com complexidade acima do módulo assistencial, de acordo com o definido no PDR.

12. Os requisitos para a qualificação de cada região/microrregião e respectivos instrumentos de comprovação estão listados no Anexo 7 a este Anexo II.

13. A solicitação de qualificação de cada região/microrregião de saúde deverá ser encaminhada à CIT, observando que:

13.1 o gestor estadual, juntamente com os gestores municipais da região a ser qualificada, deve encaminhar à CIB solicitação de qualificação da região/microrregião;

13.2 a CIB deverá analisar a solicitação que, se aprovada, deverá ser encaminhada ao CES, para conhecimento, e à Secretaria Técnica da CIT, para deliberação;

13.3 a Secretaria Técnica da CIT deverá encaminhar documentação à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que procederá a respectiva análise, de acordo com o PDR já aprovado;

13.4. a SAS/MS deverá encaminhar parecer quanto ao processo de qualificação à CIT, para decisão quanto à

sua homologação.

14. Após a homologação na CIT do processo de qualificação de uma microrregião, o montante de recursos correspondente ao financiamento dos procedimentos listados no Anexo 3A a este Anexo II (M1) destinados à cobertura da população do Município-Sede de módulo, acrescido do montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos Municípios a ele adscritos, passam a ser transferidos por uma das duas formas: (i) fundo a fundo, ao Estado habilitado quando o Município-Sede de módulo for habilitado em GPAB-A 2 e (ii) fundo a fundo, ao Município-Sede de cada módulo assistencial quando este for habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde, ficando, neste caso, a parcela relativa à população residente nos Municípios adscritos condicionada ao cumprimento de Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, conforme normatizado nos itens 37 e 38, Capítulo II, desta Norma.

15. Em módulos nos quais a sede estiver sob gestão municipal, caso exista um Município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultrassonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser sede de módulo assistencial, esse Município poderá celebrar um acordo com o gestor do Município-Sede do módulo para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.

16. A Secretaria de Atenção à Saúde é a unidade organizacional do MS responsável pela análise técnica das propostas de qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a ser submetidas à aprovação da CIT, de acordo com as regras estabelecidas nesta Norma.

I.4 DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

17. A Atenção de Média Complexidade (MC) compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender aos principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os Municípios do País.

18. Excetuando as ações mínimas da média complexidade (MC), que devem ser garantidas no âmbito dos módulos assistenciais, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do Estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do Estado.

19. O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e a capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, economias de escala, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações.

20. Os subsídios à organização e programação da média complexidade, compreendendo grupos de programação e critérios de classificação das ações desse nível de atenção são descritos em instrumento a ser acordado pelas três esferas de governo e definido em portaria do MS.

21. O processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenado pelo gestor estadual representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não-disponíveis em seu Município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e a definição de limites financeiros para todos os Municípios do Estado, independentemente de sua condição de gestão.

21.1. A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos nos Estados para os diferentes grupos de ações assistenciais - respeitados os limites financeiros estaduais - e estabelecimento de fluxos de referências entre Municípios.

21.2. A alocação de recursos referentes a cada grupo de programação de ações ambulatoriais de média complexidade para a população própria de um dado Município terá como limite financeiro o valor per capita estadual definido para cada grupo, multiplicado pela população do Município.

21.3. A programação de internações hospitalares deve utilizar critérios homogêneos de estimativa de internações necessárias para a população e considerar a distribuição e a complexidade dos hospitais, o valor médio das internações hospitalares, bem como os fluxos de referência entre Municípios.

21.4. A alocação de recursos correspondentes às referências intermunicipais, ambulatoriais e hospitalares, decorre do processo de programação pactuada integrada entre gestores e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso implicando a separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do Município.

22. Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na Seção I.3, Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários Municípios, admite-se que um mesmo Município encaminhe referências para mais de um Município Polo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.

22.1. O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no Estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.

22.2. Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos Municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no Município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos Municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores.

I.5 DA POLÍTICA DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO NO SUS

23. A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz nas seguintes atribuições:

- a - definição de normas nacionais;
- b - controle do cadastro nacional de prestadores de serviços;
- c - vistoria de serviços, quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde;
- d - definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS;
- e - definição do elenco de procedimentos de alta complexidade;
- f - estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços;
- g - definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, através da Central Nacional de Regulação para Procedimentos de Alta Complexidade;
- h - formulação de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados; e
- i - financiamento das ações.

23.1. A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

24. O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do Estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

- a - a macroalocação de recursos orçamentários do Limite Financeiro da Assistência do Estado para cada área de alta complexidade;
- b - a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do Estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;
- c - a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;
- d - a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre Municípios;
- e - a definição de limites financeiros municipais para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do Município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente às referências de outros Municípios;
- f - a coordenação dos processos de remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites financeiros municipais;
- g - os processos de vistoria para inclusão de novos serviços, no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;
- h - a coordenação da implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros);
- i - o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;
- j - a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.

24.1. A regulação da referência intermunicipal de alta complexidade será sempre efetuada pelo gestor estadual.

25. Os Municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacandose:

a - a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o Estado;

b - realização de vistorias, no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;

c - condução do processo de contratação;

d - autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);

e - definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais;

f - controle, avaliação e auditoria de serviços.

25.1. A regulação dos serviços de alta complexidade será de responsabilidade do gestor municipal, quando o Município se encontrar na condição de gestão plena do sistema municipal, e de responsabilidade do gestor estadual, nas demais situações.

25.2. A regulação dos serviços de alta complexidade, localizados em Município habilitado em GPSM de acordo com as regras estabelecidas pela NOB SUS 01/96 em que persista a divisão do comando sobre os prestadores, deverá ser assumida pelo Município ou pelo Estado, de acordo com o cronograma de ajuste do comando único aprovado na CIB estadual, conforme previsto no item 66 desta Norma.

25.3. Nos Municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica - GPAB ou na Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada - GPAB que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar aos gestores municipais as funções de controle e avaliação dos prestadores, incluindo o processo autorizativo.

26. As ações de alta complexidade e as ações estratégicas serão financiadas de acordo com portaria do Ministério da Saúde.

27. O Ministério da Saúde definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada Estado.

28. Caberá aos Estados, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, prever a parcela dos recursos a ser gastos em cada Município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio Município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

29. A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual e, em alguns casos, macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo - alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos Municípios.

29.1. A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros Estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros Estados, devendo esta programação ser consolidada pela SAS/MS.

30. A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria Estadual de Saúde - SES de um limite financeiro claro para seu custeio e o Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos Municípios-Polo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

CAPÍTULO II

DO FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS

II. 1 DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

31. Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde em âmbito nacional.

31.1. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada - PPI, conforme definido em portaria do Ministério da Saúde.

31.2. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal poderão dispor de instrumentos próprios de programação adequados às suas especificidades, respeitados os princípios gerais e os requisitos da versão consolidada a ser enviada ao Ministério da Saúde.

32. Cabe à SES a coordenação da Programação Pactuada e Integrada no âmbito do Estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem:

a) que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação, em sintonia

com a Agenda de Saúde e Metas Nacionais, sejam discutidos no âmbito da CIB com os gestores municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores;

b) a alocação de recursos centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelos interesses dos prestadores de serviços;

c) a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação dos critérios e instrumentos de alocação e pactuação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências; e

d) a explicitação do modelo de gestão com a definição das responsabilidades inerentes ao exercício do comando único de forma coerente com as condições de habilitação.

33. A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre Municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros para todos os Municípios do Estado, independentemente da sua condição de habilitação.

33.1. Define-se Limite Financeiro da Assistência por Município como o montante máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

33.2. Esses recursos poderão estar sob gestão municipal, quando o Município se encontrar em GPSM ou sob gestão estadual, quando o Município estiver em outra condição de gestão;

33.3. O Limite Financeiro da Assistência de cada Estado, assim como do Distrito Federal, no que couber, independentemente de sua condição de gestão, deverá ser programado e apresentado da seguinte forma:

- a) relação de todos os Municípios do Estado, independentemente da sua condição de gestão;
- b) condição de Gestão do Município, nível de governo responsável pelo comando único de média e alta complexidade;
- c) parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão municipal;
- d) parcela de recursos financeiros para o atendimento das referências intermunicipais;
- e) parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão estadual;
- f) Outros recursos sob gestão estadual, alocados aos Municípios ou à Secretaria Estadual de Saúde; e
- g) Limite Financeiro Global da Unidade Federativa – soma dos itens C, D, E e F.

33.4. Os limites financeiros da assistência por Município devem ser definidos globalmente, em cada Estado, a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o Limite Financeiro estadual, bem como a definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o Limite Financeiro por Município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros Municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros Municípios.

33.5. Os municípios habilitados ou que vierem a se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal devem receber diretamente, em seu Fundo Municipal de Saúde, o total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele Município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada.

33.6. Em regiões/microrregiões qualificadas, os recursos referentes ao M1 alocados ao Município-Sede serão repassados ao Fundo Municipal de Saúde quando o Município-Sede estiver habilitado em GPSM ou ao Fundo Estadual de Saúde quando o Município-Sede estiver habilitado em GPAB-A.

33.7. Os limites financeiros da assistência por Município estão sujeitos à reprogramação em consequência da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual. Particularmente, a parcela correspondente às referências intermunicipais poderá ser alterada pelo gestor estadual, trimestralmente, em decorrência de ajustes no Termo de Compromisso e, pontualmente, em uma série de situações específicas, detalhadas no Item 38, Capítulo II.

34. A SES deverá encaminhar ao Ministério da Saúde os produtos do processo de programação da assistência, conforme definidos em portaria do Ministério da Saúde.

II.2 DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NA GARANTIA DE ACESSO DA POPULAÇÃO REFERENCIADA

35. O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre Estados.

36. A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu Município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o gestor organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição

de gestão do Município onde os serviços estiverem localizados.

37. A garantia do atendimento à população referenciada será objeto de um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso a ser assinado pelo gestor municipal e pelo gestor estadual quando o Município- Sede de módulo ou Município-Polo estiver em GPSM.

37.1. O Termo de Compromisso de Garantia de Acesso tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a ser ofertadas nos Municípios Polo, os compromissos assumidos pela SES e pela SMS, os mecanismos de garantia de acesso, o processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas.

38. A SES poderá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro do Município em GPSM, nas seguintes situações, detalhadas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso:

- a) periodicamente, em consequência da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;
- b) trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a ser informados à CIB em sua reunião subsequente; e
- c) pontualmente, por meio de alteração direta pela SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no Termo de Compromisso, conforme detalhado no ANEXO 4 a este Anexo II), sendo a CIB informada em sua reunião subsequente, nos seguintes casos: abertura de novo serviço em Município que anteriormente encaminhava sua população para outro; redirecionamento do fluxo de referência da população de um Município-Polo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo Município em GPSM dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

38.1. Nas situações em que os recursos de média e alta complexidade de Municípios que efetuem atendimento das referências intermunicipais estejam sob gestão estadual, e os mecanismos de garantia de acesso não forem cumpridos pelo Estado, os Municípios que se sentirem prejudicados deverão acionar a CIB para que essa Comissão tome as providências cabíveis.

39. Quaisquer alterações nos limites financeiros dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, decorrentes de ajuste ou revisão da programação e do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso serão comunicadas pelas SES à SAS/MS, para que esta altere os valores a ser transferidos ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.

40. Para habilitar-se ou permanecer habilitado na condição de GPSM, o Município deverá assumir o comando único sobre os prestadores do seu território e participar do processo de programação e quando necessário, garantir o atendimento à população de referência, conforme acordado na PPI e consolidado por meio da assinatura do referido Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso.

II.3 DO PROCESSO DE CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

41. As funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

41.1.1. As atribuições do Controle, Regulação e Avaliação são definidas conforme as pactuações efetuadas pelos três níveis de governo.

42. O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente nas seguintes dimensões:

- a) avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;
- b) relação com os prestadores de serviços;
- c) qualidade da assistência e satisfação dos usuários; e
- d) resultados e impacto sobre a saúde da população.

43. Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso à alocação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde, o Relatório de Gestão.

44. O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercidos pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado, compreende o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e a legislação específica, o acompanhamento do faturamento, a quantidade e a qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

44.1. O cadastro completo e fidedigno de unidades prestadoras de serviços de saúde é um requisito básico para programação de serviços assistenciais, competindo ao gestor do SUS, responsável pelo relacionamento com cada

unidade própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS.

44.2. O interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada, que deve seguir a legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação definidos na Comissão Intergestores Bipartite, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população.

44.3. Os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidos pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

44.4. Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou de alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento de serviços.

44.5. Outros mecanismos de controle e avaliação devem ser adotados pelo gestor público, como o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e à confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores.

45. A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos como a adoção de instrumentos de avaliação das atitudes dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados.

46. A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em consequência dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

47. Os Estados e os Municípios deverão elaborar os respectivos planos de controle, regulação e avaliação que consistem no planejamento do conjunto de estratégias e instrumentos a ser empregados para o fortalecimento da capacidade de gestão.

47.1. Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular os serviços e o acesso da população de acordo com as necessidades identificadas, respeitando os pactos firmados na PPI e os termos de compromisso para a garantia de acesso.

47.2. A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

48. A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

- a) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência;
- b) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e o papel dos vários Municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;
- c) a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnicooperacionais;
- d) a definição das interfaces da estratégia de regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

II.4 DOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB GESTÃO DE OUTRO NÍVEL DE GOVERNO:

49. Definir que unidades hospitalares públicas sob a gerência de um nível de governo e a gestão de outro, preferencialmente, deixem de ser remuneradas por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo.

50. Aprovar, na forma do Anexo 5 a este Anexo II, modelo contendo cláusulas mínimas do termo de compromisso a ser firmado entre as partes envolvidas, com o objetivo de regular a contratualização dos serviços oferecidos e a forma de pagamento das unidades hospitalares.

51. Os recursos financeiros para cobrir o citado termo de compromisso devem ser subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do limite financeiro do município/estado, e repassados diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde.

DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO E DESABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

III.1 CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

52. A habilitação dos Municípios e 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.

III.1.1 Com relação ao processo de habilitação dos Municípios 53. A partir da publicação desta Norma os Municípios poderão habilitar-se em duas condições:

- GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA;
- GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

53.1. Todos os Municípios que vierem a ser habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, nos termos desta Norma, estarão também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

53.2. Cabe a Secretaria Estadual de Saúde a gestão do SUS nos Municípios não habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação.

54. Os Municípios, para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

- a) elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- b) 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;
- c) gerência de unidades ambulatoriais próprias;
- d) gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo Estado ou pela União;
- e) organização da Rede de Atenção Básica, incluída a gestão de prestadores privados, quando excepcionalmente houver prestadores privados nesse nível de atenção;
- f) cumprimento das responsabilidades definidas no subitem 7.1, item 7, Capítulo I, desta Norma;
- g) disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme o descrito no subitem 7.3, item 7, Capítulo I, desta Norma;
- h) desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- i) prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB Ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao Município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela SES;
- j) desenvolver as atividades de: realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS;
- k) operação do SIA/SUS e o SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais;
- l) autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no Município, que continuam sendo pagos por produção de serviços;
- m) manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;
- n) realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.
- o) execução das Ações Básicas de Vigilância Sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- p) execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente;
- q) elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde - CMS;
- r) firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o Estado;

Requisitos:

- a) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde
- b) comprovar o funcionamento do CMS;
- c) apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- d) comprovar, formalmente, capacidade técnica e administrativa para o desempenho das atividades de controle e avaliação, através da definição de estrutura física e administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação;
- e) comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, 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 [Emenda Constitucional Nº 29](#), de 14 de setembro de 2000;
- f) estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso;
- g) comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e validada pela SPS/MS, para encaminhamento à CIT:
 1. desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;
 2. alimentação regular dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde já existentes e dos que vierem a ser criados conforme portaria;
 3. disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;
 4. disponibilidade de serviços para realização do Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPBA;
- h) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de Ações Básicas de Vigilância Sanitária, conforme normatização da ANVISA;
- i) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica;
- j) formalizar, junto a CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada;

Prerrogativas:

- a) transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Piso da Atenção Básica Ampliado - PAB-A, correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de Vigilância Sanitária;
- b) gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas) integrantes do SUS, localizadas no território municipal; e
- c) transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes. 55. Os Municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades:

- a) elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde;
- b) 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;
- c) gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares;
- d) gerência de unidades assistenciais transferidas pelo Estado e pela União;
- e) gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independentemente da sua natureza jurídica ou do nível de complexidade, exercendo o comando único, ressaltando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto na letra c do item 57, Capítulo III, desta Norma;
- f) desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- g) garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros Municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território;

- h) Integração dos serviços existentes no Município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares;
- i) desenvolver as atividades de realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS;
- j) operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual;
- k) manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS;
- l) avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente;
- m) execução das Ações Básicas, de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária, pactuadas na CIB;
- n) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB;
- o) firmar o Pacto da Atenção Básica com o Estado;

Requisitos:

- a) comprovar o funcionamento do CMS;
- b) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde e a disponibilidade orçamentária suficiente, bem como mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;
- c) apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- d) estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso;
- e) comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e validada pela SPS/MS, para encaminhamento à CIT:
 1. desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;
 2. alimentação regular dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde já existentes e dos que vierem a ser criados conforme portaria;
 3. disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;
 4. disponibilidade de serviços para realização do Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPBA;
- f) firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria Estadual de Saúde;
- g) comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria - SNA;
- h) participar da elaboração e da implementação da PPI do Estado, bem como da alocação de recursos expressa na programação;
- i) comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle regulação, e avaliação por intermédio da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso à internet);
- j) comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, 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 [Emenda Constitucional N° 29](#), de 14 de setembro de 2000.
- k) comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- l) comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde;
- m) apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS;
- n) comprovar o comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços ao SUS localizados no território municipal;
- o) comprovar oferta das ações do primeiro nível de média complexidade (M1) e de leitos hospitalares;
- p) comprovar Adesão ao Cadastramento Nacional dos Usuários do SUS Cartão SUS;
- q) formalizar, junto à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GPMS;

Prerrogativas:

- a) transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos do M1, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e a população dos municípios abrangidos;
- b) receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao

limite financeiro programado para o Município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, condicionado ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado; e

c) gestão do conjunto das unidades prestadoras de serviços ao SUS ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais e privadas, estabelecidas no território municipal.

III.1.2 Do processo de habilitação dos Estados

56. A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas condições:

- GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL

- GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL

57. São atributos da condição de gestão avançada do sistema estadual:

Responsabilidades:

- a) elaboração do Plano Estadual de Saúde, e do Plano Diretor de Regionalização, incluindo o Plano Diretor de Investimentos e Programação Pactuada e Integrada;
- b) coordenação da PPI do Estado, contendo a referência intermunicipal e os pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso no item que descreve a PPI, nos termos desta Norma;
- c) gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública;
- d) formulação e execução da política de sangue e hemoderivados, de acordo com a política nacional;
- e) coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, viabilizando com os Municípios- Sede de módulos assistenciais e polos os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso;
- f) gestão dos sistemas municipais nos Municípios não-habilitados em nenhuma das condições de gestão vigentes no SUS;
- g) gestão das atividades referentes a Tratamento Fora de Domicílio para Referência Interestadual, Medicamentos Excepcionais e Central de Transplantes, cujas funções o Estado poderá delegar aos Municípios em GPSM;
- h) formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional;
- i) 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;
- j) manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores;
- k) organização e gestão do Sistema Estadual de Controle, Avaliação e Regulação;
- l) 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, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria;
- m) estruturação e operação do Componente Estadual do SNA;
- n) implementação de políticas de integração das ações de saneamento às ações de saúde;
- o) coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde;
- p) execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala;
- q) coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar, conforme a legislação em vigor e pactuação estabelecida com a ANVISA;
- r) execução das Ações Básicas de Vigilância Sanitária, referentes aos Municípios não-habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma;
- s) 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;
- t) apoio logístico e estratégico às atividades de Atenção à Saúde das Populações Indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT;
- u) operação dos Sistemas Nacionais de Informação, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional;
- v) coordenação do processo de pactuação dos indicadores da Atenção Básica com os Municípios, informação das metas pactuadas ao Ministério da Saúde e acompanhamento da evolução dos indicadores pactuados;

Requisitos:

a) apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:

- Quadro de Metas, compatível com a Agenda de Saúde, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;

- 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;

- estratégias de descentralização das ações de saúde para Municípios;

-estratégias de reorganização do modelo de atenção;

b) apresentar o Plano Diretor de Regionalização, nos termos desta Norma;

c) comprovar a implementação da Programação Pactuada e Integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração, bem como proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos limites financeiros dos Municípios;

d) comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, 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 [Emenda Constitucional, N° 29](#), de 14 de setembro de 2000;

e) comprovar o funcionamento da CIB;

f) comprovar o funcionamento do CES;

g) comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde e a disponibilidade orçamentária suficiente, bem como os mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;

h) apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito;

i) comprovar a descentralização para os Municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas;

j) comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos Municípios habilitados em GPSM, nos termos desta Norma;

k) comprovar a estruturação do componente estadual do SNA;

l) comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso à internet), e comprovar, também, a estruturação e a operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares;

m) comprovar a certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças;

n) comprovar o funcionamento do serviço de vigilância sanitária no Estado, organizado segundo a legislação e a capacidade de desenvolvimento de Ações de Vigilância Sanitária;

o) estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica;

p) apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pela CIB e pelo CES, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada;

Prerrogativas:

a) transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica - PAB relativos aos Municípios não-habilitados, nos termos da NOB SUS 01/96; e

b) transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do M1 em regiões qualificadas, nos casos em que o Município-Sede estiver habilitado somente em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

58. Além dos atributos da condição de gestão avançada do sistema estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Plena do Sistema Estadual:

Responsabilidade:

a) cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual;

Requisito:

a) dispor de 50% do valor do Limite Financeiro da Assistência do Estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos Municípios;

Pressogativa:

a) transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao valor do Limite Financeiro da Assistência, deduzidas as transferências, fundo a fundo, realizadas a Municípios habilitados.

III.2 DA DESABILITAÇÃO

III.2.1 Da desabilitação dos Municípios

59. Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos Municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.

III.2.1.1 Da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada,

60. Os Municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada estarão passíveis de desabilitação quando:

- a) descumprirem as responsabilidades assumidas na habilitação do Município;
- b) apresentarem situação irregular na alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;
- c) não cumprirem as metas de cobertura vacinal para avaliação da Atenção Básica;
- d) não cumprirem os demais critérios de avaliação da Atenção Básica, para manutenção da condição de gestão, pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e publicados em regulamentação complementar a esta Norma;
- e) não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica; e
- f) apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do SNA.

60.1. São motivos de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, fundo a fundo, para os Municípios:

- a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:
 - crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;
 - disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS;
- b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados; e
- c) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do Município envolvido.

III.2.1.2 Da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal

61. Os Municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal estarão passíveis de desabilitação quando:

- a) enquadrarem-se na situação de desabilitação prevista no item 60, Capítulo III, desta Norma; ou
- b) não cumprirem as responsabilidades definidas para a Gestão Plena do Sistema Municipal, particularmente aquelas que se referem a:
 - B.1 - cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso;
 - B.2 - disponibilidade do conjunto de serviços do M1;
 - B.3 - atendimento às referências intermunicipais resultantes do PDR e da PPI; e
 - B.4 - comando único da gestão sobre os prestadores de serviço em seu território.

61.1. A desabilitação de Municípios em GPSM implicará permanência apenas em GPAB-A, desde que o motivo da desabilitação não tenha sido referente às responsabilidades atribuídas à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

61.2. São motivos de suspensão imediata, pelo MS, dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os Municípios:

- a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:
 - crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;
 - disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS;
- b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados; e

c) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do Município envolvido.

III.2.2 Da desabilitação dos Estados e da suspensão do repasse financeiro

62. Os Estados que não cumprirem as responsabilidades definidas para a forma de gestão em que se encontrarem habilitados estarão passíveis de desabilitação pela CIT.

62.1. São motivos de suspensão imediata pelo MS dos repasses financeiros a ser transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os Estados:

- a) não-pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:
 - crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde pelo Fundo Nacional de Saúde;
 - disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, pelo DATASUS.
- b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacionais do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves;
- c) não-alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS; e
- d) não firmar o Pacto da Atenção Básica.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

63. Os requisitos e os instrumentos de comprovação referentes ao processo de habilitação para os Municípios habilitados em GPSM, conforme a NOB SUS 01/96, pleiteantes a GPSM desta NOAS estão definidos no Anexo II à Instrução Normativa N° 01/02.

64. Os instrumentos de comprovação, fluxos e prazos para operacionalização dos processos de habilitação e desabilitação de Municípios e Estados estão definidos na IN N° 01/02.

65. Os Municípios que se considerarem em condições de pleitear habilitação em GPSM em Estados que não tiverem concluído seus respectivos PDR, PDI e PPI deverão apresentar requerimento à CIB estadual para que essa Comissão oficialize o cronograma para conclusão desses processos.

65.1. Caso a respectiva CIB não se pronuncie em prazo de 30 (trinta) dias ou apresente encaminhamento considerado inadequado pelo Município, este poderá apresentar recurso à CIT, que tomará as medidas pertinentes.

66. Os Municípios atualmente habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, localizados em Estados em que a gestão se encontra compartilhada entre o gestor estadual e o municipal, deverão se adequar ao comando único, com a transferência da gestão para a esfera municipal ou estadual, se for o caso, de acordo com cronograma previamente estabelecido na CIB estadual.

67. Os impasses com relação ao ajuste do comando único não solucionados na CIB estadual deverão ser encaminhados ao CES. Persistindo o impasse, o problema deverá ser encaminhado à CIT, que definirá uma comissão para encaminhar sua resolução.

68. Os Estados atualmente habilitados nas condições de Gestão Plena do Sistema Estadual deverão adequar-se aos requisitos desta Norma até o dia 29/03/2002, em conformidade com o que se encontra disposto na [Portaria GM/MS N° 129](#), de 18 de janeiro de 2002.

69. As instâncias de recurso para questões relativas à implementação desta Norma são consecutivamente a CIB estadual, o CES, a CIT e, em última instância, o CNS.

70. No que concerne à regulamentação da assistência à saúde, o disposto nesta NOAS-SUS atualiza as definições constantes da [Portaria GM/MS N° 95](#), de 26 de janeiro de 2001.