

## PORTARIA 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.*

- ▶ Publicada no *DOU* de 24-5-1993.
- ▶ Esta Portaria foi revogada pela Port. do MS nº 1.580, de 19-7-2012.

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, combina com os preceitos da Lei Orgânica Saúde (Lei nº 8.080/1990 e 8.142/1990), 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", aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 15 de abril do presente ano:

Considerando que a construção do Sistema União 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 a efetiva implementação do SUS vem assumindo dimensões complexas, cujo adequado equacionamento e domínio exige o estabelecimento de pressupostos essenciais na 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, constantes do anexo único desta portaria, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor.

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

**Jamil Haddad**

### **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, leis que regulamentam o SUS – a Lei 8.080 de 19-9-1990 e a Lei 8.142 de 28-12-1990 – e no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A

Ousadia de Cumprir a Fazer Cumprir a Lei, aprovação 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 bastantes complexas. Por esta razão, tem como fundamentos os seguintes pressupostos:

a) descentralização deve ser estendida entendida como um processo implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas 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, regulamente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde.

e) a transformação do sistema de saúde comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais antes 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 comunidade 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 assistência hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema.

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

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

Tais procedimentos e instrumentos configuram a convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão do SUS nos 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 se fizerem necessários.

## **2. DO GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO**

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

**2.1. No âmbito nacional:**

**2.1.1. Comissão Intergestores Tripartite** – integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde /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 fiscalizar do Conselho Nacional de Saúde.

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

**2.2. No âmbito estadual:**

**2.2.1. Comissão Integestores Bipartite** – integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, deverá ser criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quando aos aspectos operacionais do SUS.

**2.2.1.1.** O Secretário de Saúde do mundo município da capital será considerado membro nota 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 formação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, com composição e atribuições previstos 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 Mundial de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal de Saúde, com composições previstas em lei municipal, observado 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 a deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência deste, o

problema será submetido a 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 tomado como instância de recurso em qualquer tempo, ficando a seu critério consultar ou delegar a Comissão Tripartite e resolução do problema.

**2.6.** Os acordos firmados pela Comissão Bipartite e aprovados pelo Conselho Nacional 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 financeiro das atividades ambulatoriais dar-se-á da seguinte forma:

**3.1.1.** as ações e serviços ambulatoriais e privados, que integram o Sistema Único de Saúde serão custeados através do sistema de financiamento ambulatorial, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e o formulário para próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de alto custo-APA, a ser em Ordem de Serviços específica e sua emissão exclusivamente por (não credenciado pelo sistema e sem vínculo com prestador de 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 estudos Distrito e município é fixada através de resolução da Secretaria de Assistência à Saúde/MS, considerando a classificação dos estudos, com base nas características da população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual do ano anterior, ouvido 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 24-4-93.

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

**3.1.3.** Os Recursos para Cobertura Ambulatorial-RCA, destinadas anualmente aos estados e ao Distrito Federal a título de cobertura ambulatorial, serão obtidos através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada Unidade da Federação.

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

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

**3.1.4.1.** O FAE será calculado da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado;
- este valor é multiplicado pelo 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 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 nos mesmos percentuais que os valores da UCA do estado a que pertence o município.

**3.1.6.** Para os estados, o teto financeiro será calculado deduzindo-se de seu RCA/mês os tetos fixados para seus municípios que estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semiplena (item 4.1 – Da Operacionalização).

**3.1.7.** Os Conselhos de Saúde aprovarão 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 estendidos 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, referências e contrarreferência devem ser definidas com base em dados epidemiológicos, características demográficas e capacidade instalada, configurando uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

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

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

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado;
- este valor é multiplicado pelo nº de habitantes do município;
- valor mensal a ser transferido corresponde a 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 custeio através do sistema de financiamento hospitalar, tendo como investimento operacional o Sistema de Informações Hospitalares/SIH-SUS e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

**3.3.2.** O teto quantitativo de AIH será proporcional a população, cabendo as 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 duodécimo de 2% da população, acrescido dos quantitativos aos seus municípios que não estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial, ou semiplena.

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

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

**3.3.2.4.** O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para município calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio da AIH no município (janeiro de 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 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 gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

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

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

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

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

#### **4. DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO**

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

##### **4.1. Sistemáticas de relacionamento para municípios**

###### **4.1.1. Condição de gestão incipiente**

a) responsabilidade e prerrogativas – a Secretaria Municipal de Saúde assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociação 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: controle 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 a rede de serviços ações básica de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitando 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 as responsabilidades prerrogativas por ele assumidas, município deve:

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

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

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

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

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

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

*b7)* manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro 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 da AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.1.b6;

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

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

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

#### **4.1.2. Condição de gestão parcial**

a) responsabilidade 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 procedimento 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 a rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação de vigilância epidemiológica e sanitária; assume a formulação, execução das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondente 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) requisito – para o enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

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

b2) encaminhar a 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 a Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

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

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

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

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

*c)* operacionalização:

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

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

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

*c4)* a emissão da AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para 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 a 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 a Secretaria Municipal de Saúde, que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento, com cópia a Secretaria Estadual de Saúde;

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

#### **4.1.3. Condição de gestão semiplena**

*a)* responsabilidades e prerrogativas – a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços; planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto 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 enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

*b1)* manifestar a 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 a Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

*b6)* apresentar anualmente a Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;

*b7)* comprovar anualmente a 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 Salário (PCCS) da saúde para o município, ou o plano já elaborado;

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

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

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

*c)* operacionalização:

*c1)* nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais, incluído o processamento de dados pertinentes, serão definidos pelos municípios, observada 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, feito conforme legislação em vigor.

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

**4.1.5.** Estas condições aplicam-se tão somente a municípios, o que não 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) responsabilidade 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 investimentos próprios e os transferidos pela esfera federal, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena, a Secretaria Estadual de Saúde assume 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 o sistema de alta complexidade; formula e coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes a diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado correspondente ao conjunto as unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena.

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

b1) manifestar a 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 Funda Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

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

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

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

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

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

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

b11) apresentar a 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 a mesma os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. Dois descumprimentos sucessivos determinam a perda da condição;

*b12)* manter permanentemente o Sistema de informações Ambulatoriais – SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS;

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

*c)* operacionalização:

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

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

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

*a)* responsabilidades e prerrogativas – respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusive nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena, a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; programa e autorização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com seus fins lucrativos; coordena a execução 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 – SIH/SUS;

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

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

c1) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial – FCA, assinada pelo gestor estadual do SUS;

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

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

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado pelo gestor estadual, respeitadas as restrições do item 4.3.3.b4;

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

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

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

## **5. DISPOSIÇÕES FINAIS**

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

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

**5.2.** O repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial para estado e municípios em condição de gestão semiplena, bem como dos saldos relativos a estes tetos para os inclusos na situação parcial, será 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 Investimentos, com base nos Planos Estaduais e Municipais, os recursos de investimento do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas serão liberados mediante apresentação de parecer dos respectivos Conselhos de Saúde e 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 assistências deverão ser identificados nas Fundos de Saúde Estaduais e Municipais, como receitas operacional provenientes da 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 estado para implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS.

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

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

**5.9.** Com a publicação desta norma, deixam de existir o Fator de Estímulo a Municipalização FEM e o Fator de Estímulo a Gestão Estadual-FEGE previstos na Portaria nº 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 de publicação desta norma, a Comissão Tripartite encaminhará comunicado para manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

**5.15.** Os municípios que cumprirem 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 a Comissão Bipartite o cumprimento de todos os requisitos pertinentes. A não comprovação implica em perda temporária de condição, cabendo a Comissão Bipartite reavaliar o caso.

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