



SUS

***DESCENTRALIZAÇÃO DAS
AÇÕES E SERVIÇOS
DE SAÚDE***

***A Ousadia de Cumprir
e Fazer Cumprir a Lei***

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Ministro da Saúde

Jamil Haddad

Secretário Executivo

José Alberto Hermógenes de Souza

Secretário de Assistência à Saúde

Carlos Eduardo Venturelli Mosconi

Secretário de Vigilância Sanitária

Roberto Gabriel Chabo

Secretário de Administração Geral

Jocelino Francisco de Menezes

Presidente da Fundação Nacional de Saúde

Haroldo Rodrigues Ferreira

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz

Carlos Médicis Morel

Presidente da Central de Medicamentos

Fernando Dubeux

Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

Josenilda de Araújo Caldeira Brant

GRUPO ESPECIAL DE DESCENTRALIZAÇÃO - GED**Secretaria Executiva**

José Alberto Hermógenes de Souza

Maria Elizabeth Diniz Barros

SAS/INAMPS

Gilson de Cássia Marques de Carvalho

Fernando Antônio Mourão Flora

SVS

Eric Jenner Rosas

Luís Carlos Wanderley Lima

SAG

Paulo Ribeiro

Napoleão Marcos de Aquino

FNS

Álvaro A. Melo Machado

Ângela Cristina Pisteli

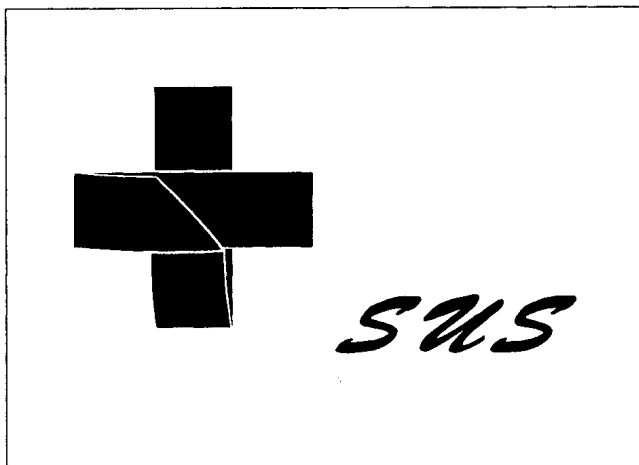
CEME

Lourival Medeiros Márcia Batista Muniz

FIOCRUZ

Paulo Marchiori Buss

Arlindo Fábio Gomez de Sousa



***DESCENTRALIZAÇÃO DAS
AÇÕES E SERVIÇOS
DE SAÚDE***

***A Ousadia de Cumprir
e Fazer Cumprir a Lei***

©1993, Ministério da Saúde

É permitido a reprodução total ou parcial do relatório desde que identifique a fonte e autoria.

Tiragem: 6.000 exemplares

Edição: Coordenação Geral de Planejamento - Secretaria Executiva - MS
Esplanada dos Ministérios - Bloco G – 6º Andar - Sala 655

CEP 70058-900 - Brasília - DF, Brasil

Telefones: (061) 223-9391

(061) 315-2224

(061) 315-2248

Fax: (061) 315-2581

FICHA CATALOGRÁFICA

B823 Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde.

Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. / Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. - [Brasília], 1993.

1. Política de Saúde - Brasil. 2. Sistemas Locais de Saúde - Brasil. 3. Serviços de Saúde - Brasil. 4. Descentralização - Brasil. I. Título.

362.104250981

CDD 20. ed.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA ENSP/FIO CRUZ

I - INTRODUÇÃO	5
II - AS RAÍZES E AS RAZÕES DA PROPOSTA DE MUDANÇA	7
III - PRINCÍPIOS NORTEADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAUDE	9
IV - A PROPOSTA DE DESCENTRALIZAÇÃO:	
Compromisso com a Mudança	11
1 - Pressupostos	11
2 - O Novo Modelo Assistencial	12
3 - Controle Social	13
4 - Recursos Humanos	14
5 - Patrimônio	15
6 - Financiamento das Ações de Saúde	15
7 - Redefinição das Competências das Três Esferas de Governo	17
8 - Flexibilidade da Proposta	18
V - OS CONTORNOS DA PROPOSTA	20
1 - Descentralização das Ações e Serviços	20
2 - Reorganização da Esfera Federal	23
VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
ANEXO I - Funções e Atribuições do Nível Municipal, Estadual e Federal no SUS	29
ANEXO II - Fluxo de Decisão na Bipartite	37
ANEXO III - Quadros	39
NORMA OPERACIONAL BÁSICA - SUS 01/93	47
Portaria MS nº 545, de 20 de novembro de 1993	48
ANEXO UNICO	49

O compromisso assumido, de cumprir as deliberações da IX Conferência Nacional de Saúde, particularmente no que respeita às medidas necessárias para a implantação do Sistema Unico de Saúde, tem orientado as ações do Ministério da Saúde nesta gestão.

A prioridade atribuída à formulação de uma proposta de operacionalização dos dispositivos legais que determinam a descentralização do Sistema de Saúde, manifestada ante o Conselho Nacional de Saúde, se concretizou em documento apresentado ao Plenário daquele Colegiado em reunião extraordinária realizada no dia 21 de janeiro de 1993.

A partir daí iniciou-se um longo processo de discussão e negociação com o conjunto dos atores da área, que em maior ou menor grau já se encontravam integrados ao debate dessas questões. Gestores estaduais e municipais, setor privado, entidades de representação popular e sindical, instituições públicas federais, entidades científicas se dedicaram a analisar, questionar e oferecer sugestões para o aperfeiçoamento da proposta. O que se buscava - e se obteve - foi a superação de divergências capazes de inviabilizar a implementação das medidas propostas.

Por recomendação do Conselho Nacional de Saúde, todas as contribuições e críticas foram analisadas e geraram nova versão do documento que ora se entrega à sua consideração final.

O tratamento dado às contribuições partiu da sistematização das mesmas, separando-as por sua natureza. Algumas apontaram aspectos que necessitavam maior explicitação ou esclarecimento, sem alterar, em essência, a linha do documento. Estas foram integralmente incorporadas na atual versão revisada. Outras, voltaram-se aos aspectos operacionais, tendo sido em sua maior parte incorporadas e algumas delas, por carecerem de maior aprofundamento serão objeto de estudo para posterior normatização e adoção. Num terceiro e último conjunto foram listadas proposições que sugeriram alterações de profundidade no projeto, inclusive algumas que propunham reforma na Constituição Federal, com destaque para o capítulo da Saúde. Estas sugestões, conseqüentemente, deverão ser encaminhadas a outro fórum de discussão.

A questão da “regionalização”, como alternativa à “municipalização”, tal como apareceu em várias críticas, foi exaustivamente discutida. Prevaleceu o entendimento de que significava uma distorção dos termos da legislação vigente, uma vez que a regionalização não pode ser entendida como a criação de uma instância intermediária com autonomia e relacionamento direto com as esferas estadual e federal e sim como uma articulação e mobilização municipal que leva 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. Sendo assim, também não pode ser um pré-requisito para a descentralização.

Outras questões relevantes foram discutidas no âmbito da Comissão Técnica Tripartite, de onde foram tirados os seguintes encaminhamentos:

PONTOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS	ENCAMINHAMENTOS
1) Necessidade de corrigir distorções da série histórica como base de cálculo do teto financeiro	Estudos visando introdução de fatores de correção, tais como: capacidade potencial de produção, população adscrita, etc
2) Necessidade de estabelecer requisitos para a gestão municipal de AIH.	Definição de requisitos: Conselho de Saúde atuando: autorizador médico com residência no município e (vinculado) ao poder público municipal; Fundo de saúde ou Conta Especial; capacidade de exercer as funções de programação, acompanhamento e controle. A verificação destes requisitos é papel da Bipartite.
3) Necessidade de uma sistemática de compensação de AIH's interestadual e intermunicipal.	Estudos conjuntos com a DATASUS buscando viabilizar um sistema de compensação.
4) Necessidade de reorganização da esfera federal.	Em andamento, sob responsabilidade da comissão nomeada pela Portaria Interministerial N° 224 de 18/02/93.
5) Ausência de uma política de investimentos.	Atribuição ao estado do papel de coordenador do plano Estadual de investimentos, a partir dos planos Municipais que deverão ser consolidados em um Plano Nacional de Prioridades de investimentos, todos aprovados pelos respectivos Conselhos.

II - AS RAÍZES E AS RAZÕES DA PROPOSTA DE MUDANÇA

O Brasil é, ainda hoje, exemplo de desigualdade, de injustiça e de exclusão. Mais de dois terços de sua população não dispõe de renda suficiente para assegurar o acesso a condições de vida que respeitem os mínimos direitos da cidadania. Trinta e dois milhões de brasileiros passam fome. Sessenta, em cada mil crianças que nascem, morrem antes de completar um ano de vida. São milhões os brasileiros que estão sujeitos a doenças como tuberculose, malária, esquistossomose, Doença de Chagas, males inexistentes nas sociedades mais justas. As condições de atenção à saúde da população estão entre as mais precárias.

Em outras palavras, o modelo de desenvolvimento econômico dominante no Brasil, nas últimas décadas, apresenta como resultado uma população exaurida, vivendo em situação de desigualdade social, num quadro desalentador de recessão e desemprego, que clama por uma solução urgente.

Alguns dos principais traços desse modelo, acentuado pelo regime militar de 1964, podem ser sumarizados :

- a) profunda centralização de recursos e de poder na esfera federal, determinada pela necessidade de assegurar a sustentação da acumulação capitalista nas sucessivas fases da industrialização;
- b) concentração espacial das atividades produtivas mais dinâmicas, provocando enormes desigualdades regionais;
- c) extrema desigualdade na distribuição da renda;
- d) ausência de prioridade às ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades básicas da população;
- e) perda, pelos governos estaduais e municipais, de receita e autonomia de gestão, em conseqüência da forte dependência das transferências federais.

Mais recentemente, no bojo da crise desse modelo, políticas de redução do gasto público, adotadas como resposta a crises econômicas recorrentes, têm afetado de modo geral os programas sociais e, em particular, os da área da saúde, acarretando um decréscimo drástico e persistente do aporte real de recursos financeiros para o setor.

Três outros fatores têm contribuído para tornar ainda mais dramático o efeito provocado pela retração do volume de recursos financeiros disponíveis. O primeiro deles, decorrente do reconhecimento da saúde como direito social e da conseqüente ampliação do dever do Estado na Constituição de 1988, consiste na obrigação de prover, para um maior número de pessoas um leque mais diversificado de ações e serviços, o

que exige um reordenamento de prioridades ainda não realizado pelos governos.

O segundo, a concomitante elevação dos custos, advinda do aumento da complexidade do trabalho em saúde em resposta a transformações sociais, demográficas, epidemio-lógicas e do próprio processo de incorporação tecnológica, associado às efetivas necessidades da atenção à saúde.

O terceiro, a má utilização dos recursos, é mais antigo e quase uma tradição no Brasil, podendo ser observado, em suas diversas modalidades, em todas as esferas e níveis de prestação de serviços. Ações governamentais centralizadas e desordenadas, marcadas pela privatização e clientelismo político-partidário; um modelo de atenção centrado na cura da doença e na hospitalização; ausência de prioridade às ações de promoção e prevenção e à provisão de condições sanitárias básicas; inadequação quali-quantitativa da oferta de serviços; inexistência de controles sobre a rede de prestadores de serviços; profissionais desmotivados e não qualificados; desperdício de materiais; uso inadequado de técnicas e equipamentos, entre outros problemas, aliados à precariedade das atividades de regulação e controle dos processos de produção, distribuição e consumo dos produtos de interesse para a saúde, do meio ambiente e do local de trabalho, são certamente co-responsáveis pela ineficácia do sistema de saúde e se refletem em aumento dos gastos ou, melhor dizendo, das perdas do setor saúde.

A mudança deste quadro foi o objetivo que orientou a elaboração dos dispositivos constitucionais que, consagrando a saúde como direito social, estabeleceram os princípios sobre os quais o Estado deveria prover condições para o seu exercício.

III - PRINCÍPIOS NORTEADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pela primeira vez, no Brasil, a Constituição Federal de 1988 inscreveu a saúde como direito social (Tít.11, Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Cap. II, art.6). E não apenas a reconhece como direito de cidadania. Em seu art.194, define os princípios fundamentais sobre os quais se assentará o sistema de Seguridade Social, que inclui as ações "destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social". Esses princípios são:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;*
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;*
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;*
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;*
- V - equidade na forma de participação no custeio;*
- VI - diversidade da base de financiamento;*
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empregados e aposentados."*

Ao destinar, no Tít. VIII-Da Ordem Social, toda a Seção II para definir as diretrizes básicas que deverão orientar a garantia de provisão de condições para o exercício desse direito, estabelecendo como de relevância pública as ações e serviços de saúde, o texto constitucional explicita em seu art. 198:

"As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- III – participação da comunidade."*

Ao dispor sobre a "descentralização, com direção única em cada esfera de governo", o texto constitucional reforça o disposto em seu artigo primeiro, no qual é atribuída ao Município a condição de ente federado, e se alinha com as mais modernas tendências de organização do Estado, de reconhecimento e revalorização do papel dos governos locais na provisão de serviços públicos essenciais.

Ao longo do processo de transição democrática a questão da descentralização ganhou força, pela oportunidade que oferece de maior racionalidade e de maior controle social sobre as ações estatais, consolidando-se na Constituição de 1988 com um perfil nitidamente federativo e municipalista.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de governo.

Para cumprimento desses mandados legais, após quatro anos de promulgação da nova Constituição, se faz necessário que os Administradores Públicos, junto com a sociedade, se disponham a ter a **OUSADIA DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR A LEI.**

1 - PRESSUPOSTOS

O Ministério da Saúde assume como prioridade absoluta nesta gestão o cumprimento dos dispositivos legais que regulam a implantação do SUS.

Para tanto, foi constituído, no âmbito da Secretaria Executiva do MS, o Grupo Especial para a Descentralização, com objetivo de elaborar propostas que viabilizassem o aprofundamento do processo de implantação do SUS, priorizando a descentralização.

A tarefa inicial deste grupo, constituído por técnicos pertencentes a diversas áreas do MS, foi buscar a construção de uma unidade conceitual e operacional em relação ao processo de descentralização que resulte em diretrizes claras para orientar as decisões de todas as áreas do MS.

Nessa direção, o G.E.D., explicitou alguns pressupostos:

- a) a descentralização tem que ser compreendida como um **processo de transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social;**

- b) como em todo processo que envolve dimensões políticas, sociais e culturais, a sua realização pressupõe **diálogo, negociação e pactuação entre os atores**, que vão constituir a base de legitimação das decisões, mediante:
 - b.1) **imediate implantação dos Conselhos de Saúde paritários e deliberativos**, mecanismo privilegiado de participação e controle social;

 - b.2) **ação integrada entre os gestores do sistema nos três níveis de governo**, com a articulação permanente entre o MS, CONASS E CONASEMS, através de Comissão Tripartite Intergestores, na esfera federal e, no âmbito de cada Estado, de Comissões Bipartites Intergestores, compostas por representantes das secretarias estaduais e por membros das entidades de representação dos secretários municipais de saúde;

- c) **a flexibilidade e a gradualidade** do processo de transformação do sistema de saúde, que não comporta rupturas bruscas, que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem as novas. Assim, um período de transição será imprescindível, ao longo do

qual coexistirão estruturas e instrumentos que, em prazo definido, se reorganizarão, de modo a que as novas substituam as antigas sem que se observe solução de continuidade na atenção à saúde da população.

2 - O NOVO MODELO ASSISTENCIAL

A perspectiva de alcance de um novo modelo assistencial, conforme preconiza a Constituição Federal e as Leis 8.080 e 8.142, necessariamente deverá passar por uma transformação profunda na organização e forma de funcionamento do Sistema Único de Saúde-SUS e, conseqüentemente, pela efetiva descentralização do sistema com comando único em cada esfera de governo.

O conceito de unicidade do sistema de saúde, preconizado na legislação, não deve ser entendido como forma única de organização em todo o território nacional. É preciso levar em consideração as enormes desigualdades identificadas no país, sejam elas de natureza cultural, econômica ou social. A interpretação equivocada de unicidade como mesma forma de organização deve ser rejeitada.

A expressão Único, de que falam a Constituição e a Lei 8.080, deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário, estaria englobando a universalidade, a equidade e a integralidade e, do ponto de vista organizacional a descentralização, a regionalização e o controle social.

O modelo assistencial, portanto, será construído através de:

- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- controle social, através dos Conselhos de Saúde, com poder deliberativo sobre a política e recursos da área de saúde;
- acesso às informações e dados em saúde;
- acesso gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema;
- implantação de um sistema de referência e contra-referência municipal, regional, estadual e interestadual;
- hierarquização e regionalização da rede de serviços de saúde a nível municipal, estadual e nacional;
- controle sobre a produção, distribuição e consumo de produtos e serviço que envolvam riscos à saúde;

- participação complementar dos serviços privados;
- controle e avaliação efetivos sobre a qualidade e quantidade dos serviços prestados pela rede;
- ações individuais e coletivas, visando a promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde;
- ampliação das ações de caráter preventivo e melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial, visando a redução das internações;
- incorporação das atividades de vigilância em saúde como parte da rotina dos serviços, incluindo ações voltadas ao ambiente e à saúde do trabalhador.

Tal Sistema Único tem como objeto a saúde; não aquela definida simplesmente pela ausência de doença, com seus desdobramentos hospitalocêntrico e medicocêntrico e subordinação à oferta de serviços. Mas saúde entendida como um requisito para o exercício pleno da cidadania e que envolve indivíduo, coletivo e ambiente com todas as suas inter-relações.

Este é o salto de qualidade conceitual que se objetiva e que deve apontar na direção de novas práticas que produzam o reordenamento do sistema.

A Constituição de 1988 reconheceu que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (ambiente, habitação, saneamento, etc.), o meio sócio-econômico e cultural (ocupação, renda, alimentação, educação, etc.) e a oportunidade de acesso a serviços e ações que configurem a integralidade da assistência, do que decorre que o dever do Estado de prover o pleno gozo deste direito não se esgota na organização setorial. Antes, a saúde deve se constituir em objetivo do conjunto da ação estatal, em todas as esferas de governo.

3 - CONTROLE SOCIAL

A existência de um efetivo controle social sobre a ação governamental, em todos os níveis, é requisito essencial à adequada implementação da proposta de construção do Sistema Único de Saúde. Entendido o controle social como exercício da cidadania, o cumprimento desse requisito transcende a ação estatal e exige a presença de organizações legítimas de representação de interesses dos diversos segmentos sociais. Implica, porém, na existência, no âmbito das agências públicas, de mecanismos que assegurem as condições de acesso a informações e de democratização dos processos decisórios.

A legislação que ordena a implantação do SUS estabelece a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde como mecanismos privilegiados para o atendimento desse requisito. A lei 8.142/90 determina, em seu Artigo Primeiro, que o SUS *"contará, em cada esfera de Governo, sem*

prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde."

À Conferência de Saúde, que deverá ter a representação dos vários segmentos sociais, cabe a proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas correspondentes, devendo ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, deverá ter caráter permanente e deliberativo e atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Determina ainda a mesma lei que "a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos". Cumpre destacar, ainda, a necessidade de que seja assegurada a legitimidade dessa representação, o que impõe que a mesma deva ser livremente estabelecida pelas entidades de representação dos diversos segmentos, sem qualquer constrangimento por parte dos gestores públicos.

A adequada atuação desses foros pressupõe, ainda, a existência de mecanismos e procedimentos de gestão que confirmem visibilidade aos atos dos gestores e permitam o acesso às informações necessárias à ação de controle. Nesse sentido, a existência de boletins informativos e de sistemas acessíveis de informação sobre a gestão e sobre a execução financeira constituem requisitos adicionais indispensáveis.

Trata-se, portanto, de consolidar instrumentos que viabilizem a prática da democracia participativa, criando condições para os cidadãos, através de órgãos representativos da sociedade civil, participarem das decisões do Estado que afetam suas vidas nas questões de saúde.

4 - RECURSOS HUMANOS

A ausência de uma política de recursos humanos para o SUS representa, juntamente com o financiamento, um dos maiores desafios à sua consolidação.

No aspecto relativo ao desenvolvimento de RH faz-se necessário que os gestores do SUS, no seu âmbito de competência, ordenem a formação, capacitação e reciclagem de pessoal, executando diretamente estas ações, quando necessário, em uma cooperação técnica e financeira das três esferas de governo.

A constituição de comissão para elaboração dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários é uma exigência da Lei 8.142, que deve ser acompanhada para não ser apenas uma formalidade. Os PCCS nos três níveis de governo devem ser buscados no curto prazo.

Outro problema que vem sendo objeto de exaustivas discussões e estudos é a heteronomia salarial, conseqüência da própria história de construção do SUS, onde os trabalhadores do setor saúde mantêm seus vínculos institucionais de origem, agora sob responsabilidade de um mesmo gestor. Apesar disso, ainda não existe uma proposta que apresente uma solução consensual para esta questão.

A IX Conferência Nacional de Saúde remeteu à Conferência Nacional de Recursos Humanos, a ser realizada ainda em 1993, o debate destes e de outros aspectos relacionados com a administração de RH no SUS. Além deste caminho, torna-se imprescindível criar um **fórum permanente para acompanhar e deliberar sobre questões imediatas advindas da transferência de pessoal aos estados e municípios, constituída por representantes do Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS e a representação sindical dos trabalhadores em saúde.**

5 - PATRIMÔNIO

A **rede federal de serviços de saúde** remanescente, ambulatorial e hospitalar, incluindo as unidades da Fundação Nacional de Saúde, será descentralizada, segundo as diretrizes aqui apresentadas, a partir da manifestação de interesse dos estados e municípios, aprovada pelos respectivos Conselhos de Saúde, respeitados os acordos realizados nas Comissões Tripartite e Bipartites.

Para efetivação deste processo está sendo elaborado um diagnóstico da situação vigente no que se refere a patrimônio e recursos humanos, para orientar a adoção de estratégias de descentralização adequadas às diferentes realidades existentes.

6 - FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

Simultaneamente às reformulações de caráter estrutural e operacional, há necessidade de que seja equacionada a questão do financiamento do sistema de saúde. Ainda que as medidas propostas possam ser importantes no sentido de conferir maior racionalidade e eficácia aos gastos com saúde, não há como deixar de destacar a insuficiência dos recursos atualmente destinados ao setor e os efeitos negativos da irregularidade dos fluxos financeiros.

O financiamento das ações de saúde é responsabilidade a ser compartilhada pelos três níveis de governo, devendo-se assegurar, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde.

Entretanto, isto só não basta. O enfrentamento desta situação-problema se inicia, necessariamente, na resposta a quatro perguntas-chave:

- A) COMO AMPLIAR A RECEITA NUM QUADRO RECESSIVO?**
- B) COMO RACIONALIZAR O CUSTO DA ASSISTÊNCIA E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE?**
- C) COMO ERRADICAR O DESPERDÍCIO?**
- D) COMO ELIMINAR A CORRUPÇÃO?**

Trata-se, no primeiro caso, de um desafio de natureza essencialmente política, no sentido de adotar medidas capazes de efetivar um compromisso entre as três esferas de governo, quais sejam:

- programar e executar entre 10 e 15% das receitas próprias da União, Estados e Municípios;
- definir claramente os itens que compõem o gasto com saúde para efeito da alocação dos recursos ao setor;
- explicitar nos orçamentos e balancetes orçamentários estaduais e municipais o que são receitas próprias e oriundas de transferências;
- garantir que as atuais fontes de recursos para a Seguridade Social sejam arrecadadas em sua totalidade;
- combater a sonegação;
- evitar anistias e renúncias fiscais;
- exercer rigorosa vigilância para que reformas fiscais não venham a diminuir as receitas da saúde, trocando-se o certo, não cobrado e não esgotado, pelo incerto, desconhecido e duvidoso;
- impedir especialização de fontes da seguridade social, defendendo o sistema de caixa único para a saúde, previdência e assistência social, em proporções pré-estabelecidas pelo Conselho Nacional de Seguridade Social a cada ano e submetida ao Congresso na LDO;
- implantar gerência colegiada dos recursos da Seguridade Social, com participação das três áreas que a integram, assegurando o repasse imediato dos recursos quando da realização da receita;
- investir, urgentemente, na resolução da pendência jurídica relativa ao FINSOCIAL cobrando o pagamento dos devedores e agilizando a liberação dos depósitos judiciais.

No segundo caso, o desafio se reveste de cunho preponderantemente técnico e significa, em termos sintéticos, a reformulação do modelo assistencial dominante, a fim de assegurar a manutenção, em todos os pontos do sistema, do melhor padrão possível de cada uma e de todas as ações, serviços, processos e produtos que afetam o bem estar do indivíduo, do coletivo e a sanidade do ambiente, incluído o do trabalho. Considera-se como "melhor padrão possível", aquele que atenda, simultaneamente, a três requisitos: relação otimizada entre recursos financeiros, tecnológicos e resultados; acessibilidade equânime e universal e reconhecimento por parte dos usuários.

Erradicar o desperdício implica em reverter radicalmente a lógica da prática gerencial vigente. Isto implica que todos os gestores do sistema devem assumir responsabilidade pela regulação e controle dos recursos materiais, humanos, financeiros, tecnológicos, cognitivos e informativos, para extrair deles o resultado último, que é a melhoria das condições de saúde da população, prestando contas desse encargo às instituições competentes e a toda a sociedade.

Eliminar a corrupção é tarefa que só poderá obter êxito se for desenvolvida de modo compartilhado entre gestores públicos e sociedade. Envolve, na perspectiva da gestão, o estabelecimento de sistemas eficazes de controle e avaliação, a democratização do processo decisório e do acesso a informações, o estabelecimento de mecanismos que viabilizem o controle social. Mas exige também o exercício da cidadania, a presença de entidades de representação dos interesses coletivos atentas e comprometidas com esse objetivo, libertas dos vícios clientelistas, capazes de exercer efetivo controle social sobre a ação estatal.

7 - REDEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

O desenho de uma estratégia de descentralização impõe a explicitação das funções de cada nível de governo e a delimitação dos papéis em relação ao conjunto de competências concorrentes, tornando mais precisas as determinações da Lei 8.080/90.

Da análise dos dispositivos legais, pode-se estabelecer, em termos gerais, que:

- **à esfera federal** cabem as funções típicas de Estado Nacional: formulação de políticas nacionais, planejamento, normatização, avaliação e controle do sistema em seu âmbito, apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico e de recursos humanos; coordenação das ações de educação para a saúde; regulação do Sistema Único de Saúde de abrangência nacional; a cooperação técnica e financeira com estados e municípios; a regulação das relações público-privado; a regulação da atividade privada; a acompanhamento e análise de tendências do quadro sanitário nacional; a regulação dos padrões éticos de pesquisa; a regulação e o registro

de processos e produtos; a coordenação em nível nacional do Sistema de Informações em Saúde; a articulação intersetorial na esfera federal;

- **à esfera estadual** cabem a formulação da política estadual de saúde, a coordenação e planejamento, incluindo a regionalização e hierarquização da rede de serviços, formulação e coordenação da política de investimentos setoriais em seu âmbito; a coordenação da rede de referência estadual e gestão do sistema de alta complexidade; a coordenação estadual das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de educação para a saúde, dos hemocentros e da rede de laboratórios de saúde pública; o estabelecimento de padrões de atenção à saúde no seu âmbito, bem como a supervisão e cooperação técnica e financeira a municípios e, supletivamente, a execução, controle e avaliação de alguns serviços; formulação e coordenação das políticas relativas ao tratamento fora do domicílio, medicamentos especiais e órteses e próteses ambulatoriais.
- **à esfera municipal** cabem a provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive educação para a saúde e processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde.

O quadro anexo (Anexo 1) sumariza, segundo as principais funções de gestão, as disposições legais relativas às competências das três esferas de governo.

Estabelecidos esses parâmetros gerais, a configuração final da distribuição de tarefas sob encargo de cada nível de governo será resultado do amplo processo de negociação que permeará a transição, ao longo do qual se buscará suprimir as desigualdades hoje existentes e adequar as estruturas e práticas institucionais para o exercício dos novos papéis.

8 - FLEXIBILIDADE DA PROPOSTA

A transformação da situação atual na situação demarcada pelo arcabouço legal do SUS, requereu o desenho de um processo de transição no qual medidas de caráter inovador atingem todos os estados e municípios em diferentes graus de intensidade, compatíveis com a sua própria vontade e capacidade de absorver responsabilidades gerenciais e políticas. Este modo de agir dá lugar, de imediato, a um quadro intermediário em que os gestores poderão ter ampliado o seu espaço de governabilidade em relação à sua missão precípua, marcadamente diferenciado da situação atual.

A estratégia de implementação tem como pressupostos:

- 1) a necessidade de assegurar flexibilidade ao processo, de modo a permitir a consideração das diferentes realidades estaduais e municipais.
- 2) a exigência de um **processo negociado**, que assegure viabilidade política à execução das medidas operacionais.

O mecanismo proposto para atender a esses requisitos, após sucessivas reuniões da Comissão Tripartite, é a imediata constituição em cada Estado, de **Comissões Bipartites, integradas paritariamente por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e do órgão colegiado de representação dos Secretários Municipais de Saúde**. Do processo de negociação conduzido pela Comissão Bipartite participará a esfera federal, na condição de convidada, sempre que o objeto da negociação apresentar interface com suas ações no âmbito estadual.

Essas Comissões, criadas por Portaria do Secretário Estadual de Saúde, serão o "locus" para todas as negociações que o processo exija, a elas cabendo adequar as normas nacionais às condições específicas de cada unidade federada, respeitadas as diretrizes gerais do programa de descentralização.

Discussões havidas na Comissão Tripartite indicaram como composição desejável para as Comissões Intergestores Bipartites:

- a) Pela SES, o Secretário de Saúde, um representante da área de coordenação das ações de saúde (ou equivalente), um representante da área de planejamento e um representante da área de controle e avaliação;
- b) Pelo Colegiado de Secretários Municipais de Saúde – o Secretário do município da Capital, um Secretário de município de grande porte do Interior, um de município de médio porte e um de município de pequeno porte, indicados pelo Conselho ou Associação de Secretários Municipais de Saúde.

A forma de relacionamento entre as Comissões Bipartites e a Comissão Tripartite e destas com os Conselhos Estaduais e Nacional de Saúde pode ser melhor visualizada no esquema representativo deste fluxo, anexo ao presente documento (Anexo II).

1 - DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS

Convicto da necessidade de empreender medidas claras e irreversíveis no sentido de dar materialidade aos avanços propugnados na lei, o Ministério da Saúde toma a iniciativa de formular um projeto de operacionalização da municipalização de ações e serviços de saúde, conclamando a imprescindível participação de seus parceiros, aí incluída a sociedade organizada.

Caminhos para descentralização existem e dependem de uma ação pactuada. Não será possível atingir os objetivos constitucionais sem o prévio entendimento entre os gestores das três esferas, o que deverá ser obtido através da Comissão Tripartite, subsidiada por seus grupos técnicos, e sem o apoio decisivo dos diversos segmentos sociais interessados na questão.

A cada passo a discussão deverá ser ampliada, visando obter o suporte técnico, o apoio político e a adesão institucional necessários à sua implementação, incluindo obrigatoriamente os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo.

Por fim, este grande e contínuo movimento coletivo de viabilização do Sistema Único de Saúde deverá buscar seu espaço nos meios de comunicação de massa, para alcançar as mais diferentes parcelas da sociedade e, assim, realizar o objetivo de aprimorar a consciência sanitária da população brasileira.

Ao longo do processo de transição, coexistirão três situações diferentes no que se refere à configuração e gestão do sistema.

As três situações - transicional incipiente, transicional parcial e transicional semi-plena - representam situações progressivas, mas não necessariamente sequenciais, de gestão de estados e municípios sobre o SUS.

Na situação transicional incipiente as secretarias municipais de saúde passam a assumir a responsabilidade sobre a autorização do credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados/filantrópicos contratados no município; a distribuição de uma cota de AIH's negociada na Comissão Bipartite ou o correspondente a 8% da sua população; assumem o gerenciamento da rede ambulatorial existente no município; desencadeiam o processo de reorganização do modelo assistencial, incluindo a incorporação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária à rede de serviços e a própria capacitação para programar, acompanhar, avaliar e controlar suas ações de saúde.

Na situação transicional parcial os municípios e estados, além das responsabilidades gerenciais definidas na situação anterior, recebem os recursos financeiros referentes a diferença entre o que foi gasto com o pagamento de custeio aos prestadores públicos e privados (ambulatorial e hospitalar) e o teto financeiro fixado a partir de uma série histórica de gastos de custeio, submetida a um processo de correção de eventuais distorções. Além disso, essa medida permite as condições de gestão necessárias ao aprofundamento do processo de reformulação do modelo assistencial, à ampliação de sua responsabilidade com relação à vigilância sanitária e epidemiológica, viabilizando o deslocamento do eixo do sistema para as ações de saúde coletiva.

Na situação transicional semi-plena os estados e municípios, do ponto de vista da capacidade gerencial e do reordenamento do modelo assistencial estarão exercendo a totalidade de suas responsabilidades. A transição, neste caso, se caracteriza pela manutenção da série histórica corrigida como base para determinação dos tetos financeiros a serem repassados diretamente (totalidade dos recursos de custeio ambulatorial e hospitalar).

Finalmente, na **situação "desejada"**, estados e municípios, tendo assumido plenamente a gestão do SUS em suas esferas de governo, passam a receber o repasse financeiro global, direto e automático, nos termos da legislação vigente.

Para que a situação desejada seja atingida é imprescindível que sejam assegurados para o setor saúde não apenas o fluxo regular de repasses financeiros das diversas fontes da Seguridade Social para o Fundo Nacional de Saúde como também a destinação e utilização efetiva de 10 a 15% das receitas fiscais próprias da União, Estados e Municípios.

Além disso, várias medidas político-administrativas são necessárias nas diversas situações propostas, que irão se constituir nos requisitos listados como essenciais para que estados e municípios possam avançar em relação às situações de gestão descritas.

São colocados como **requisitos para os municípios**:

a) Para superar a situação atual/prestador e alcançar a situação transicional/incipiente:

- manifestar, através de documento padrão encaminhado à Comissão Bipartite - ou na inexistência desta à Comissão Tripartite - seu interesse em assumir o controle de contratos ambulatoriais e hospitalares com os prestadores privados e filantrópicos, distribuir sua cota de AIH's e assumir a gestão da rede pública ambulatorial estadual e federal, bem como as ações de vigilância à saúde;

- dispor em seu corpo funcional de médico responsável pela emissão das autorizações de AIHs, que não tenha vínculo com o setor contratado;
- dispor de condições mínimas para planejar, acompanhar controlar e avaliar os serviços;
- ter criado, e estar em funcionamento, o Conselho Municipal de Saúde;
- dispor de Fundo Municipal de Saúde ou, até sua criação, de Conta Especial para a saúde.

b) Para alcançar a situação transicional/parcial:

- implementar as medidas previstas para o município na condição anterior;
- cumprir todas as exigências da lei 8.142/90;
- apresentar à Comissão Bipartite o Relatório de Gestão e o Plano de Saúde atualizados;

c) Para alcançar a situação transicional semi-plena:

- implementar as medidas previstas na condição anterior;
- apresentar à Comissão Bipartite um Plano de Compromisso, incluindo os balancetes financeiros do Fundo Municipal de Saúde, atas das reuniões do CMS, gastos do Tesouro Municipal com saúde e um sistema organizado para efetuar pagamentos, controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares dos prestadores privados contratados;
- garantir o fluxo de informações definidas para os níveis estadual e federal, visando a manutenção e atualização dos bancos de dados do SUS.

Para os estados, os requisitos são os seguintes:

a) Para superar a situação atual/incipiente e passar para a situação transicional/parcial:

- manifestar interesse em assumir esta condição;
- cumprir todas as exigências da lei 8.142/90;
- realizar planejamento e programação integrada com os municípios;

- apresentar à Comissão Tripartite relatório de gestão e Plano Estadual de Saúde atualizados, inclusive programação de investimentos.

b) Para alcançar a situação transicional semi-plena:

- implementar as medidas previstas na condição anterior;
- apresentar à Comissão Tripartite um Plano de Compromisso, incluindo os balancetes financeiros do Fundo Estadual de Saúde, atas das reuniões do CES, gastos do Tesouro Estadual com saúde e um sistema organizado para efetuar pagamentos, controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares dos prestadores contratados;
- garantir o fluxo de informações definidas para o nível federal, visando a manutenção e atualização dos bancos de dados nacionais do SUS.

O detalhamento e os mecanismos específicos de cada uma das situações acima descritas estão contidas no anexo III. Estratégias relativas a outras ações atualmente sob responsabilidade federal - vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saneamento básico, etc. - serão objeto de documentos complementares.

Em relação aos Recursos de Investimento das três esferas de governo propõe-se a elaboração de Planos Municipais e Estaduais de Investimentos, que serão incorporados ao Plano Nacional de Prioridades de Investimentos, compatibilizado ao Plano Plurianual. **Os Planos de Investimentos deverão, obrigatoriamente, ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.**

À esfera estadual incumbirá a coordenação, em seu âmbito, dos investimentos e a gestão do Plano Estadual de Investimentos, respeitadas as prioridades explicitadas nos Planos Municipais e Estadual de Saúde.

O Plano Nacional de Prioridades de Investimentos deve ser preparado em tempo hábil para orientar a elaboração da proposta orçamentária e enviado ao Congresso Nacional para nortear a inclusão de emendas parlamentares para a área de saúde.

2 - REORGANIZAÇÃO DA ESFERA FEDERAL

A redefinição do papel do governo federal impõe a revisão da organização administrativa do MS, que deverá ser adequada às novas funções que passarão a ser exercidas, não apenas em seu núcleo central como também nas unidades estaduais e regionais das entidades vinculadas ao MS.

Da mesma forma que a descentralização das ações típicas das demais esferas de governo, essa transformação do aparato estatal setorial deverá

ocorrer de modo a não comprometer a continuidade das ações ao longo do processo.

A discussão sobre o reordenamento do sistema de saúde exige a incorporação de propostas claras quanto ao papel de cada um dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, incluindo a administração direta, a FNS, o INAMPS, a FIOCRUZ, a CEME e o INAN, envolvendo não só a questão da identificação de ações que devam ser transferidas a outros níveis de governo como a definição de ações e linhas programáticas que explicitem o papel da esfera federal ou constituam apoio às demais esferas de governo, comprometendo o conjunto das instituições federais no processo de consolidação do SUS.

O debate acerca dessas questões está desencadeado, embora ainda se encontre bastante embrionário em algumas áreas, não sendo possível incorporar a este documento propostas concretas para todas. Contudo, o processo de discussão deverá ser agilizado nos próximos meses de modo a que se obtenha, ao final do 1º semestre, um elenco de proposições que conduzam à integração de todo o MS ao processo de implantação do Sistema Único de Saúde e orientem um amplo processo de reorganização administrativa.

Diante destes objetivos, o G.E.D. propõe a criação de foros de articulação e coordenação do processo de redefinição das funções e de reorganização administrativa do MS. Para tanto, seriam criados Grupos-Tarefa, constituídos por profissionais lotados nos diferentes órgãos e entidades do MS, aos quais incumbirá redefinir estratégias para cada área, articular e coordenar as ações do MS no marco de seu novo papel no Sistema Único de Saúde e propor as transformações do sistema a todas as esferas de governo.

Esses grupos-tarefa se reportariam ao Grupo Especial para a Descentralização, também composto por técnicos de diversas áreas/órgãos do Ministério da Saúde, inclusive os coordenadores dos GTs. As atribuições do Grupo Especial para a Descentralização incluem a formulação e proposição de estratégias e diretrizes para a implantação do SUS; a análise das alternativas técnicas apresentadas pelos GTs; o assessoramento e articulação com o Colegiado de Direção do MS; a promoção da articulação entre os GTs e da integração das áreas. Em síntese, a este grupo caberá coordenar e conduzir, no plano técnico-administrativo, o processo de descentralização e as transformações nele implícitas. Para tanto, se valerá do trabalho de todo o corpo técnico dos diversos órgãos do MS, que passará a atuar de forma matricial, sob orientação dos GTs, até que se conclua o processo de reestruturação da esfera federal.

Essa característica dos GTs merece destaque: não se trata de constituir um estrutura nova, alheia ao MS, mas de desencadear um processo de redesenho das funções e de articulação interna que venha a viabilizar as transformações estruturais indispensáveis ao desempenho do novo papel da esfera federal.

Propõe-se que os Grupos-Tarefa se constituam nas seguintes áreas:
Financiamento

A este grupo caberá a coordenação do conjunto de órgãos e funções relacionadas à captação de recursos e à gestão financeira dos mesmos. Sua tarefa primordial será a de produzir estudos e conduzir negociações que viabilizem o estabelecimento de um fluxo regular e suficiente de receitas para o Sistema Único de Saúde. Nessa tarefa, seu espaço de atuação inclui a articulação com os Ministérios do Planejamento, da Fazenda, da Previdência Social, do Bem Estar Social, do Trabalho e com o Congresso Nacional.

Caberá também a este GT a supervisão e o estabelecimento das diretrizes para a gerência do Fundo Nacional de Saúde, que deverá realizar toda a gestão financeira do Sistema no nível federal.

Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Suas funções incluem a proposição de política de desenvolvimento científico e tecnológico; o estabelecimento de diretrizes para incorporação tecnológica e para o fomento à produção de equipamentos/insumos; a indução à pesquisa/investigação em áreas prioritárias, em articulação com as agências de fomento.

Recursos Humanos

Ao GTRH incumbirá a proposição da política nacional de RH para o SUS; a elaboração de diretrizes e o apoio técnico à preparação e gestão de RH para o Sistema; ordenar a formação em articulação com o aparelho formador e entidades profissionais; a gestão dos RH da esfera federal e a regulação, onde couber, da gestão de RH no SUS,

Planejamento e Orçamento

O GT de Planejamento e Orçamento coordenará no âmbito nacional e executará no âmbito federal, as atividades regulares do processo de planejamento: formulação de políticas, elaboração de planos, programação orçamentária, acompanhamento e avaliação. Será também sua tarefa a proposição de critérios para a descentralização, particularmente os referentes à implantação de mecanismos de repasse global e automático de recursos às demais esferas e o acompanhamento e avaliação de sua implementação.

Vigilância Epidemiológica e Informação em Saúde

Ao GT de Vigilância Epidemiológica e Informação em Saúde caberá coordenar a gestão, no âmbito federal, da captação, análise de dados e difusão de informações em saúde; promover a organização e coordenação, no nível nacional, do sistema de vigilância epidemiológica e de informação em saúde; articular-se com órgãos/instituições responsáveis pela análise de dados e pela produção de informações.

Saúde do Trabalhador

A peculiar situação da área de saúde do trabalhador, cujas ações se encontram hoje distribuídas entre diversos ministérios, na esfera federal, recomenda a constituição de um Grupo de Trabalho específico, que deverá se incumbir do reordenamento da área, estabelecendo papéis e responsabilidades na execução e no financiamento das diversas ações, bem como mecanismos de articulação intersetorial.

Qualidade da Assistência à Saúde

A este Grupo-Tarefa incumbirá a proposição de políticas, a formulação de diretrizes e a elaboração de normas de âmbito nacional que assegurem a qualidade da assistência à saúde. Também se incluem entre suas atribuições a proposição de medidas de fomento à investigação e à produção de insumos estratégicos, a normatização referente à incorporação tecnológica, a regulação da atividade privada e a regulação das relações público-privado.

Qualidade de Processos e Produtos

A este GT caberá propor políticas, regular e normatizar, em âmbito nacional, a qualidade de processos, serviços, produtos e substâncias de consumo e uso humano; definir instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária; fomentar a produção de insumos estratégicos.

Qualidade do Ambiente

Caberá a este GT propor políticas e articular-se com outros órgãos federais responsáveis pela política de meio ambiente para a definição de parâmetros de qualidade, o estabelecimento de mecanismos para proteção e recuperação do meio ambiente, o controle de agravos sobre o ambiente que tenham repercussão na saúde humana. Também se inclui entre as tarefas do grupo a articulação com o Ministério do Bem-Estar Social para a definição da política nacional de saneamento.

Incentivo à Participação e Controle Social

Este GT terá como incumbência a proposição de estratégias para o apoio à constituição dos Conselhos de Saúde e de outros canais de participação social e para a constituição de um sistema de comunicação social que assegure à população o acesso às informações indispensáveis ao exercício do controle social.

Ao apresentar esta proposta, o Ministério da Saúde tem plena consciência dos desafios que nela estão encerrados. Trata-se de introduzir uma mudança radical no atual quadro do sistema de saúde brasileiro. Superar as suas deficiências, eliminar suas falhas e construir um sistema de saúde capaz de oferecer aos cidadãos brasileiros as condições para o exercício do direito social à saúde.

Hoje, o sistema se caracteriza pela ineficiência, pela ausência de controle sobre a qualidade e a quantidade dos serviços, processos e produtos de interesse para a saúde, pela gestão marcada pela ausência de responsabilidades decorrente da indefinição de papéis e da condição de prestadores de serviços a que estão reduzidos os gestores públicos dos níveis estadual e municipal.

O projeto "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde" se configura como um compromisso coletivo, em um pacto que tem envolvido gestores públicos e entidades de representação dos diversos interesses relacionados com a questão da saúde, com especial atenção aos aspectos que dizem respeito aos interesses e necessidades da população usuária, e que deverá caminhar na direção da imagem desejada por todos aqueles que vem lutando por um sistema de saúde universal, integral, equânime e de boa qualidade.

Este processo ocorrerá, necessariamente, em ritmos e características diferentes em cada região do país, na dependência das especificidades e dos acordos firmados nas comissões intergestores bipartites.

Da mesma forma os diversos órgãos que compõem o MS caminharão em velocidades diferentes a depender de seus processos internos, do acúmulo anterior existente em relação às experiências de descentralização e das demandas externas que se constituam no sentido de impulsionar o ritmo desse processo.

Este projeto aponta uma direção e define uma estratégia de operacionalização que permite os necessários ajustes que o processo venha a exigir. O que se espera ao final é a efetivação do comando único em cada esfera de governo, com responsabilidade sanitária plena que resulte na efetiva melhoria da qualidade de saúde e de vida da população brasileira.

ANEXO I

**FUNÇÕES E ATRIBUIÇÕES DO NÍVEL MUNICIPAL,
ESTADUAL E FEDERAL NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS)
CONFORME LEI FEDERAL 8.080/90 E 8.142/90**

FUNÇÃO	ATRIBUIÇÕES COMUNS DE MUNICÍPIOS, ESTADOS E UNIÃO		
1. ELABORAR (FORMULAR) E IMPLEMENTAR	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 15- VIII O Plano de Saúde, atualizando periodicamente; - Art. 15- X a proposta orçamentária do SUS de conformidade com o Plano de Saúde; - Art. 36 o processo de Planejamento e Orçamento do SUS de forma ascendente do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos (Conselho Local, Municipal, Estadual e Nacional de Saúde); - Art. 15- IX a política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde em conjunto com outros órgãos governamentais; - Art. 15- VII a política de Saneamento Básico e proteção e recuperação do meio ambiente em conjunto com outros órgãos governamentais; - Art. 15- XX a definição das instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária; - Art. 15- XVIII a articulação da Política e do Plano de Saúde; - Art. 15- XXI programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial. 		
	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS		
	MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO
	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 18 e organizar as ações e os serviços de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 17- VIII em caráter complementar a política de insumos e equipamentos para a Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 16- I e apoiar políticas de alimentação e nutrição; - Art. 16- II política em conjunto com outros órgãos governamentais de controle das agressões ao meio ambiente; de saneamento básico e relativas as condições e aos ambiente de trabalho; - Art. 16- X a política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde em articulação com outros órgãos governamentais; - Art. 16- XVIII o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; - Art. 16- XIX o Sistema Nacional de Auditoria em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

FUNÇÃO	ATRIBUIÇÕES COMUNS DE MUNICÍPIOS, ESTADOS E UNIÃO		
2. NORMATIZAR (REGULAR)	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 15- V padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência e vigilância a saúde inclusive para promoção de saúde do trabalhador; - Art. 15- XI as atividades de serviços privados de saúde tendo em vista a sua relevância pública; - Art. 15- XVI a promoção, proteção e recuperação da saúde através de normas técnico-científicas; - Art. 15- XVII padrões éticos para pesquisas, ações e serviços de saúde em articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da Sociedade Civil; 		
	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS		
	MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO
	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 18- XII complementarmente as ações e serviços públicos de Saúde no seu âmbito de atuação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 16- XI em caráter complementar o controle e avaliação das ações e serviço de saúde; e estabelecer padrões, em caráter complementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 16- VII a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; - Art. 16- V critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho que tenham repercussão na saúde humana; - Art. 16- IV mecanismos de controle, de agravos sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana, em conjunto com outros órgãos governamentais; - Art. 16- VIII os critérios, parâmetros e métodos para controle de qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano; - Art. 16- X a produção de insumos e equipamentos para saúde em articulação com os demais órgãos governamentais; - Art. 16- XIV as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde; - Art. 16- XVI e implementar o Sistema Nacional de Sangue, componentes e derivados.

FUNÇÃO	ATRIBUIÇÕES COMUNS DE MUNICÍPIOS, ESTADOS E UNIÃO		
3. COORDENAR	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 15- IV e organizar o sistema de informação em saúde; - Art. 15- XXI programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial. 		
	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS		
	MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO
	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 18- II a programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 17- III ações e serviços de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, e de saúde do trabalhador; - Art. 17- X a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 16- III e definir os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária; - Art. 16- V a política de saúde do trabalhador; - Art. 16- VI as ações de vigilância epidemiológica; - Art. 16- XVI nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, componentes e derivados; - Art. 16- XIX a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

FUNÇÃO	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS		
4. GERIR	MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO
	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 18- I os serviços públicos de saúde; - Art. 18- VIII laboratórios públicos de saúde e hemocentros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 17- IX sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional; - Art. 17- X os laboratórios de saúde pública e hemocentros, que permaneçam em sua organização administrativa. 	

FUNÇÃO	ATRIBUIÇÕES COMUNS DE MUNICÍPIOS, ESTADOS E UNIÃO		
5. EXECUTAR	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 15- II a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano à saúde; - Art. 15- IX a política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde em conjunto com outros órgãos governamentais; - Art. 15- VII ações de saneamento básico e de proteção e recuperação do meio ambiente em conjunto com outros órgãos governamentais; - Art. 15- XII operações externas de natureza financeira de interesse da saúde autorizadas pelo Senado Federal; - Art. 15- XIX programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial. 		
	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS		
	MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Art. 18- I os serviços públicos de saúde ; - Art. 18- III as ações referentes as condições e aos ambientes de trabalho em conjunto com outros órgãos governamentais; - Art. 18- IV serviço de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição de saneamento básico, e de saúde do trabalhador; - Art. 18- V a política de insumos e equipamentos para a saúde no âmbito municipal; - Art. 18- X a celebração de contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 17- I a descentralização, para os municípios, dos serviços e das ações de saúde; - Art. 17- III supletivamente ações e serviços de saúde; - Art. 17- IV em caráter complementar ações e serviços: de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, e de saúde do trabalhador; - Art. 17- VI ações de saneamento básico em conjunto com outros órgãos governamentais; - Art. 17- VII ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho em conjunto com outros órgãos governamentais; - Art. 17- VIII em caráter suplementar a política de insumos e equipamentos para a saúde; - Art. 17- IX a identificação de estabelecimentos hospitalares de referência regional e estadual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 16- VII a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; - Art. 16- X a política nacional de produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com outros órgãos governamentais; - Art. 16- XI a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; - Art. 16- XV a descentralização, para as unidades federais e para os municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal; - Art. 16- Parágrafo Único ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais como na ocorrência de agravos inusitados a saúde que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional. 	

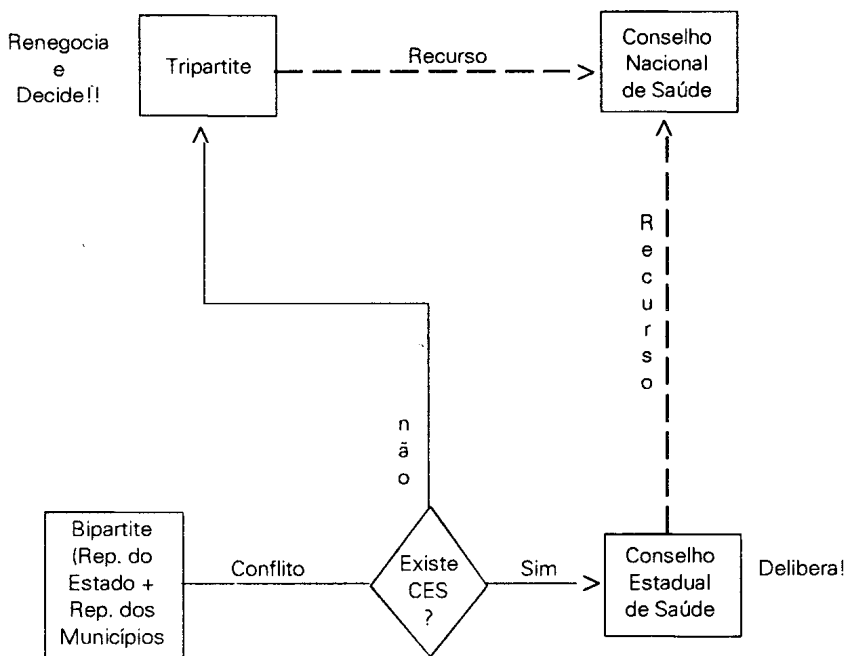
FUNÇÃO	ATRIBUIÇÕES COMUNS DE MUNICÍPIOS, ESTADOS E UNIÃO		
6. CONTROLAR, AVALIAR E FISCALIZAR	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 15- I as ações e serviços de saúde com definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização. - Art. 15- III o nível de saúde da população e das condições ambientais. 		
	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS		
	MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO
	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 18- I as ações e os serviços de saúde; - Art. 18- III as ações referentes as condições e aos ambientes de trabalhos com outros órgãos governamentais; - Art. 18- VI as agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las; - Art. 18- X a execução dos contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde; - Art. 18- XI os procedimentos dos serviços privados de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 17- II as redes hierarquizadas do SUS; - Art. 17- V os agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; - Art. 17- VII as condições e os ambientes de trabalho em conjunto com outros órgãos governamentais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 16- I as políticas de alimentação e nutrição; - Art. 16- X a produção de insumos e equipamentos para a saúde; - Art. 16- XII os procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; - Art. 16- XVII as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.
FUNÇÃO	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS		
COOPERAR (COLABORAR)	MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO
	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 18- IX com a união e com os estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 17- III técnica e financeiramente com os municípios; - Art. 17- XIII com a união na execução de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 16- XIII técnica e financeiramente com os estados, municípios e distrito federal para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.
FUNÇÃO	ATRIBUIÇÕES COMUNS DE MUNICÍPIOS, ESTADOS E UNIÃO		
ARTICULAR	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 7- XI os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos na prestação de serviço de assistência a saúde da população. 		
	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS		
	MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Art. 18- II com a direção estadual o planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 18- II com os municípios o planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 16- IX os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como entidades representativas de formação de recursos humanos na área da saúde. 	

FUNÇÃO	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS		
	MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO
FORMAR	- Art. 18- VII consórcios administrativos intermunicipais.		
ORGANIZAR	- Art. 10- 2º distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicos e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.		
ESTABELECEER			- Art. 26- 1º critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial que deverão ser aprovados no Conselho Nacional de Saúde.
PROPOR	ATRIBUIÇÕES COMUNS DE MUNICÍPIOS, ESTADOS E UNIÃO		
	- Art. 15- XV a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e meio ambiente; - Lei 8.142 Art. 17- 1º as diretrizes para a formulação da política de saúde e avaliar a situação da saúde deve ser feita pela Conferência de Saúde a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, convocada pelo poder executivo em cada esfera de governo ou extraordinariamente por este ou pelo Conselho de Saúde.		
DELIBERAR	- Lei 8.142 Par. 2º e Par. 4º sobre as estratégias e atuar no controle de execução da política de saúde inclusive nos aspectos econômicos e financeiros cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo, cabe ao Conselho de Saúde, órgão colegiado com caráter permanente e deliberativo composto por representantes do Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferência de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.		
INFORMAR (DIVULGAR)	- Art. 7- V as pessoas assistidas sobre sua saúde; - Art. 7- VI quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário.		
DAR ACESSO	- Art. 39 aos serviços de informática e base de dados, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada e disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas.		
PRESERVAR	- Art. 43 a gratuidade das ações e serviços de saúde nos serviços públicos e nos privados contratados.		
INTEGRAR	- Art. 45- 1º os serviços de saúde estaduais e municipais de previdência social à direção correspondente do SUS conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.		
CONTAR	- Lei 8.142 Art. 4 com Fundo de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, contrapartida de recursos para saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários.		
DEPOSITAR	- Art. 33 em conta especial os recursos financeiros do SUS e movimentar sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.		

ANEXO II

FLUXO

FLUXO DE DECISÃO NA BIPARTITE



1. A Bipartite é um fórum de negociação e decisão na esfera estadual, em assuntos relativos a operacionalização do Sistema em seu território. No caso da impossibilidade de resolução de conflitos no âmbito deste fórum, a questão deverá ser levada à deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência deste, o problema será submetido a Tripartite para sua solução.
2. Em qualquer dos dois casos, poderá ser usado como instância de recurso o Conselho Nacional de Saúde, que por sua vez terá a seu critério consultar ou delegar à Tripartite a resolução do problema.

ANEXO III
QUADROS

QUADRO I SITUAÇÃO ATUAL X SITUAÇÃO DESEJADA COMPARAÇÃO DAS FUNÇÕES E PROCESSOS DE GESTÃO EM CADA NÍVEL DE GOVERNO					
CARACTERIZAÇÃO	SITUAÇÃO ATUAL			SITUAÇÃO DESEJADA	
	Nível Federal	Nível Estadual	Nível Municipal	Nível Federal	Nível Municipal
1. Gestão	Superposição aos outros níveis	Parcial	Apenas prestador		PLENA
2. Responsabilidade Sanitária	DEFINIÇÃO PRECÁRIA OU INDEFINIÇÃO				
3. Formulação da Política de Saúde	- Fragmentação - Baixo nível de coerência interna - Pontualismo			Macro política setorial típica do Estado Nacional	Definição da política est de saúde em consonância com a pol. nac. e em articulação c/ as polít. munic. saúde
4. Processo normativo	- Ingerência - Omissão - Duplicação		- Inadequação - Omissão	Estabelecimento de diretrizes, normas e padrões de âmbito federal	Estabelecimento de diretrizes, normas e padrões de âmbito munic. e complementarmente ao estadual
5. Execução de Ações e Serviços	Em duplicidade com os municípios		Parcial, sem comando único estabelecido	Apenas atribuições previstas na Constituição	Executor preferencial de ações e serviços de interesse individual, coletivo e ambiental
6. Processo de Controle	Desordenamento, ineficácia, não diferenciação entre gestores e prestadores	Reproduz as características federais, com nível mais baixo de organização	Não realiza, com poucas exceções	Auto-controle e controle do sistema no âmbito federal	Auto-controle e contr. sist. âmbito munic. (inclusive prestadores)
7. Processo de Avaliação	INCIPIENTE OU INEXISTENTE				
8. Cooperação Técnica	- Tutelar - Verticalizada - Univoca	Tutelada (pelo nível federal) e tutelar (verticalizada) unívoca em relação a municípios	Tutelado (excepcionalmente) solicitado ao intercâmbio	Auto-controle e controle do sistema no âmbito federal	Sub-sistema de AVALIAÇÃO organizado: compreendendo avaliação de desempenho, qualidade e impacto das ações e serviços.
9. Gestão Financeira	- Compra de serviços mediante convênio - Baixa alocação de recursos próprios (fiscais) - Fluxo de recursos não garantido - Fundo Nacional não regulamentado - Valores repassados mediante critérios inadequados	- Repasse a municípios inexistente ou insuficiente - Baixa alocação de recursos próprios - Fundos Estaduais de Saúde não regulamentados ou inexistentes	- Submissão ao modelo das esferas superiores - Baixa alocação de recursos próprios - Fundos municipais de saúde não regulamentados ou inexistentes	- Alocação de recursos próprios entre 10 e 15% nos orçamentos federais e estaduais - Transferência direta e automática fundo a fundo - Garantia de fluxo regular de recursos mediante critérios definidos - Regulamentação dos Fundos Federal e Estaduais de Saúde	- Alocação de recursos próprios (10 e 15% do orçamento) - Regulamentação e garantia de alocação da totalidade dos recursos no Fundo Municipal de Saúde

QUADRO II SITUAÇÃO ATUAL X SITUAÇÃO TRANSICIONAL X SITUAÇÃO DESEJADA: COMPARAÇÃO DE FUNDAMENTOS E PROCEDIMENTOS GERENCIAIS DOS MUNICÍPIOS						
ITEM DE COMPARAÇÃO	SITUAÇÃO / CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO					
	Atual / Prestador	Transacional / Incipiente	Transicional / Parcial	Transicional Semi-Plena	De desejada / Plena	
1. Fundamento da relação financeira no custeio dos serviços	Pagamento por serviço prestado	Pagamento p/ serviço prestado (SP) + Repasse financeiro (3 + 4 - SP)	Pagamento p/ serviço prestado (SP) + Repasse financeiro (3 + 4 - SP)	Repasse financeiro do total de custeio (3 + 4)	Repasse financeiro global e automático	
2. Forma de transferência	CONVÊNIO					
3. Base de cálculo do teto financeiro para serviços ambulatoriais	Não é calculado por município	MÉDIA DO GASTO HISTÓRICO				Adequado à legislação
4. Base de cálculo do teto financeiro para serviços hospitalares	Não é calculado por município	Nº de AIH/ano = 6% da população do município	Município s/ hospital - nº de AIH/ano = 8% da população Município c/ hospital - valor médio histórico do gasto de AIH (numérico-financeiro)	Média do gasto histórico de AIH (numérico e financeiro) do conjunto de prestadores	Adequado à legislação	
5. Pagamento pelos serviços ambulatoriais e hospitalares prestados	Recebe pagamento autorizado pelo Estado	Autoriza e apresenta fatura para pagamento pelo INAMPS; diretamente a prestadores públicos e privados	Autoriza e apresenta fatura para pagamento pelo INAMPS; diretamente a prestadores públicos e privados e recebe repasse de diferença com relação ao teto calculado		Autoriza e paga serviços prestados no município e custeia a própria rede	
6. Contratação dos prestadores privados	Não contrata nem autoriza contratações (com exceções)	Programa seus próprios e autoriza cadastramento dos prestadores			Contrata prestadores privados	

QUADRO III MUNICÍPIOS (TRANSIÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL PARA A GESTÃO PLENA)					
ITEM DE COMPARAÇÃO	SITUAÇÃO / CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO				
	ATUAL/PRESTADOR	TRANSICIONAL/INCIPIENTE	TRANSICIONAL/PARCIAL	TRANSICIONAL/SEMI-PLENA	DESEJADA/PLENA
1. Necessidade de apresentação da fatura ao INAMPS para recebimento de serviços produzidos	Sim	Sim	Sim	Não	Aspecto superado
2. Repasse da diferença entre teto financeiro e serviços prestados	Não	Não	Sim	Aspecto superado	Aspecto superado
3. Repasse mensal do teto financeiro	Não	Não	Não	Sim	Sim
4. Necessidade de convênio	Sim	Sim	Sim	Não	Não
5. Gerenciamento da rede pública de serviços	Variável	Sim	Sim	Sim	Sim
6. Autorização de prestação de serviços privados e gerenciamento das AIH	Não	Sim	Sim	Aspecto superado	Aspecto superado
7. Contratação e pagamento direto aos prestadores públicos e privados	Não	Não	Não	Sim	Sim
8. Cumprimento das exigências da Lei 8.142	Opcional	Conselho e Conta Especial ou Fundo Municipal	Obrigatório	Obrigatório	Obrigatório
9. Necessidade de sistema organizado de planejamento, programação e acompanhamento	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
10. Necessidade de sistema de controle e avaliação organizado	Não	Não	Sim	Sim	Sim

QUADRO IV SITUAÇÃO ATUAL X SITUAÇÃO TRANSICIONAL X SITUAÇÃO DESEJADA: COMPARAÇÃO DE FUNDAMENTOS E PROCEDIMENTOS GERENCIAIS DOS ESTADOS			
ITEM DE COMPARAÇÃO	SITUAÇÃO / CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO		
	ATUAL/INCIPIENTE	TRANSICIONAL/PARCIAL	TRANSICIONAL SEMI-PLENA
1. Fundamento da relação financeira no custeio dos serviços	Pagamento por serviços prestados	Pagamento p/ serviço prestado (SPI + repasse financeiro (4 e 5 menos SF)	Repasse global e automático de recursos
2. Fundamento da relação financeira no investimento (recursos de capital)	Sem normas ou tetos delimitados	Repasse negociado com base no Plano Estadual de Saúde	Repasse automático em programação integrada (esi. + mun.) e ratificada pelo Nível Federal
3. Forma de transferência	CONVÊNIO		
4. Base de cálculo do teto financeiro para serviços ambulatoriais	População X UCA	Média do gasto histórico dos serviços próprios + Média do gasto histórico dos municípios não aptos + recursos para medicamentos especiais, órtese e prótese ambulatoriais e tratamento fora de domicílio (média histórica ou programação integrada)	Média do gasto histórico dos serviços próprios + recursos para medicamentos especiais, órteses e próteses ambulatoriais e TFD
5. Base de cálculo do teto para serviços hospitalares	Nº AIH/ano = 10% da população do Estado	Teto numérico: 2% da população do Estado + quota dos municípios não aptos Teto financeiro: Valor médio histórico das AIH gastas nos próprios do Estado + média do gasto histórico dos municípios não aptos (numérica e financeira)	Teto numérico Nº AIH/ano = 2% da população do Estado Teto financeiro valor médio histórico das AIH gastas nos próprios estados
6. Pagamento pelos serviços ambulatoriais e hospitalares	Autoriza e apresenta fatura para pagamento, diretamente ao INAMPS, aos prestadores públicos e privados	Apresenta fatura para pagamento pelo INAMPS aos serviços públicos e aos públicos e privados dos municípios não aptos + repasse financeiro da diferença dos serviços prestados até o teto	Custeia a rede própria, medicamentos especiais, órteses e próteses ambulatoriais e TFD e paga os privados por ele contratados suplementarmente
7. Definição de valores de tabelas	Não	Não	SIM, a partir de critérios e valores nacionais
8. Composição quanto à situação dos municípios	Municípios em situação atual	Municípios em situação atual A, B e C	Municípios em situação B e C
9. Controle sobre desempenho municipal	Controle ainda débil com pré-cômio do controle federal	Controle juntamente com Nível Federal	Controle total de 100% de seus municípios

QUADRO V
ESTADOS
(TRANSIÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL PARA A GESTÃO PLENA)

ITEM DE COMPARAÇÃO	SITUAÇÃO / CARACTERIZAÇÃO			DESEJADA/PLENA
	ATUAL/INCIPENTE	TRANSICIONAL/PARCIAL	TRANSICIONAL/SEMI-PLENA	
1. Necessidade de apresentação da fatura ao INAMPS para recebimento de serviços produzidos	Sim	Sim	Não	Aspecto superado
2. Repasse da diferença entre teto financeiro e serviços prestados	Sim p/ ambulatorial Não p/ hospitalar	Sim	Sim p/ municípios não aptos	Aspecto superado
3. Repasse mensal do teto financeiro	Não	Não	Sim	Sim
4. Necessidade de convênio	Sim	Sim	Sim	Não
5. Gerenciamento da rede pública de serviços	Sim	Sim (hospitais próprios + municípios não aptos)	Sim (hospitais próprios + municípios não aptos)	Sim (hospitais próprios)
6. Autorização da prestação de serviços privados e gerenciamento das AIH	Sim	Sim (municípios não aptos + serviço referência)	Sim (municípios não aptos)	Aspecto superado
7. Contratação e pagamento direto aos prestadores públicos e privados	Não	Não	Sim (serviço referência)	Não
8. Cumprimento das exigências da Lei 8.142	Opcional	Obrigatório	Obrigatório	Obrigatório
9. Necessidade de sistema organizado de planejamento, programação e acompanhamento	Não	Sim	Sim	Sim
10. Necessidade de sistema de controle e avaliação organizado	Não	Sim	Sim	Sim
11. Programação integrada com seus municípios	Não	Sim	Sim	Sim

QUADRO VI REQUISITOS PARA AVANÇAR NAS DIVERSAS SITUAÇÕES DE GESTÃO			
	ATUAL PRESTADOR PARA TRANSICIONAL INCIPIENTE	TRANSICIONAL INCIPIENTE PARA TRANSICIONAL PARCIAL	TRANSICIONAL PARCIAL PARA TRANSICIONAL SEMI-PLENA
MUNICÍPIO	<ul style="list-style-type: none"> - Manifestar interesse em assumir o controle de contratos ambulatoriais e hospitalares com os prestadores privados e filantrópicos. - Distribuir sua cota de AIH's e assumir a gestão da rede pública ambulatorial e hospitalar estadual e federal, bem como as ações de vigilância à saúde. - Dispor de condições mínimas para planejamento, acompanhamento, controle e avaliação dos serviços. - Ter criado e em funcionamento o Conselho Municipal de Saúde. - Dispor de Fundo Municipal de Saúde, ou até a sua criação, de conta especial para a Saúde. - Dispor de médico responsável pela emissão das AIH's que não tenha vínculo com o setor contratado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar as medidas previstas para o município na condição anterior. - Cumprir a exigência da Lei 8 142/90. - Apresentar à Comissão Bipartite o Relatório de Gestão e o Plano de Saúde atualizados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar as medidas previstas na condição anterior. - Apresentar à Comissão Bipartite um Plano de Compromisso, incluindo os Balançetes Financeiro do Fundo Municipal de Saúde, atas das reuniões do CMS, gastos do Tesouro Municipal com Saúde e um sistema organizado para efetuar pagamentos, controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares dos prestadores privados contratados.
ESTADO		<ul style="list-style-type: none"> - Manifestar interesse em assumir esta condição. - Cumprir as exigências da Lei 8 142/90. - Realizar programação integrada com os municípios. - Apresentar relatório de Gestão e Plano Estadual de Saúde atualizados, inclusive programação de investimentos, à Comissão Tripartite. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar as medidas previstas na condição anterior. - Apresentar à Comissão Tripartite Plano de Compromisso, incluindo Balançetes Financeiros do Fundo Estadual de Saúde, atas das reuniões do CES, gastos do Tesouro Estadual com saúde e um sistema para efetuar pagamentos, controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares dos prestadores privados e filantrópicos contratados. - Garantir o fluxo de informações definidas para o nível federal visando a manutenção/atualização dos bancos de dados do SUS.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA - SUS 01/1993
Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993,
publicada no D.O.U. de 24 de maio de 1993

ANEXO ÚNICO

Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993.

Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 01/93

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, usando das atribuições que lhe confere o artigo 87, inciso II, da Constituição, tendo em vista o disposto no seu artigo 198, inciso II, combinado com os preceitos da Lei Orgânica de Saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90), e

considerando os elementos de natureza política e administrativa constantes do documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 15 de abril do presente ano.

considerando que a construção do Sistema único de Saúde - SUS é um processo de responsabilidade do Poder Público, orienta-se pelas diretrizes da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de saúde e deve estar submetido ao controle da sociedade.

considerando ainda que a efetiva implementação do SUS vem assumindo dimensões complexas, cujo adequado equacionamento e domínio exige o estabelecimento de pressupostos essenciais na condução do processo, definição clara de responsabilidade das três esferas de governo e fixação de procedimentos e normas operacionais.

RESOLVE:

Art.1º Aprovar a Norma Operacional Básica -SUS 01/93, constante do anexo único desta portaria, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor.

Art. 2º Esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

JAMIL HADDAD

ANEXO ÚNICO
NORMA OPERACIONAL BÁSICA - SUS 01/1993

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 8.080 de 19/09/90 e a Lei 8.142 de 28/12/90 - no documento **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei**, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993.

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

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

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

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

d) a responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde;

e) a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem novas impondo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de 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 assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o

eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema;

g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se 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 norma define procedimentos e instrumentos operacionais que visam ampliar e aprimorar suas condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo.

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

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 Intestitucionais 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 Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

2.1.2. Conselho Nacional de Saúde - constituído em conformidade com o Decreto nº 99.438, de 07/08/90, 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 o 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 formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei estadual, observado o disposto na Lei 8.142, de 1990.

2.3. No âmbito municipal:

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

2.4. Fluxo decisório

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

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

2.5. O Conselho Nacional de Saúde poderá ser formado como instância de 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 Estadual de Saúde prevalecerão sobre as disposições desta norma, desde que não contrariem os dispositivos legais e considerem as diretrizes contidas no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei.

3. DO FINANCIAMENTO COM RECURSOS ARRECADADOS PELA UNIÃO

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

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

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

3.1.2.1. O valor nominal da UCA será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Fundo Nacional de Saúde, como estabelecido pelo Decreto nº 806, de 24/04/93.

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

3.1.3. Os Recursos para Cobertura Ambulatorial - RCA -, destinados anualmente aos estados e ao Distrito Federal a título de cobertura ambulatorial, serão 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 recursos de custeio aos estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semi-plena, para utilização nas atividades de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses 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 nº de habitantes do estado;

- o valor mensal a ser transferido corresponde a um duodécimo do montante encontrado.

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

3.1.5.1. Tal ajuste implica em 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 destes tetos serão reajustados 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 os seus municípios que estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena (item 4.1 - Da Operacionalização).

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

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

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

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

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado;
- este valor é multiplicado pelo nº de habitantes do município;

- o valor mensal a ser transferido corresponde a um duodécimo do montante encontrado.

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

3.3.1. As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde serão custeadas através do sistema de financiamento hospitalar, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Hospitalares/SIH-SUS e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

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

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

3.3.2.2. Tais percentuais poderão ser modificados por proposição da Comissão Bipartite, aprovada no Conselho Estadual de Saúde, observando o limite de 19% que cabe ao estado.

3.3.2.3. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para estados será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no estado (janeiro a dezembro de 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 municípios será 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 sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

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

3.4. Os **recursos de investimento** terão sua alocação prevista no Plano Nacional de Prioridades 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 semi-plena receberão prioritariamente em relação aos demais os recursos de investimento a serem por eles gerenciados em consonância com a política nacional de investimento em saúde e obedecendo o plano estadual de prioridades em investimento.

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

4. DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO

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

4.1. Sistemáticas de relacionamento para municípios

4.1.1. Condição de gestão incipiente

a) responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com as Comissões Bipartites em cada estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos, demonstra disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

b) requisitos - para o enquadramento e permanência nesta situação são indispensáveis os itens b1, b2 e b3 e no que for pertinente às responsabilidades e 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, compro-vado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b3) dispor de Fundo Municipal de Saúde ou Conta Especial, compro-vada 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 gerenciamento;

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

b6) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompa-nhar 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 através da Ficha Cadastral de Hospital - FCH -, assinada pelo gestor municipal do SUS;

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

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

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restri-ções 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, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde;

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

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde que 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 procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de 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 diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município.

b) requisitos - para o enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

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

b2) encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais 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 próprios do Tesouro Municipal para a saúde;

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

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

c) operacionalização

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

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

c3) a programação 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 de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.2.b6;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico 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, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

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

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

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

4.1.3. Condição de **gestão semi-plena**

a) responsabilidade e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução 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 correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

b) requisitos - para o enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b10) os processos de habilitação de municípios à condição semi-plena, aprovados pela Comissão Bipartite, serão apreciados pela Comis-

são 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 a dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimento e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

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

c) operacionalização

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

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

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

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

4.2. Sistemáticas de 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 manutenção de serviços e investimentos, além da gestão dos recursos de investimento próprios e os transferidos pela esfera federal, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, a Secretaria Estadual de Saúde assume cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, controle e avaliação da rede de serviços públicos e privados; coordena a rede de

referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade; formula e coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; coordena, no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado correspondente ao conjunto das unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

b) requisitos - para o enquadramento e permanência nesta situação o estado deve:

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

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

b3) dispor de Conselho 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 de reuniões;

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

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

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

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

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

b11) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS;

b12) 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, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos e interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

c) operacionalização - respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena:

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.2. Condição de gestão semi-plena

a) responsabilidades e prerrogativas - respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, a Secretaria Estadual de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão de prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; coordena a rede de referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade; formula e

coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; coordena, no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, de saúde do trabalhador, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública; gere os recursos de investimento próprios e transferidos pela esfera federal; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos para a rede própria, a contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

b) requisitos - para o enquadramento e permanência nesta situação o estado deve:

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

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

b3) dispor de Conselho 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 Municipal de Saúde atualizado;

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

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

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

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

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

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

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

c) operacionalização

c1) respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios incluídos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, 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 semi-plena, a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; coordena e executa ações de vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

b) obrigações

b1) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento;

b2) dispor de Fundo Estadual de Saúde;

b3) dispor de Comissão Bipartite em atividade;

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

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

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

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

c) operacionalização - respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios incluso nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena:

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

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

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

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado por gestor estadual, respeitadas as restrições do item 4.3.3.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 Produção Ambulatorial - BPA -, e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP -, serão assinados pelo gestor estadual do SUS que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

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

5. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

5.2.0 repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar para estados e municípios em condição de gestão semi-plena, bem como dos saldos relativos a estes tetos para os inclusos na situação parcial, será feito mensalmente, obedecido a 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 Investimento, com base nos Planos Estaduais e Municipais, os recursos de investimento do Ministério da Saúde e 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 receita operacional proveniente da esfera 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 INAMPS e estados para implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS.

5.8. O teto financeiro hospitalar para municípios e estados só será estabelecido de imediato para os inclusos nas condições de gestão parcial e semi-plena.

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 Estímulo à Municipalização - FEM -, e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual - FEGE -, previstos na Portaria n² 234/92 (NOB-SUS/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 do estado que, permanecendo na condição de gestão incipiente, não cumpra as obrigações previstas, no prazo de 60 dias a partir da data da publicação desta norma, a Comissão Tripartite encaminhará comunicado para manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

5.15. Os municípios que cumpriram o 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 em perda temporária da condição, cabendo à Comissão Bipartite reavaliar o caso.

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

Esta publicação foi produzida com recursos provenientes do Convênio Grupo Especial de Descentralização do Ministério da Saúde (GED-MS) e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)
Agosto de 1993

ERRATA

A editoração eletrônica foi realizada por **Gustavo Fonseca Gonçalves de Almeida**, da Coordenação Geral de Planejamento, do Ministério da Saúde.

Coordenação Gráfica:
Walter Duarte
Editoração Eletrônica:
Fernando Augusto
Roberto Turola
Impressão:
CBAG Cia. Brasileira de Artes Gráficas

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

SECRETARIA EXECUTIVA

José Alberto Hermógenes de Souza
Maria Elizabeth Diniz Barros
Joana Azevedo

SAS/INAMPS

Gilson de Cássia Marques de Carvalho
Fernando Antônio Mourão Flora
Neide Glória Garrido
Carlos Catão Prates Loyola
Patrícia Tavares Ribeiro
Maria Nazare Abreu Oliveira
Dea Mara Carvalho Arruda
Flávio de Andrade Goulart

SVS

Eric Jenner Rosas
Luis Carlos W. Lima

FNS

Alvaro A. Melo Machado
Roberto Marques Guerreiro
Pedro Chequer

CONSULTORES

Mozart de Oliveira Junior
Denisson Luiz Cerqueira Menezes
Maria Luiza Jaeger

