

## ANEXO I

### 1. 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 de setembro de 1990, e a [Lei 8.142](#), de 28 de dezembro de 1990, e no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir a 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 essa 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 práticas entre as três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas; o 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 o 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 governo, assegurando, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde.
- e) a transformação do sistema de saúde comporta rupturas bruscas que desorganizam as práticas atuais antes de se instaurarem 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 responsabilidades 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 de assistência 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 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 consorciar 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 forma 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 Municípios, dentro de um novo sistema de relacionamento entre as três esferas de governo, descritas e disciplinadas nos itens desta Norma e em outros instrumentos complementares que se fizerem necessários.

### 2. DO GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

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 Intergestores e os Conselhos de Saúde, respectivamente, estruturando funcionalmente a articulação descrita a seguir.

2.1. No âmbito nacional:

2.1.1. Comissão Intergestores Tripartite - integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação 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 Nº 99.438, de 7 de agosto de 1990, atua como órgão deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução, da Política Nacional de Saúde.

2.2. No âmbito estadual:

2.2.1. Comissão Intergestores Bipartite - integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, deverá ser criada e formalizada 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 formação de estratégias 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 28 de dezembro 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 da execução da Política Municipal de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal de Saúde, observado o disposto na [Lei Nº 8.142](#), de 28 de dezembro de 1990.

2.4. Fluxo decisório

Além do papel de cada um desses foros em seu âmbito próprio, a dinâmica do financiamento 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, quer do Conselho Estadual de Saúde, quer do Conselho Nacional de Saúde para resolução.

2.5. O Conselho Nacional de Saúde poderá ser tomado como instância de recurso 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 Nacional ou 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 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 - SIA/SUS e o formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo - APA, que constará em Ordem de Serviço específica e sua emissão exclusivamente por encarregado pelo gestor para este fim.

3.1.2. A Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA, destinada a definir os valores a ser repassados aos Estados, ao Distrito e aos Municípios é fixada através de resolução da Secretaria de Atenção 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 Nº 806](#), de 24 de abril de 1993.

3.1.2.2. Sempre que os valores da tabela de procedimentos ambulatoriais forem alterados, o valor nominal da UCA sofrerá alteração 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 obtidos através da multiplicação 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 custeio aos Estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semiplena, utilizado nas atividades de Tratamento Fora do Domicílio, na aquisição de medicamentos especiais e na provisão de órteses ambulatoriais, em programação aprovada pela 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), pela população adscrita e pela complexidade de rede.

Os Municípios que dispuserem de rede ambulatorial, mas sem registro anterior de produção, serão avaliados segundo a sua capacidade potencial de produção, pela população adscrita e pela complexidade da rede para definição dos seus tetos.

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

3.1.5.2. Os valores desses tetos serão nos mesmos 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 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 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 os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.1.8. A programação físico orçamentária das atividades ambulatoriais deverá ser produto do trabalho conjunto dos Municípios e do Estado na Comissão Intergestores Bipartite, sob à coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovada pelos Conselhos Municipais de Saúde e referendada pelo Conselho Estadual de Saúde. As prioridades, tetos, referências e contrarreferências devem ser definidas com base em dados epidemiológicos, características demográficas e capacidade instalada, configurando uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

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

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;
- 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 terão custeio através do sistema de financiamento hospitalar, tendo como investimento 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 que para os Estados será equivalente a um duodécimo de 2% da população, acrescido dos quantitativos aos seus Municípios que não estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial, ou semiplena.

3.3.2.2. tais percentuais devem ser modificados por proposição da Comissão Bipartite, aprovada no Conselho Estadual de Saúde, observado o limite de 10% que cabe ao Estado;

3.3.2.3. o Teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para o Estado será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no Estado (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares;

3.3.2.4. o teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para o Município calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no Município (janeiro a dezembro de 1992), 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 respeitadas as 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 a gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

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

3.4. Os recursos de investimento terão sua alocação prevista no Plano Nacional de Prioridade em Investimento, 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 simplificada receberão, prioritariamente em relação aos demais, os recursos de investimento a ser por eles gerenciados em consonância com a política nacional de investimento em saúde e obedecendo ao 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, por intermédio de normas complementares.

#### 4. DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO

O processo de descentralização, objetivo desta Norma, dar-se-á através de diferentes sistemáticas de relacionamento entre a esfera federal 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. Sistemática 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, um cronograma de negociação com as Comissões Bipartites em cada Estado, a responsabilidade sobre a contratação e a autorização do cadastramento de prestadores; programação e autorização da utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a ser prestados por unidade; controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; demonstração de disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no Município; incorporação à rede de serviços de ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolvimento de ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho;

b) requisitos - para o enquadramento e a permanência nesta situação, são indispensáveis os itens b1, b2 e b3 e no que for pertinente às responsabilidades prerrogativas 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 estaduais ou federais ainda não cedidas ao Município, para assumir o seu financiamento;

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 nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro 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 por meio 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 da AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.1.b6;

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, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde;

c6) as unidades ambulatoriais encaminharão, mensalmente, às Secretarias Municipais de Saúde, o Boletim de

Proteção Ambulatorial - BPA. O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, responderá pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIHs utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde, que se 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 Municipal de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; assume a programação e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a ser 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, a execução das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho 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 proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda 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 extratos 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 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 própria do Tesouro Municipal para a saúde;

b10) apresentar à Comissão Bipartite comprovante da 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 de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro 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 de 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 da cota de Autorização de Internação Hospitalar - AIH será feita pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

c4) a emissão da 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-Orçamentária - 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, aprovadas 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 Ambulatorial - BPA. O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, responderá pela veracidade dos dados neles contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIHs 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) repasse financeiro dos saldos 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 nas unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e 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 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 assumilas;

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 o 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 de existência da comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS da Saúde para o Município, ou plano já elaborado;

b9) apresentar a 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 semiplena, aprovados pela Comissão Bipartite, serão apreciados pela Comissão Tripartite, à qual caberá a seleção final, respeitadas as restrições financeiras;

b11) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doença de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimento e produção;

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, incluído o processamento de dados pertinentes, serão definidos 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, que venham a cumprir os requisitos para sua inclusão nesta sistemática.

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

4.2. Sistemáticas de relacionamento para os Estados

4.2.1. Condição de gestão parcial:

a) responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade pela programação integrada com seus Municípios, abrangendo a 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 semiplena. A Secretaria Estadual de Saúde assume o cadastramento, a programação, a distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, o controle e a avaliação da rede de serviços públicos e privados; coordena a rede de referência estadual e os sistemas de alta complexidade; formula e coordena as políticas relativas ao Tratamento Fora do Domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde; 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 enquadrados nas condições de gestão incipiente , parcial e semiplena;

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 assumilas;

b3) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela 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 das 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 plano já elaborado;

b10) apresentar anualmente à Comissão Tripartite a Programação Pactuada Integrada, aprovada pelo órgão colegiado de gestores municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde;

b11) apresentar 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 essa comissão 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 mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção, 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 incluídos 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.

4.3.3. 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 autorização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a ser prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; coordena a execução das ações de vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambiente e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado trabalhador 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 - SIH/SUS;

b7) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças e notificação compulsória, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e de produtos de interesse à saúde, bem como de outros que venham a ser definidos na esfera federal;

c) operacionalização - respeitadas os procedimentos operacionais atribuídos aos Municípios incluídos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena;

c1) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA, 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 pelo gestor estadual, respeitadas as restrições do item 4.3.3.b4;

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 aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde;

c6) o Boletim de Proteção Ambulatorial - BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP serão assinados pelo gestor estadual do SUS que, com o ato, responderá pela veracidade dos dados nele contidos;

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

## 5. DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1. Até que sejam editados novos instrumentos jurídicos 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 aos Municípios, mediante termos de cessão específicos.

5.2. O repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatoriais para Estados e Municípios em condição de gestão simplificada, 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 de 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 Investimentos, com base nos Planos Estaduais e Municipais, os recursos de investimento do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas serão liberados mediante apresentação de parecer dos respectivos Conselhos de Saúde e os de suas entidades vinculadas serão liberados 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 receitas operacionais provenientes do Federal e utilizados 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 fixado com base na média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1992).

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 o INAMPS e o Estado 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 simplificada.

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 a fixação de tetos.

5.9. Com a publicação desta Norma, deixam de existir o Fator de Estimulo à Municipalização - FEM e o Fator de Estimulo a Gestão Estadual - FEGE, previstos na Portaria Nº 234/92 (NOBSUS/ 1992).

5.10. Em cada esfera de governo, os recursos provenientes de taxas e multas aplicadas pela vigilância sanitária 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 de o Estado que, permanecendo na condição de gestão incipiente, não cumpra as obrigações previstas, no prazo de 60 dias a partir da data de publicação desta Norma, a Comissão Tripartite encaminhará comunicado

para manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

5.15. Os Municípios que cumpriram o estabelecido na Portaria Nº 234/92 (NOB-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 de condição, cabendo à Comissão Bipartite reavaliar o caso.

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