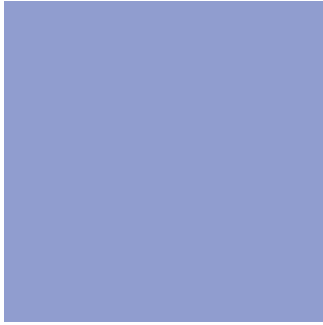
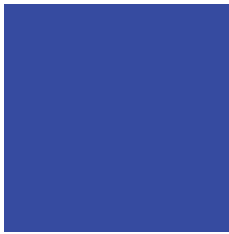
The image features a light green background with a white grid. Overlaid on the grid are several colorful squares of varying sizes and colors, including red, dark green, olive green, dark red, blue, and purple. The squares are arranged in a somewhat scattered pattern, with some larger squares and some smaller ones. The overall aesthetic is clean and modern.

**PRINCIPAIS  
LEGISLAÇÕES DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE**





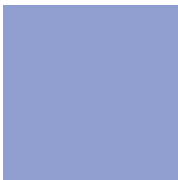
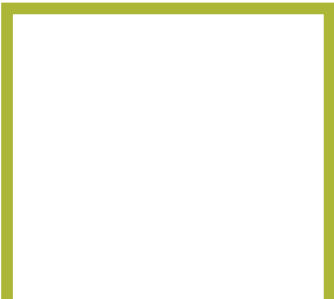
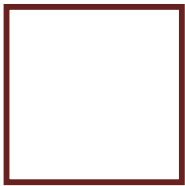
# **PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**





# **PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**BELO HORIZONTE  
JANEIRO-2013**





**Governador do Estado de Minas Gerais**

Antonio Augusto Junho Anastasia

**Vice-Governador do Estado de Minas Gerais**

Alberto Pinto Coelho

**Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais**

Antônio Jorge de Souza Marques

**Secretário Adjunto em Saúde**

Francisco Antônio Tavares Junior

**Chefia de Gabinete**

Marta de Sousa Lima

**Subsecretário de Vigilância e Promoção à Saúde**

Carlos Alberto Pereira Gomes

**Subsecretário de Políticas e Ações em Saúde**

Maurício Rodrigues Botelho

**Subsecretário de Inovação e logística em Saúde**

João Luiz Soares

**Subsecretária de Regulação**

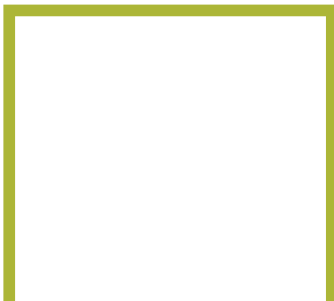
Maria Letícia Duarte Campos

**Assessora de Comunicação Social**

Gisele Maria Bicalho Resende

## ELABORAÇÃO

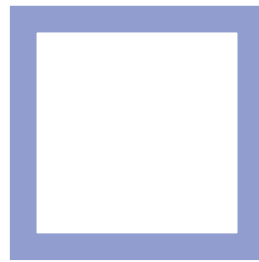
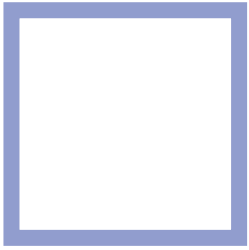
Francisco Antonio Tavares Junior  
Mariana Cristina Pereira Santos  
Bruna de Castro Salviano Nicolato





## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	13
Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988.....	13
Art. 1º (...)......	13
Arts. 196 a 200.....	13
LEI Nº 4.320, DE 17 DE MARÇO DE 1964 Normas gerais de direito financeiro.....	15
LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 Regulamenta o SUS no Brasil.....	34
LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990 Participação da comunidade na gestão do SUS...53	
LEI COMPLEMENTAR Nº 101, DE 4 DE MAIO DE 2000 Normas financeiras públicas.....	55
EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000 - Assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.....	83
LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012 Regulamenta a Constituição Federal nos critérios de rateio dos recursos.....	87
DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011 Regulamenta a Lei 8080.....	100
DECRETO Nº 7.827, DE 16 DE OUTUBRO DE 2012 Regulamenta a Constituição Federal e a Lei 141 129.....	108
RESOLUÇÃO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012 Define o funcionamento dos conselhos de saúde.....	115
PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006 Pacto pela Saúde 2006.....	122
PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007 Regulamenta transferência de recursos federais por blocos de financiamento.....	164
LEI Nº 12.401, DE 28 DE ABRIL DE 2011 Dispõe sobre assistência terapêutica.....	186
LEI Nº 12.466, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 Altera a Lei 8080.....	189



## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo, desde sua origem, implementado por meio de um processo de constante construção e evolução. As legislações podem ser consideradas marcos nesse sentido, uma vez que institucionalizam e regulamentam as ações e serviços de saúde, fornecendo subsídios para a atuação dos gestores públicos.

Tendo em vista a importância do conhecimento da legislação para a condução das políticas públicas de saúde no município, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, por meio desta publicação, visa fornecer ao gestor um compilado das principais legislações relacionadas ao SUS. Segue abaixo uma explicação prévia dos aspectos mais relevantes de cada uma das normas, expostas na íntegra no item subsequente.

### Constituição Federal

A Constituição Federal é caracterizada como marco na positivação da saúde como direito fundamental. Na legislação, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi formalmente institucionalizado, tendo em vista que a mesma acatou grandes demandas do movimento sanitário:

- ✓ A saúde configurou-se como resultado das políticas econômicas e sociais;
- ✓ A saúde foi caracterizada como um direito de todos e dever do Estado
- ✓ As ações e serviços de saúde adquiriram relevância pública, a partir da criação do sistema único de saúde, pautado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Sendo incluída em seção específica no capítulo referente à seguridade social, a saúde é abordada na Constituição nos artigos 196 a 200.

### Lei 8080/1990

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) surgiu como decorrência direta da CR/88, visando regulamentação das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, no que tange à organização e funcionamento dos serviços correspondentes. É ela que estabelece as bases para o funcionamento do SUS, abordando seus objetivos, atribuições, princípios e diretrizes. Seu fundamento é garantir que todos os

seres humanos tenham direito à prestação dos serviços básicos de saúde fornecidos pelo Estado, cabendo a este a garantia de acesso universal e igualitário da população.

### **Lei 8142/1990**

As discussões acerca do controle social ganharam importância a partir do movimento de redemocratização ocorrido na década de 80. A Lei 8142/90 foi promulgada com o intuito de regular a participação da comunidade no SUS, por meio da instituição dos conselhos e conferências de saúde.

### **EC 29/2000**

A Emenda Constitucional n. 29/2000 foi instituída no sentido de alterar a CR/88, visando assegurar um mínimo de recursos para financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Nesse sentido, representou um progresso considerável no processo de construção do SUS, uma vez que a vinculação de recursos à prestação de serviços de saúde, nas três esferas do governo, garante maior estabilidade à execução das ações.

### **Lei 4320/1964**

A Lei 4320/64 estabelece as diretrizes gerais para o orçamento anual e contabilidade pública para a União, Estados, Municípios e Distrito Federal, assim como de suas autarquias e fundações, visando garantir minimamente uma disciplina fiscal e transparência nas contas públicas do Governo.

### **Lei Complementar 101/2000**

A Lei Complementar 101, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, institucionalizou regras de responsabilidade e transparência na gestão das finanças públicas para a União, Estados e Municípios. Para tanto, visou instituir princípios voltados ao estabelecimento de limites a dívidas e cumprimento dos resultados fiscais.

### **Lei Complementar 141/2012**

A Lei Complementar 141, de janeiro de 2012, visa cumprir o estabelecido pelo §3º, do art. 198 da Constituição Federal, o qual determina a necessidade de lei complementar que estabeleça os percentuais mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde; os critérios de rateio dos recursos entre os entes federados; e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde.

### **Decreto 7508/2012**

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que tange à organização do SUS, planejamento, assistência e articulação interfederativa, visando trabalhar com os conceitos de:

- ✓ o Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES;
- ✓ o Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME;
- ✓ o Mapa da Saúde;
- ✓ o Planejamento integrado das ações e serviços de saúde;
- ✓ o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP.

## **Decreto 7827/2012**

Com vistas a regulamentar as transferências de recursos, o Decreto 7827/2012 institui procedimentos para a suspensão e restabelecimento de transferências voluntárias da União, em casos de descumprimento da aplicação dos recursos nas ações e serviços públicos de saúde, conforme previsão da Lei 141.

## **Resolução CNS 453/2012**

A Resolução 453/2012, em substituição a Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde, define as diretrizes para instituição, reformulação e funcionamento dos conselhos de saúde, no que diz respeito a suas atribuições, ao mandato, competências e responsabilidades dos conselheiros, renovação das entidades e participação da sociedade.

## **Portaria GM/MS 399/2006**

A Portaria GM/MS 399 define as diretrizes operacionais e divulga o Pacto pela Saúde, representa um acordo interfederativo em três componentes: Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS, e o Pacto de Gestão do SUS. Dessa forma, Ministério da Saúde, CONASS e Conasems compartilharam responsabilidades no sentido de fornecer respostas mais concretas às necessidades de saúde da população, por meio da qualificação da gestão pública.

## **Portaria GM/MS 204/2007**

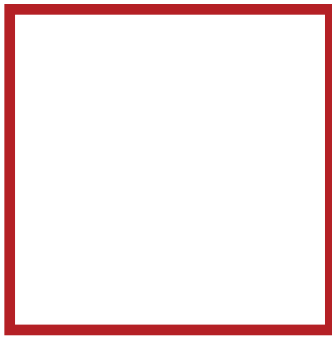
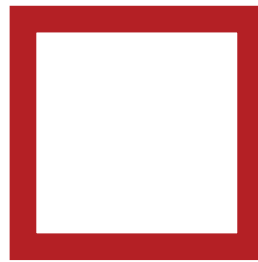
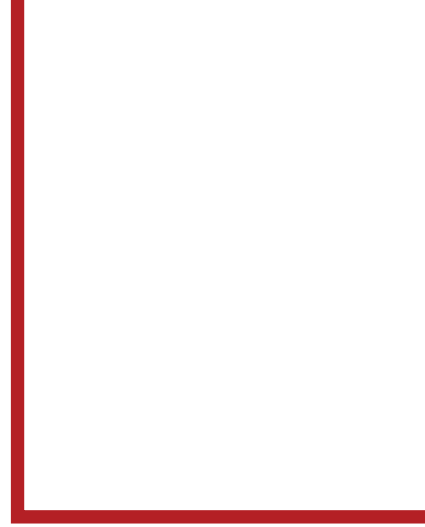
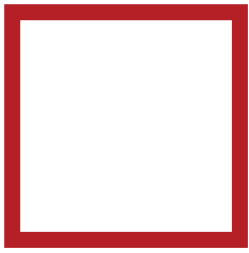
A Portaria GM/MS 204/2007, ao regulamentar o financiamento e a transferência de recursos para as ações e serviços públicos de saúde, instituiu os blocos de financiamento, constituídos conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados.

## **Lei 12401/2011**

A Lei Federal n. 12.401, de 28 de abril de 2011, inclui um capítulo na Lei Federal n. 8.80/1990, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Esta lei torna obrigatório que sejam respeitadas as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico ou, na ausência desses, a relação de medicamentos instituída pelo SUS. Além disso, atribui ao Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, protocolo ou diretriz. E proíbe expressamente que o SUS pague por medicamentos, produtos ou procedimentos clínicos e cirúrgicos experimentais ou não autorizados ou não registrados pela ANVISA. Entende-se, pelos dispositivos que o tratamento ofertado pelo SUS deve ser priorizado, mas não se exclui a possibilidade de o Poder Judiciário ou a própria Administração decidir dispensar outra prestação sanitária em função de condição específica de um paciente.

## **Lei 12466/2011**

Por fim, a Lei Federal n. 12.466, de 24 de agosto de 2011, acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080/1990, que dispõem sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições. Assim, a atuação dessas instituições no SUS, reconhecidas pelos demais órgãos, é positivada (disposta em lei) por meio desta lei.



# PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

**Art. 1– Parágrafo único:** Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Artigos 196 a 200

**TÍTULO VIII - Da Ordem Social (...)**

**CAPÍTULO II**

**DA SEGURIDADE SOCIAL (...)**

**SEÇÃO II – Da Saúde**

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

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

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

I descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

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

III participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I os percentuais de que trata o § 2º;

II os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

**Art. 199** A assistência à saúde é livre à iniciativa privada:

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

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

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

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

**Art. 200** Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

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

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

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

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

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

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

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

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

## **LEI Nº 4.320, DE 17 DE MARÇO DE 1964**

Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

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

### **DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

**Art. 1** Esta lei estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, de acordo com o disposto no art. 5º, inciso XV, letra b, da Constituição Federal.

### **TÍTULO I**

Da Lei de Orçamento

### **CAPÍTULO I**

#### **Disposições Gerais**

**Art. 2** A Lei do Orçamento conterà a discriminação da receita e despesa de forma a evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do Governo, obedecidos os princípios de unidade universalidade e anualidade.

§ 1º Integrarão a Lei de Orçamento:

I Sumário geral da receita por fontes e da despesa por funções do Governo;

II Quadro demonstrativo da Receita e Despesa segundo as Categorias Econômicas, na forma do Anexo nº. 1;

III Quadro discriminativo da receita por fontes e respectiva legislação;

IV Quadro das dotações por órgãos do Governo e da Administração.

§ 2º Acompanharão a Lei de Orçamento:

I Quadros demonstrativos da receita e planos de aplicação dos fundos especiais;

I Quadros demonstrativos da despesa, na forma dos Anexos ns. 6 a 9;

III Quadro demonstrativo do programa anual de trabalho do Governo, em termos de realização de obras e de prestação de serviços.

**Art. 3** A Lei de Orçamentos compreenderá todas as receitas, inclusive as de operações de crédito autorizadas em lei.

**Parágrafo Único:** Não se consideram para os fins deste artigo as operações de crédito por antecipação da receita, as emissões de papel-moeda e outras entradas compensatórias, no ativo e passivo financeiros.

**Art. 4** A Lei de Orçamento compreenderá todas as despesas próprias dos órgãos do Governo e da administração centralizada, ou que, por intermédio deles se devam realizar, observado o disposto no artigo 2º.

**Art. 5** A Lei de Orçamento não consignará dotações globais destinadas a atender indiferentemente a despesas de pessoal, material, serviços de terceiros, transferências ou quaisquer outras, ressalvado o disposto no artigo 20 e seu parágrafo único.

**Art. 6** Todas as receitas e despesas constarão da Lei de Orçamento pelos seus totais, vedadas quaisquer deduções.

§ 1º As cotas de receitas que uma entidade pública deva transferir a outra incluir-se-ão, como despesa, no orçamento da entidade obrigada a transferência e, como receita, no orçamento da que as deva receber.

§ 2º Para cumprimento do disposto no parágrafo anterior, o cálculo das cotas terá por base os dados apurados no balanço do exercício anterior aquele em que se elaborar a proposta orçamentária do governo obrigado a transferência.

**Art. 7** A Lei de Orçamento poderá conter autorização ao Executivo para:

I Abrir créditos suplementares até determinada importância obedecidas as disposições do artigo 43;

II Realizar em qualquer mês do exercício financeiro, operações de crédito por antecipação da receita, para atender a insuficiências de caixa.

§ 1º Em casos de déficit, a Lei de Orçamento indicará as fontes de recursos que o Poder Executivo fica autorizado a utilizar para atender a sua cobertura.

§ 2º O produto estimado de operações de crédito e de alienação de bens imóveis somente se incluirá na receita quando umas e outras forem especificamente autorizadas pelo Poder Legislativo em forma que juridicamente possibilite ao Poder Executivo realizá-las no exercício.

§ 3º A autorização legislativa a que se refere o parágrafo anterior, no tocante a operações de crédito, poderá constar da própria Lei de Orçamento.

**Art. 8** A discriminação da receita geral e da despesa de cada órgão do Governo ou unidade administrativa, a que se refere o artigo 2º, § 1º, incisos III e IV obedecerá à forma do Anexo n. 2.

§ 1º Os itens da discriminação da receita e da despesa, mencionados nos artigos 11, § 4º, e 13, serão identificados por números de códigos decimal, na forma dos Anexos ns. 3 e 4.

§ 2º Completarão os números do código decimal referido no parágrafo anterior os algarismos caracterizadores da classificação funcional da despesa, conforme estabelece o Anexo n. 5.

§ 3º O código geral estabelecido nesta lei não prejudicará a adoção de códigos locais.

## **CAPÍTULO II**

### **Da Receita**

**Art. 9** Tributo e a receita derivada instituída pelas entidades de direito público, compreendendo os impostos, as taxas e contribuições nos termos da constituição e das leis vigentes em matéria financeira, destinado-se o seu produto ao custeio de atividades gerais ou específicas exercidas por essas entidades.

**Art. 10** (Vetado).

**Art. 11** A receita classificar-se-á nas seguintes categorias econômicas: Receitas Correntes e Receitas de Capital.

§ 1º São Receitas Correntes as receitas tributária, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e outras e, ainda, as provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, quando destinadas a atender despesas classificáveis em Despesas Correntes.

§ 2º São Receitas de Capital as provenientes da realização de recursos financeiros oriundos de constituição de dívidas; da conversão, em espécie, de bens e direitos; os recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, destinados a atender despesas classificáveis em Despesas de Capital e, ainda, o *superávit* do Orçamento Corrente.

§ 3º O *superávit* do Orçamento Corrente resultante do balanceamento dos totais das receitas e despesas correntes, apurado na demonstração a que se refere o Anexo nº 1, não constituirá item de receita orçamentária.

§ 4º A classificação da receita obedecerá ao seguinte esquema:

#### RECEITAS CORRENTES

##### RECEITA TRIBUTÁRIA

Impostos

Taxas

Contribuições de Melhoria

##### RECEITA DE CONTRIBUIÇÕES

##### RECEITA PATRIMONIAL

##### RECEITA AGROPECUÁRIA

##### RECEITA INDUSTRIAL

##### RECEITA DE SERVIÇOS

TRANSFERÊNCIAS CORRENTES  
OUTRAS RECEITAS CORRENTES  
RECEITAS DE CAPITAL  
    OPERAÇÕES DE CRÉDITO  
    ALIENAÇÃO DE BENS  
    AMORTIZAÇÃO DE EMPRÉSTIMOS  
    TRANSFERÊNCIAS DE CAPITAL  
    OUTRAS RECEITAS DE CAPITAL

### **CAPÍTULO III**

#### **Da Despesa**

**Art. 12** A despesa será classificada nas seguintes categorias econômicas:

#### DESPESAS CORRENTES

Despesas de Custeio  
Transferências Correntes

#### DESPESAS DE CAPITAL

Investimentos  
Inversões Financeiras  
Transferências de Capital.

§ 1º Classificam-se como Despesas de Custeio as dotações para manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive as destinadas a atender a obras de conservação e adaptação de bens imóveis.

§ 2º Classificam-se como Transferências Correntes as dotações para despesas as quais não corresponda contraprestação direta em bens ou serviços, inclusive para contribuições e subvenções destinadas a atender à manifestação de outras entidades de direito público ou privado.

§ 3º Consideram-se subvenções, para os efeitos desta lei, as transferências destinadas a cobrir despesas de custeio das entidades beneficiadas, distinguindo-se como:

I - subvenções sociais, as que se destinem a instituições públicas ou privadas de caráter assistencial ou cultural, sem finalidade lucrativa;

II - subvenções econômicas, as que se destinem a empresas públicas ou privadas de caráter industrial, comercial, agrícola ou pastoril.

§ 4º Classificam-se como investimentos as dotações para o planejamento e a execução de obras, inclusive as destinadas à aquisição de imóveis considerados necessários à realização destas últimas, bem como para os programas especiais de trabalho, aquisição de instalações, equipamentos e material permanente e constituição ou aumento do capital de empresas que não sejam de caráter comercial ou financeiro.

§ 5º Classificam-se como Inversões Financeiras as dotações destinadas a:

I aquisição de imóveis, ou de bens de capital já em utilização;

II aquisição de títulos representativos do capital de empresas ou entidades de qualquer

espécie, já constituídas, quando a operação não importe aumento do capital;

III constituição ou aumento do capital de entidades ou empresas que visem a objetivos comerciais ou financeiros, inclusive operações bancárias ou de seguros.

§ 6º São Transferências de Capital as dotações para investimentos ou inversões financeiras que outras pessoas de direito público ou privado devam realizar, independentemente de contraprestação direta em bens ou serviços, constituindo essas transferências auxílios ou contribuições, segundo derivem diretamente da Lei de Orçamento ou de lei especialmente anterior, bem como as dotações para amortização da dívida pública.

**Art. 13** Observadas as categorias econômicas do art. 12, a discriminação ou especificação da despesa por elementos, em cada unidade administrativa ou órgão de governo, obedecerá ao seguinte esquema:

#### DESPESAS CORRENTES

- Despesas de Custeio
- Pessoa Civil
- Pessoal Militar
- Material de Consumo
- Serviços de Terceiros
- Encargos Diversos
- Transferências Correntes
- Subvenções Sociais
- Subvenções Econômicas
- Inativos
- Pensionistas
- Salário Família e Abono Familiar
- Juros da Dívida Pública
- Contribuições de Previdência Social
- Diversas Transferências Correntes.

#### DESPESAS DE CAPITAL

- Investimentos
- Obras Públicas
- Serviços em Regime de Programação Especial
- Equipamentos e Instalações
- Material Permanente
- Participação em Constituição ou Aumento de Capital de Empresas ou Entidades Industriais ou Agrícolas
- Inversões Financeiras
- Aquisição de Imóveis
- Participação em Constituição ou Aumento de Capital de Empresas ou Entidades Comerciais ou Financeiras
- Aquisição de Títulos Representativos de Capital de Empresa em Funcionamento
- Constituição de Fundos Rotativos
- Concessão de Empréstimos
- Diversas Inversões Financeiras

Transferências de Capital  
Amortização da Dívida Pública  
Auxílios para Obras Públicas  
Auxílios para Equipamentos e Instalações  
Auxílios para Inversões Financeiras  
Outras Contribuições.

**Art. 14** Constitui unidade orçamentária o agrupamento de serviços subordinados ao mesmo órgão ou repartição a que serão consignadas dotações próprias.

**Parágrafo Único:** Em casos excepcionais, serão consignadas dotações a unidades administrativas subordinadas ao mesmo órgão.

**Art. 15** Na Lei de Orçamento a discriminação da despesa far-se-á no *mínimo* por elementos.

§ 1º Entende-se por elementos o desdobramento da despesa com pessoal, material, serviços, obras e outros meios de que se serve a administração pública para consecução dos seus fins.

§ 2º Para efeito de classificação da despesa, considera-se material permanente o de duração superior a dois anos.

## SEÇÃO I

Das Despesas Correntes

### SUBSEÇÃO ÚNICA

Das Transferências Correntes

I Das Subvenções Sociais

**Art. 16** Fundamentalmente e nos limites das possibilidades financeiras a concessão de subvenções sociais visará a prestação de serviços essenciais de assistência social, médica e educacional, sempre que a suplementação de recursos de origem privada aplicados a esses objetivos, revelar-se mais econômica.

**Parágrafo Único:** O valor das subvenções, sempre que possível, será calculado com base em unidades de serviços efetivamente prestados ou postos à disposição dos interessados obedecidos os padrões mínimos de eficiência previamente fixados.

**Art. 17** Somente à instituição cujas condições de funcionamento forem julgadas satisfatórias pelos órgãos oficiais de fiscalização serão concedidas subvenções.

II Das Subvenções Econômicas

**Art. 18** A cobertura dos déficits de manutenção das empresas públicas, de natureza autárquica ou não, far-se-á mediante subvenções econômicas expressamente incluídas nas despesas correntes do orçamento da União, do Estado, do Município ou do Distrito Federal.

**Parágrafo Único:** Consideram-se, igualmente, como subvenções econômicas:

a) as dotações destinadas a cobrir a diferença entre os preços de mercado e os preços de revenda,

pelo Governo, de gêneros alimentícios ou outros materiais;

b) as dotações destinadas ao pagamento de bonificações a produtores de determinados gêneros ou materiais.

**Art. 19** A Lei de Orçamento não consignará ajuda financeira, a qualquer título, a empresa de fins lucrativos, salvo quando se tratar de subvenções cuja concessão tenha sido expressamente autorizada em lei especial.

## SEÇÃO II

Das Despesas de Capital

### SUBSEÇÃO PRIMEIRA

Dos Investimentos

**Art. 20** Os investimentos serão discriminados na Lei de Orçamento segundo os projetos de obras e de outras aplicações.

**Parágrafo Único:** Os programas especiais de trabalho que, por sua natureza, não possam cumprir-se subordinadamente às normas gerais de execução da despesa poderão ser custeadas por dotações globais, classificadas entre as Despesas de Capital.

### SUBSEÇÃO SEGUNDA

Das Transferências de Capital

**Art. 21** A Lei de Orçamento não consignará auxílio para investimentos que se devam incorporar ao patrimônio das empresas privadas de fins lucrativos.

**Parágrafo Único:** O disposto neste artigo aplica-se às transferências de capital à conta de fundos especiais ou dotações sob regime excepcional de aplicação.

## TÍTULO II

Da Proposta Orçamentária

### CAPÍTULO I

**Conteúdo e Forma da Proposta Orçamentária**

**Art. 22** A proposta orçamentária que o Poder Executivo encaminhará ao Poder Legislativo nos prazos estabelecidos nas Constituições e nas Leis Orgânicas dos Municípios, compor-se-á:

I Mensagem, que conterà: exposição circunstanciada da situação econômico-financeira, documentada com demonstração da dívida fundada e flutuante, saldos de créditos especiais, restos a pagar e outros compromissos financeiros exigíveis; exposição e justificação da política econômica-financeira do Governo; justificação da receita e despesa, particularmente no tocante ao orçamento de capital;

II Projeto de Lei de Orçamento;

III Tabelas explicativas, das quais, além das estimativas de receita e despesa, constarão, em colunas distintas e para fins de comparação:

- a) A receita arrecadada nos três últimos exercícios anteriores àquele em que se elaborou a proposta;
- b) A receita prevista para o exercício em que se elabora a proposta;
- c) A receita prevista para o exercício a que se refere a proposta;
- d) A despesa realizada no exercício imediatamente anterior;
- e) A despesa fixada para o exercício em que se elabora a proposta; e
- f) A despesa prevista para o exercício a que se refere a proposta.

IV Especificação dos programas especiais de trabalho custeados por dotações globais, em termos de metas visadas, decompostas em estimativa do custo das obras a realizar e dos serviços a prestar, acompanhadas de justificção econômica, financeira, social e administrativa.

**Parágrafo Único:** Constará da proposta orçamentária, para cada unidade administrativa, descrição sucinta de suas principais finalidades, com indicação da respectiva legislação.

## CAPÍTULO II

### Da Elaboração da Proposta Orçamentária

#### SUBSEÇÃO PRIMEIRA

Das Previsões Plurienais

**Art. 23** As receitas e despesas de capital serão objeto de um Quadro de Recursos e de Aplicação de Capital, aprovado por decreto do Poder Executivo, abrangendo, no mínimo um triênio.

**Parágrafo Único:** O Quadro de Recursos e de Aplicação de Capital será anualmente reajustado acrescentando-se-lhe as previsões de mais um ano, de modo a assegurar a projeção contínua dos períodos.

**Art. 24** O Quadro de Recursos e de Aplicação de Capital abrangerá:

I as despesas e, como couber, também as receitas previstas em planos especiais aprovados em lei e destinados a atender a regiões ou a setores da administração ou da economia;

II as despesas à conta de fundos especiais e, como couber, as receitas que os constituam;

III em anexos, as despesas de capital das entidades referidas no Título X desta lei, com indicação das respectivas receitas, para as quais forem previstas transferências de capital.

**Art. 25** Os programas constantes do Quadro de Recursos e de Aplicação de Capital sempre que possível serão correlacionados a metas objetivas em termos de realização de obras e de prestação de serviços.

**Parágrafo Único:** Consideram-se metas os resultados que se pretendem obter com a realização de cada programa.

**Art. 26** A proposta orçamentária conterá o programa anual atualizado dos investimentos, inversões financeiras e transferências previstos no Quadro de Recursos e de Aplicação de Capital.

## **SUBSEÇÃO SEGUNDA**

### Das Previsões Anuais

**Art. 27** As propostas parciais de orçamento guardarão estrita conformidade com a política econômica-financeira, o programa anual de trabalho do Governo e, quando fixado, o limite global máximo para o orçamento de cada unidade administrativa.

**Art. 28** As propostas parciais das unidades administrativas, organizadas em formulário próprio, serão acompanhadas de:

I tabelas explicativas da despesa, sob a forma estabelecida no artigo 22, inciso III, letras d, e e f;

II justificação pormenorizada de cada dotação solicitada, com a indicação dos atos de aprovação de projetos e orçamentos de obras públicas, para cujo início ou prosseguimento ela se destina.

**Art. 29** Caberá aos órgãos de contabilidade ou de arrecadação organizar demonstrações mensais da receita arrecadada, segundo as rubricas, para servirem de base a estimativa da receita, na proposta orçamentária.

**Parágrafo Único:** Quando houver órgão central de orçamento, essas demonstrações serão remetidas mensalmente.

**Art. 30** A estimativa da receita terá por base as demonstrações a que se refere o artigo anterior à arrecadação dos três últimos exercícios, pelo menos bem como as circunstâncias de ordem conjuntural e outras, que possam afetar a produtividade de cada fonte de receita.

**Art. 31** As propostas orçamentárias parciais serão revistas e coordenadas na proposta geral, considerando-se a receita estimada e as novas circunstâncias.

## **TÍTULO III**

### Da elaboração da Lei de Orçamento

**Art. 32** Se não receber a proposta orçamentária no prazo fixado nas Constituições ou nas Leis Orgânicas dos Municípios, o Poder Legislativo considerará como proposta a Lei de Orçamento vigente.

**Art. 33** Não se admitirão emendas ao projeto de Lei de Orçamento que visem a:

- a) alterar a dotação solicitada para despesa de custeio, salvo quando provada, nesse ponto a inexistência da proposta;
- b) conceder dotação para o início de obra cujo projeto não esteja aprovado pelos órgãos competentes;
- c) conceder dotação para instalação ou funcionamento de serviço que não esteja anteriormente criado;
- d) conceder dotação superior aos quantitativos previamente fixados em resolução do Poder Legislativo para concessão de auxílios e subvenções.

## **TÍTULO IV**

### Do Exercício Financeiro

**Art. 34** O exercício financeiro coincidirá com o ano civil.

**Art. 35** Pertencem ao exercício financeiro:

- I as receitas nele arrecadadas;
- II as despesas nele legalmente empenhadas.

**Art. 36** Consideram-se Restos a Pagar as despesas empenhadas mas não pagas até o dia 31 de dezembro distinguindo-se as processadas das não processadas.

**Parágrafo Único:** Os empenhos que sorvem a conta de créditos com vigência plurienal, que não tenham sido liquidados, só serão computados como Restos a Pagar no último ano de vigência do crédito.

**Art. 37** As despesas de exercícios encerrados, para as quais o orçamento respectivo consignava crédito próprio, com saldo suficiente para atendê-las, que não se tenham processado na época própria, bem como os Restos a Pagar com prescrição interrompida e os compromissos reconhecidos após o encerramento do exercício correspondente poderão ser pagos à conta de dotação específica consignada no orçamento, discriminada por elementos, obedecida, sempre que possível, a ordem cronológica.

**Art. 38** Reverte à dotação a importância de despesa anulada no exercício, quando a anulação ocorrer após o encerramento deste considerar-se-á receita do ano em que se efetivar.

**Art. 39** Os créditos da Fazenda Pública, de natureza tributária ou não tributária, serão escriturados como receita do exercício em que forem arrecadados, nas respectivas rubricas orçamentárias.

§ 1º Os créditos de que trata este artigo, exigíveis pelo transcurso do prazo para pagamento, serão inscritos, na forma da legislação própria, como Dívida Ativa, em registro próprio, após apurada a sua liquidez e certeza, e a respectiva receita será escriturada a esse título.

§ 2º Dívida Ativa Tributária é o crédito da Fazenda Pública dessa natureza, proveniente de obrigação legal relativa a tributos e respectivos adicionais e multas, e Dívida Ativa não Tributária são os demais créditos da Fazenda Pública, tais como os provenientes de empréstimos compulsórios, contribuições estabelecidas em lei, multa de qualquer origem ou natureza, exceto as tributárias, foros, laudêmios, alugueis ou taxas de ocupação, custas processuais, preços de serviços prestados por estabelecimentos públicos, indenizações, reposições, restituições, alcances dos responsáveis definitivamente julgados, bem assim os créditos decorrentes de obrigações em moeda estrangeira, de sub-rogação de hipoteca, fiança, aval ou outra garantia, de contratos em geral ou de outras obrigações legais.

§ 3º O valor do crédito da Fazenda Nacional em moeda estrangeira será convertido ao correspondente valor na moeda nacional à taxa cambial oficial, para compra, na data da notificação ou intimação do devedor, pela autoridade administrativa, ou, à sua falta, na data da inscrição da Dívida Ativa, incidindo, a partir da conversão, a atualização monetária e os juros de mora, de acordo com preceitos legais pertinentes aos débitos tributários.

§ 4º A receita da Dívida Ativa abrange os créditos mencionados nos parágrafos anteriores, bem como os valores correspondentes à respectiva atualização monetária, à multa e juros de mora e ao encargo de que tratam o art. 1º do Decreto-lei nº 1.025, de 21 de outubro de 1969, e o art. 3º do Decreto-lei nº 1.645, de 11 de dezembro de 1978.

§ 5º A Dívida Ativa da União será apurada e inscrita na Procuradoria da Fazenda Nacional.

## TÍTULO V

### Dos Créditos Adicionais

**Art. 40** São créditos adicionais, as autorizações de despesa não computadas ou insuficientemente dotadas na Lei de Orçamento.

**Art. 41** Os créditos adicionais classificam-se em:

- I suplementares, os destinados a reforço de dotação orçamentária;
- II especiais, os destinados a despesas para as quais não haja dotação orçamentária específica;
- III extraordinários, os destinados a despesas urgentes e imprevistas, em caso de guerra, comoção intestina ou calamidade pública.

**Art. 42** Os créditos suplementares e especiais serão autorizados por lei e abertos por decreto executivo.

**Art. 43** A abertura dos créditos suplementares e especiais depende da existência de recursos disponíveis para ocorrer a despesa e será precedida de exposição justificativa.

§ 1º Consideram-se recursos para o fim deste artigo, desde que não comprometidos:

- I o superávit financeiro apurado em balanço patrimonial do exercício anterior;
- II os provenientes de excesso de arrecadação;
- III os resultantes de anulação parcial ou total de dotações orçamentárias ou de créditos adicionais, autorizados em Lei;
- IV o produto de operações de crédito autorizadas, em forma que juridicamente possibilite ao poder executivo realizá-las.

§ 2º Entende-se por superávit financeiro a diferença positiva entre o ativo financeiro e o passivo financeiro, conjugando-se, ainda, os saldos dos créditos adicionais transferidos e as operações de crédito a eles vinculadas.

§ 3º Entende-se por excesso de arrecadação, para os fins deste artigo, o saldo positivo das diferenças acumuladas mês a mês entre a arrecadação prevista e a realizada, considerando-se, ainda, a tendência do exercício.

§ 4º Para o fim de apurar os recursos utilizáveis, provenientes de excesso de arrecadação, deduzir-se-á a importância dos créditos extraordinários abertos no exercício.

**Art. 44** Os créditos extraordinários serão abertos por decreto do Poder Executivo, que deles dará imediato conhecimento ao Poder Legislativo.

**Art. 45** Os créditos adicionais terão vigência adstrita ao exercício financeiro em que forem abertos, salvo expressa disposição legal em contrário, quanto aos especiais e extraordinários.

**Art. 46** O ato que abrir crédito adicional indicará a importância, a espécie do mesmo e a classificação da despesa, até onde for possível.

## TÍTULO VI

### Da Execução do Orçamento

## CAPÍTULO I

### Da Programação da Despesa

- Art. 47** Imediatamente após a promulgação da Lei de Orçamento e com base nos limites nela fixados, o Poder Executivo aprovará um quadro de cotas trimestrais da despesa que cada unidade orçamentária fica autorizada a utilizar.
- Art. 48** A fixação das cotas a que se refere o artigo anterior atenderá aos seguintes objetivos:
- a) assegurar às unidades orçamentárias, em tempo útil a soma de recursos necessários e suficientes a melhor execução do seu programa anual de trabalho;
  - b) manter, durante o exercício, na medida do possível o equilíbrio entre a receita arrecadada e a despesa realizada, de modo a reduzir ao mínimo eventuais insuficiências de tesouraria.
- Art. 49** A programação da despesa orçamentária, para feito do disposto no artigo anterior, levará em conta os créditos adicionais e as operações extra-orçamentárias.
- Art. 50** As cotas trimestrais poderão ser alteradas durante o exercício, observados o limite da dotação e o comportamento da execução orçamentária.

## CAPÍTULO II

### Da Receita

- Art. 51** Nenhum tributo será exigido ou aumentado sem que a lei o estabeleça, nenhum será cobrado em cada exercício sem prévia autorização orçamentária, ressalvados a tarifa aduaneira e o imposto lançado por motivo de guerra.
- Art. 52** São objeto de lançamento os impostos diretos e quaisquer outras rendas com vencimento determinado em lei, regulamento ou contrato.
- Art. 53** O lançamento da receita, o ato da repartição competente, que verifica a procedência do crédito fiscal e a pessoa que lhe é devedora e inscreve o débito desta.
- Art. 54** Não será admitida a compensação da observação de recolher rendas ou receitas com direito creditório contra a Fazenda Pública.
- Art. 55** Os agentes da arrecadação devem fornecer recibos das importâncias que arrecadarem.
- § 1º Os recibos devem conter o nome da pessoa que paga a soma arrecadada, proveniência e classificação, bem como a data a assinatura do agente arrecadador.
- § 2º Os recibos serão fornecidos em uma única via.
- Art. 56** O recolhimento de todas as receitas far-se-á em estrita observância ao princípio de unidade de tesouraria, vedada qualquer fragmentação para criação de caixas especiais.
- Art. 57** Ressalvado o disposto no parágrafo único do artigo 3. *desta lei* serão classificadas como receita orçamentária, sob as rubricas próprias, todas as receitas arrecadadas, inclusive as provenientes de operações de crédito, ainda que não previstas no Orçamento.

### CAPÍTULO III

#### Da Despesa

**Art. 58** O empenho de despesa é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição.

**Art. 59** O empenho da despesa não poderá exceder o limite dos créditos concedidos.

§ 1º Ressalvado o disposto no Art. 67 da Constituição Federal, é vedado aos Municípios empenhar, no último mês do mandato do Prefeito, mais do que o duodécimo da despesa prevista no orçamento vigente.

§ 2º Fica, também, vedado aos Municípios, no mesmo período, assumir, por qualquer forma, compromissos financeiros para execução depois do término do mandato do Prefeito.

§ 3º As disposições dos parágrafos anteriores não se aplicam nos casos comprovados de calamidade pública.

§ 4º Reputam-se nulos e de nenhum efeito os empenhos e atos praticados em desacordo com o disposto nos parágrafos 1º e 2º deste artigo, sem prejuízo da responsabilidade do Prefeito nos termos do Art. 1º, inciso V, do Decreto-lei n.º 201, de 27 de fevereiro de 1967.

**Art. 60** É vedada a realização de despesa sem prévio empenho.

§ 1º Em casos especiais previstos na legislação específica será dispensada a emissão da nota de empenho.

§ 2º Será feito por estimativa o empenho da despesa cujo montante não se possa determinar.

§ 3º É permitido o empenho global de despesas contratuais e outras, sujeitas a parcelamento.

**Art. 61** Para cada empenho será extraído um documento denominado “nota de empenho” que indicará o nome do credor, a representação e a importância da despesa bem como a dedução desta do saldo da dotação própria.

**Art. 62** O pagamento da despesa só será efetuado quando ordenado após sua regular liquidação.

**Art. 63** A liquidação da despesa consiste na verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito.

§ 1º Essa verificação tem por fim apurar:

I a origem e o objeto do que se deve pagar;

II a importância exata a pagar;

III a quem se deve pagar a importância, para extinguir a obrigação.

§ 2º A liquidação da despesa por fornecimentos feitos ou serviços prestados terá por base:

I o contrato, ajuste ou acordo respectivo;

II a nota de empenho;

III os comprovantes da entrega de material ou da prestação efetiva do serviço.

**Art. 64** A ordem de pagamento é o despacho exarado por autoridade competente, determinando que a despesa seja paga.

**Parágrafo Único:** A ordem de pagamento só poderá ser exarada em documentos processados pelos serviços de contabilidade.

**Art. 65** O pagamento da despesa será efetuado por tesouraria ou pagadoria regularmente instituídos por estabelecimentos bancários credenciados e, em casos excepcionais, por meio de adiantamento.

**Art. 66** As dotações atribuídas às diversas unidades orçamentárias poderão quando expressamente determinado na Lei de Orçamento ser movimentadas por órgãos centrais de administração geral.

**Parágrafo Único:** É permitida a redistribuição de parcelas das dotações de pessoal, de uma para outra unidade orçamentária, quando considerada indispensável à movimentação de pessoal dentro das tabelas ou quadros comuns às unidades interessadas, a que se realize em obediência à legislação específica.

**Art. 67** Os pagamentos devidos pela Fazenda Pública, em virtude de sentença judiciária, far-se-ão na ordem de apresentação dos precatórios e à conta dos créditos respectivos, sendo proibida a designação de casos ou de pessoas nas dotações orçamentárias e nos créditos adicionais abertos para esse fim.

**Art. 68** O regime de adiantamento é aplicável aos casos de despesas expressamente definidos em lei e consiste na entrega de numerário a servidor, sempre precedida de empenho na dotação própria para o fim de realizar despesas, que não possam subordinar-se ao processo normal de aplicação.

**Art. 69** Não se fará adiantamento a servidor em alcance nem a responsável por dois adiantamento.

**Art. 70** A aquisição de material, o fornecimento e a adjudicação de obras e serviços serão regulados em lei, respeitado o princípio da concorrência.

## TÍTULO VII

### Dos Fundos Especiais

**Art. 71** Constitui fundo especial o produto de receitas especificadas que por lei se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação.

**Art. 72** A aplicação das receitas orçamentárias vinculadas a turnos especiais far-se-á através de dotação consignada na Lei de Orçamento ou em créditos adicionais.

**Art. 73** Salvo determinação em contrário da lei que o instituiu, o saldo positivo do fundo especial apurado em balanço será transferido para o exercício seguinte, a crédito do mesmo fundo.

**Art. 74** A lei que instituir fundo especial poderá determinar normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem de qualquer modo, elidir a competência específica do Tribunal de Contas ou órgão equivalente.

## TÍTULO VIII

### Do Controle da Execução Orçamentária

## CAPÍTULO I

### Disposições Gerais

**Art. 75** O controle da execução orçamentária compreenderá:

I a legalidade dos atos de que resultem a arrecadação da receita ou a realização da despesa, o nascimento ou a extinção de direitos e obrigações;

II a fidelidade funcional dos agentes da administração, responsáveis por bens e valores públicos;

III o cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e em termos de realização de obras e prestação de serviços.

## **CAPÍTULO II**

### **Do Controle Interno**

**Art. 76** O Poder Executivo exercerá os três tipos de controle a que se refere o artigo 75, sem prejuízo das atribuições do Tribunal de Contas ou órgão equivalente.

**Art. 77** A verificação da legalidade dos atos de execução orçamentária será prévia, concomitante e subsequente.

**Art. 78** Além da prestação ou tomada de contas anual, quando instituída em lei, ou por fim de gestão, poderá haver, a qualquer tempo, levantamento, prestação ou tomada de contas de todos os responsáveis por bens ou valores públicos.

**Art. 79** Ao órgão incumbido da elaboração da proposta orçamentária ou a outro indicado na legislação, caberá o controle estabelecido no inciso III do artigo 75.

**Parágrafo Único:** Esse controle far-se-á, quando for o caso, em termos de unidades de medida, previamente estabelecidos para cada atividade.

**Art. 80** Compete aos serviços de contabilidade ou órgãos equivalentes verificar a exata observância dos limites das cotas trimestrais atribuídas a cada unidade orçamentária, dentro do sistema que for instituído para esse fim.

## **CAPÍTULO III**

### **Do Controle Interno**

**Art. 81** O controle da execução orçamentária, pelo Poder Legislativo, terá por objetivo verificar a probidade da administração, a guarda e legal emprego dos dinheiros públicos e o cumprimento da Lei de Orçamento.

**Art. 82** O Poder Executivo, anualmente, prestará contas ao Poder Legislativo, no prazo estabelecido nas Constituições ou nas Leis Orgânicas dos Municípios.

§ 1º As contas do Poder Executivo serão submetidas ao Poder Legislativo, com Parecer prévio do Tribunal de Contas ou órgão equivalente.

§ 2º Quando, no Município não houver Tribunal de Contas ou órgão equivalente, a Câmara de Vereadores poderá designar peritos contadores para verificarem as contas do prefeito e sobre elas emitirem parecer.

## **TÍTULO IX**

### **Da Contabilidade**

## CAPÍTULO I

### Disposições Gerais

- Art. 83** A contabilidade evidenciará perante a Fazenda Pública a situação de todos quantos, de qualquer modo, arrecadem receitas, efetuem despesas, administrem ou guardem bens a ela pertencentes ou confiados.
- Art. 84** Ressalvada a competência do Tribunal de Contas ou órgão equivalente, a tomada de contas dos agentes responsáveis por bens ou dinheiros públicos será realizada ou superintendida pelos serviços de contabilidade.
- Art. 85** Os serviços de contabilidade serão organizados de forma a permitirem o acompanhamento da execução orçamentária, o conhecimento da composição patrimonial, a determinação dos custos dos serviços industriais, o levantamento dos balanços gerais, a análise e a interpretação dos resultados econômicos e financeiros.
- Art. 86** A escrituração sintética das operações financeiras e patrimoniais efetuar-se-á pelo método das partidas dobradas.
- Art. 87** Haverá controle contábil dos direitos e obrigações oriundos de ajustes ou contratos em que a administração pública for parte.
- Art. 88** Os débitos e créditos serão escriturados com individualização do devedor ou do credor e especificação da natureza, importância e data do vencimento, quando fixada.
- Art. 89** A contabilidade evidenciará os fatos ligados à administração orçamentária, financeira patrimonial e industrial.

## CAPÍTULO II

### Da Contabilidade Orçamentária e Financeira

- Art. 90** A contabilidade deverá evidenciar, em seus registros, o montante dos créditos orçamentários vigentes, a despesa empenhada e a despesa realizada, à conta dos mesmos créditos, e as dotações disponíveis.
- Art. 91** O registro contábil da receita e da despesa far-se-á de acordo com as especificações constantes da Lei de Orçamento e dos créditos adicionais.
- Art. 92** A dívida flutuante compreende:
- I os restos a pagar, excluídos os serviços da dívida;
  - II os serviços da dívida a pagar;
  - III os depósitos;
  - IV os débitos de tesouraria.
- Parágrafo Único:** O registro dos restos a pagar far-se-á por exercício e por credor distinguindo-se as despesas processadas das não processadas.
- Art. 93** Todas as operações de que resultem débitos e créditos de natureza financeira, não compreendidas na execução orçamentária, serão também objeto de registro, individualização e controle contábil.

### CAPÍTULO III

#### Da Contabilidade Patrimonial e Industrial

- Art. 94** Haverá registros analíticos de todos os bens de caráter permanente, com indicação dos elementos necessários para a perfeita caracterização de cada um deles e dos agentes responsáveis pela sua guarda e administração.
- Art. 95** A contabilidade manterá registros sintéticos dos bens móveis e imóveis.
- Art. 96** O levantamento geral dos bens móveis e imóveis terá por base o inventário analítico de cada unidade administrativa e os elementos da escrituração sintética na contabilidade.
- Art. 97** Para fins orçamentários e determinação dos devedores, ter-se-á o registro contábil das receitas patrimoniais, fiscalizando-se sua efetivação.
- Art. 98** A dívida fundada compreende os compromissos de exigibilidade superior a doze meses, contraídos para atender a desequilíbrio orçamentário ou a financeiro de obras e serviços públicos.
- Parágrafo Único:** A dívida fundada será escriturada com individualização e especificações que permitam verificar, a qualquer momento, a posição dos empréstimos, bem como os respectivos serviços de amortização e juros.
- Art. 99** Os serviços públicos industriais, ainda que não organizados como empresa pública ou autárquica, manterão contabilidade especial para determinação dos custos, ingressos e resultados, sem prejuízo da escrituração patrimonial e financeiro comum.
- Art. 100** As alterações da situação líquida patrimonial, que abrangem os resultados da execução orçamentária, bem como as variações independentes dessa execução e as superveniências e insubsistência ativas e passivas, constituirão elementos da conta patrimonial.

### CAPÍTULO IV

#### Dos Balanços

- Art. 101** Os resultados gerais do exercício serão demonstrados no Balanço Orçamentário, no Balanço Financeiro, no Balanço Patrimonial, na Demonstração das Variações Patrimoniais, segundo os Anexos números 12, 13, 14 e 15 e os quadros demonstrativos constantes dos Anexos números 1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16 e 17.
- Art. 102** O Balanço Orçamentário demonstrará as receitas e despesas previstas em confronto com as realizadas.
- Art. 103** O Balanço Financeiro demonstrará a receita e a despesa orçamentárias bem como os recebimentos e os pagamentos de natureza extra-orçamentária, conjugados com os saldos em espécie provenientes do exercício anterior, e os que se transferem para o exercício seguinte.
- Parágrafo Único:** Os Restos a Pagar do exercício serão computados na receita extra-orçamentária para compensar sua inclusão na despesa orçamentária.
- Art. 104** A Demonstração das Variações Patrimoniais evidenciará as alterações verificadas no patrimônio, resultantes ou independentes da execução orçamentária, e indicará o resultado patrimonial do exercício.

**Art. 105** O Balanço Patrimonial demonstrará:

- I O Ativo Financeiro;
- II O Ativo Permanente;
- III O Passivo Financeiro;
- IV O Passivo Permanente;
- V O Saldo Patrimonial;
- VI As Contas de Compensação.

§ 1º O Ativo Financeiro compreenderá os créditos e valores realizáveis independentemente de autorização orçamentária e os valores numerários.

§ 2º O Ativo Permanente compreenderá os bens, créditos e valores, cuja mobilização ou alienação dependa de autorização legislativa.

§ 3º O Passivo Financeiro compreenderá as dívidas fundadas e outras pagamento independa de autorização orçamentária.

§ 4º O Passivo Permanente compreenderá as dívidas fundadas e outras que dependam de autorização legislativa para amortização ou resgate.

§ 5º Nas contas de compensação serão registrados os bens, valores, obrigações e situações não compreendidas nos parágrafos anteriores e que, imediata ou indiretamente, possam vir a afetar o patrimônio.

**Art. 106** A avaliação dos elementos patrimoniais obedecerá as normas seguintes:

- I os débitos e créditos, bem como os títulos de renda, pelo seu valor nominal, feita a conversão, quando em moeda estrangeira, à taxa de câmbio vigente na data do balanço;
- II os bens móveis e imóveis, pelo valor de aquisição ou pelo custo de produção ou de construção;
- III os bens de almoxarifado, pelo preço médio ponderado das compras.

§ 1º Os valores em espécie, assim como os débitos e créditos, quando em moeda estrangeira, deverão figurar ao lado das correspondentes importâncias em moeda nacional.

§ 2º As variações resultantes da conversão dos débitos, créditos e valores em espécie serão levadas à conta patrimonial.

§ 3º Poderão ser feitas reavaliações dos bens móveis e imóveis.

## **TÍTULO X**

### Das Autarquias e Outras Entidades

**Art. 107** As entidades autárquicas ou paraestatais, inclusive de previdência social ou investidas de delegação para arrecadação de contribuições para fiscais da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal terão seus orçamentos aprovados por decreto do Poder Executivo, salvo se disposição legal expressa determinar que o sejam pelo Poder Legislativo.

**Parágrafo Único:** Compreendem-se nesta disposição as empresas com autonomia financeira e administrativa cujo capital pertencer, integralmente, ao Poder Público.

**Art. 108** Os orçamentos das entidades referidas no artigo anterior vincular-se-ão ao orçamento da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, pela inclusão:

I como receita, salvo disposição legal em contrário, de saldo positivo previsto entre os totais das receitas e despesas;

II como subvenção econômica, na receita do orçamento da beneficiária, salvo disposição legal em contrário, do saldo negativo previsto entre os totais das receitas e despesas.

§ 1º Os investimentos ou inversões financeiras da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, realizados por intermédio das entidades aludidas no artigo anterior, serão classificados como receita de capital destas e despesa de transferência de capital daqueles.

§ 2º As previsões para depreciação serão computadas para efeito de apuração do saldo líquido das mencionadas entidades.

**Art. 109** Os orçamentos e balanços das entidades compreendidas no artigo 107 serão publicados como complemento dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal a que estejam vinculados.

**Art. 110** Os orçamentos e balanços das entidades já referidas, obedecerão aos padrões e normas instituídas por esta lei, ajustados às respectivas peculiaridades.

**Parágrafo Único:** Dentro do prazo que a legislação fixar, os balanços serão remetidos ao órgão central de contabilidade da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, para fins de incorporação dos resultados, salvo disposição legal em contrário.

## TÍTULO XI

### Disposições Finais

**Art. 111** O Conselho Técnico de Economia e Finanças do Ministério da Fazenda, além de outras apurações, para fins estatísticos, de interesse nacional, organizará e publicará o balanço consolidado das contas da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, suas autarquias e outras entidades, bem como um quadro estruturalmente idêntico, baseado em dados orçamentários.

§ 1º Os quadros referidos neste artigo terão a estrutura do Anexo n. 1.

§ 2º O quadro baseado nos orçamentos será publicado até o último dia do primeiro semestre do próprio exercício e o baseado nos balanços, até o último dia do segundo semestre do exercício imediato àquele a que se referirem.

**Art. 112** Para cumprimento do disposto no artigo precedente, a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal remeterão ao mencionado órgão, até 30 de abril, os orçamentos do exercício, e até 30 de junho, os balanços do exercício anterior.

**Parágrafo Único:** O pagamento, pela União, de auxílio ou contribuição a Estados, Municípios ou Distrito Federal, cuja concessão não decorra de imperativo constitucional, dependerá de prova do atendimento ao que se determina neste artigo.

**Art. 113** Para fiel e uniforme aplicação das presentes normas, o Conselho Técnico de Economia e Finanças do Ministério da Fazenda atenderá a consultas, coligirá elementos, promoverá o intercâmbio de

dados informativos, expedirá recomendações técnicas, quando solicitadas, e atualizará sempre que julgar conveniente, os anexos que integram a presente lei.

**Parágrafo Único:** Para os fins previstos neste artigo, poderão ser promovidas, quando necessário, conferências ou reuniões técnicas, com a participação de representantes das entidades abrangidas por estas normas.

**Art. 114** Os efeitos desta lei são contados a partir de 1º de janeiro de 1964 para o fim da elaboração dos orçamentos e a partir de 1º de janeiro de 1965, quanto às demais atividades estatuídas.

**Art. 115** Revogam-se as disposições em contrário.

**Brasília, 17 de março de 1964; 143º da Independência e 76º da República.**

**JOÃO GULART**

*Abelardo Jurema*

*Sylvio Borges de Souza Motta*

*Jair Ribeiro*

*João Augusto de Araújo Castro*

*Waldyr Ramos Borges*

*Expedito Machado*

*Oswaldo Costa Lima Filho*

*Júlio Forquim Sambaquy*

*Amaury Silva*

*Anysio Botelho*

*Wilson Fadul*

*Antonio Oliveira Brito*

*Egydio Michaelsen*

## **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

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

O **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

### **DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

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

### **TÍTULO I**

Das Disposições Gerais

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

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

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

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

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

## TÍTULO II

Do Sistema Único de Saúde

### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

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

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

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

## CAPÍTULO I

### Dos Objetivos e Atribuições

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

I a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

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

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

**Art. 6** Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I a execução de ações: construção;

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

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

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

IV a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

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

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

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

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

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

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

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

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

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

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

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

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

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

IV avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

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

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

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

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

## **CAPÍTULO II**

### **Dos Princípios e Diretrizes**

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII participação da comunidade;

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

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

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

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

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

- XII capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

### CAPÍTULO III

#### Da Organização, da Direção e da Gestão

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

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

I no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

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

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

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

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

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

**Art. 11** (VETADO)

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

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

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

I alimentação e nutrição;

II saneamento e meio ambiente;

III vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV recursos humanos;

V ciência e tecnologia; e

VI saúde do trabalhador.

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

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

**Art. 14-A** As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Parágrafo Único:** A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

**Art. 14-B** O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

## **CAPÍTULO IV**

### **Da Competência e das Atribuições**

#### **SEÇÃO I**

##### **Das Atribuições Comuns**

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

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

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

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

- IV organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## SEÇÃO II

### Da Competência

**Art. 16** A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

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

II participar na formulação e na implementação das políticas:

- a) de controle das agressões ao meio ambiente;
- b) de saneamento básico; e
- c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária;

IV participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIV elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

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

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

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

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

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

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

**Art. 17** À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) de vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição; e
  - d) de saúde do trabalhador;
- V participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

**Art. 18** À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

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

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

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

IV executar serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição;
- d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador;

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

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

VII formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

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

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

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

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

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

## **CAPÍTULO V**

### **Da Competência e das Atribuições**

**Art. 19-A** As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

**Art. 19-B** É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

**Art. 19-C** Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

**Art. 19-D** O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

**Art. 19-E** Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

**Art. 19-F** Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

**Art. 19-G** O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

**Art. 19-H** As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

## **CAPÍTULO VI**

### **Do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar**

**Art. 19-I** São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

## **CAPÍTULO VII**

### **Do Subsistema de Acompanhamento durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato**

**Art. 19-J** Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

**Art. 19-L** (VETADO)

## **CAPÍTULO VIII**

### **Da Assistência Terapêutica e da Incorporação de Tecnologia em Saúde**

**Art. 19-M** A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em:

I dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

**Art. 19-N** Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

**Art. 19-O** Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

**Parágrafo Único:** Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo.

**Art. 19-P** Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde.

**Art. 19-Q** A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.

**Art. 19-R** A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei no 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II (VETADO);

III realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º (VETADO).

**Art. 19-S** (VETADO).

**Art. 19-T** São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.”

**Art. 19-U** A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite.

### TÍTULO III

Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

#### CAPÍTULO I

##### Do Funcionamento

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

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

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

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

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

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

#### CAPÍTULO II

##### Da Participação Complementar

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

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

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

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

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste

artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

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

§ 3º (Vetado).

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

## TÍTULO IV

### Dos Recursos Humanos

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

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

II (Vetado)

III (Vetado)

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

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

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

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

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

**Art. 29** (Vetado).

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

## TÍTULO V

### Do Financiamento

## CAPÍTULO I

### Dos Recursos

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

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

I (Vetado)

II Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

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

VI rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

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

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

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

§ 4º (Vetado).

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

§ 6º (Vetado).

## **CAPÍTULO II**

### **Da Gestão Financeira**

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

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

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação

aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

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

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

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

- I perfil demográfico da região;
- II perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

~~§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012)~~

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

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

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

### **CAPÍTULO III**

#### **Do Planejamento e do Orçamento**

**Art. 36** O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades

da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

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

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

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

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

### **Das Disposições Finais e Transitórias**

**Art. 39** (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

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

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º (Vetado).

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

**Art. 40** (Vetado)

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

**Art. 42** (Vetado)

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

**Art. 44** (Vetado)

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

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

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

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

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

**Art. 48** (Vetado).

**Art. 49** (Vetado).

**Art. 50** Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

**Art. 51** (Vetado).

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

**Art. 53** (Vetado).

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

**Art. 55** São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

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

**FERNANDO COLLOR**

*Alceni Guerra*

## LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

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

I a Conferência de Saúde; e

II o Conselho de Saúde.

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

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

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

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

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

**Art. 2** Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

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

II investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

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

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

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

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

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

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

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

I Fundo de Saúde;

II Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III plano de saúde;

IV relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

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

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

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

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

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

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

**FERNANDO COLLOR**

*Alceni Guerra*

## LEI COMPLEMENTAR Nº 101, DE 4 DE MAIO DE 2000

Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

O **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

### CAPÍTULO I

#### Disposições Preliminares

**Art. 1** Esta Lei Complementar estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição.

§ 1º A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar.

§ 2º As disposições desta Lei Complementar obrigam a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

§ 3º Nas referências:

I à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, estão compreendidos:

- a) o Poder Executivo, o Poder Legislativo, neste abrangidos os Tribunais de Contas, o Poder Judiciário e o Ministério Público;
- b) as respectivas administrações diretas, fundos, autarquias, fundações e empresas estatais dependentes;

II a Estados entende-se considerado o Distrito Federal;

III a Tribunais de Contas estão incluídos: Tribunal de Contas da União, Tribunal de Contas do Estado e, quando houver, Tribunal de Contas dos Municípios e Tribunal de Contas do Município.

**Art. 2** Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como:

I ente da Federação: a União, cada Estado, o Distrito Federal e cada Município;

II empresa controlada: sociedade cuja maioria do capital social com direito a voto pertença, direta ou indiretamente, a ente da Federação;

III empresa estatal dependente: empresa controlada que receba do ente controlador recursos financeiros para pagamento de despesas com pessoal ou de custeio em geral ou de capital, excluídos, no último caso, aqueles provenientes de aumento de participação acionária;

IV receita corrente líquida: somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos:

- a) na União, os valores transferidos aos Estados e Municípios por determinação constitucional ou legal, e as contribuições mencionadas na alínea a do inciso I e no inciso II do art. 195, e no art. 239 da Constituição;

- b) nos Estados, as parcelas entregues aos Municípios por determinação constitucional;
- c) na União, nos Estados e nos Municípios, a contribuição dos servidores para o custeio do seu sistema de previdência e assistência social e as receitas provenientes da compensação financeira citada no § 9º do art. 201 da Constituição.

§ 1º Serão computados no cálculo da receita corrente líquida os valores pagos e recebidos em decorrência da Lei Complementar no 87, de 13 de setembro de 1996, e do fundo previsto pelo art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

§ 2º Não serão considerados na receita corrente líquida do Distrito Federal e dos Estados do Amapá e de Roraima os recursos recebidos da União para atendimento das despesas de que trata o inciso V do § 1º do art. 19.

§ 3º A receita corrente líquida será apurada somando-se as receitas arrecadadas no mês em referência e nos onze anteriores, excluídas as duplicidades.

## **CAPÍTULO II**

### **Do Planejamento**

#### **Seção I**

Do Plano Plurianual

**Art. 3** – (VETADO)

#### **Seção II**

Da Lei de Diretrizes Orçamentárias

**Art. 4** A lei de diretrizes orçamentárias atenderá o disposto no § 2º do art. 165 da Constituição e:

I disporá também sobre:

- a) equilíbrio entre receitas e despesas;
  - b) critérios e forma de limitação de empenho, a ser efetivada nas hipóteses previstas na alínea b do inciso II deste artigo, no art. 9º e no inciso II do § 1º do art. 31;
  - c) (VETADO)
  - d) (VETADO)
  - e) normas relativas ao controle de custos e à avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos dos orçamentos;
  - f) demais condições e exigências para transferências de recursos a entidades públicas e privadas;
- II - (VETADO)
- III - (VETADO)

§ 1º Integrará o projeto de lei de diretrizes orçamentárias Anexo de Metas Fiscais, em que serão estabelecidas metas anuais, em valores correntes e constantes, relativas a receitas, despesas, resultados nominal e primário e montante da dívida pública, para o exercício a que se referirem e para os dois seguintes.

§ 2º O Anexo conterá, ainda:

I avaliação do cumprimento das metas relativas ao ano anterior;

II demonstrativo das metas anuais, instruído com memória e metodologia de cálculo que justifiquem os resultados pretendidos, comparando-as com as fixadas nos três exercícios anteriores, e evidenciando a consistência delas com as premissas e os objetivos da política econômica nacional;

III evolução do patrimônio líquido, também nos últimos três exercícios, destacando a origem e a aplicação dos recursos obtidos com a alienação de ativos;

IV avaliação da situação financeira e atuarial:

a) dos regimes geral de previdência social e próprio dos servidores públicos e do Fundo de Amparo ao Trabalhador;

b) dos demais fundos públicos e programas estatais de natureza atuarial;

V demonstrativo da estimativa e compensação da renúncia de receita e da margem de expansão das despesas obrigatórias de caráter continuado.

§ 3º A lei de diretrizes orçamentárias conterá Anexo de Riscos Fiscais, onde serão avaliados os passivos contingentes e outros riscos capazes de afetar as contas públicas, informando as providências a serem tomadas, caso se concretizem.

§ 4º A mensagem que encaminhar o projeto da União apresentará, em anexo específico, os objetivos das políticas monetária, creditícia e cambial, bem como os parâmetros e as projeções para seus principais agregados e variáveis, e ainda as metas de inflação, para o exercício subsequente.

### Seção III

#### Da Lei Orçamentária Anual

**Art. 5** O projeto de lei orçamentária anual, elaborado de forma compatível com o plano plurianual, com a lei de diretrizes orçamentárias e com as normas desta Lei Complementar:

I conterá, em anexo, demonstrativo da compatibilidade da programação dos orçamentos com os objetivos e metas constantes do documento de que trata o § 1º do art. 4º;

II será acompanhado do documento a que se refere o § 6º do art. 165 da Constituição, bem como das medidas de compensação a renúncias de receita e ao aumento de despesas obrigatórias de caráter continuado;

III conterá reserva de contingência, cuja forma de utilização e montante, definido com base na receita corrente líquida, serão estabelecidos na lei de diretrizes orçamentárias, destinada ao:

a) (VETADO)

b) atendimento de passivos contingentes e outros riscos e eventos fiscais imprevistos.

§ 1º Todas as despesas relativas à dívida pública, mobiliária ou contratual, e as receitas que as atenderão, constarão da lei orçamentária anual.

§ 2º O refinanciamento da dívida pública constará separadamente na lei orçamentária e nas de crédito adicional.

§ 3º A atualização monetária do principal da dívida mobiliária refinanciada não poderá superar a variação do índice de preços previsto na lei de diretrizes orçamentárias, ou em legislação específica.

- § 4º É vedado consignar na lei orçamentária crédito com finalidade imprecisa ou com dotação ilimitada.
- § 5º A lei orçamentária não consignará dotação para investimento com duração superior a um exercício financeiro que não esteja previsto no plano plurianual ou em lei que autorize a sua inclusão, conforme disposto no § 1º do art. 167 da Constituição.
- § 6º Integrarão as despesas da União, e serão incluídas na lei orçamentária, as do Banco Central do Brasil relativas a pessoal e encargos sociais, custeio administrativo, inclusive os destinados a benefícios e assistência aos servidores, e a investimentos.
- § 7º (VETADO)
- Art. 6** (VETADO)
- Art. 7** O resultado do Banco Central do Brasil, apurado após a constituição ou reversão de reservas, constitui receita do Tesouro Nacional, e será transferido até o décimo dia útil subsequente à aprovação dos balanços semestrais.
- § 1º O resultado negativo constituirá obrigação do Tesouro para com o Banco Central do Brasil e será consignado em dotação específica no orçamento.
- § 2º O impacto e o custo fiscal das operações realizadas pelo Banco Central do Brasil serão demonstrados trimestralmente, nos termos em que dispuser a lei de diretrizes orçamentárias da União.
- § 3º Os balanços trimestrais do Banco Central do Brasil conterão notas explicativas sobre os custos da remuneração das disponibilidades do Tesouro Nacional e da manutenção das reservas cambiais e a rentabilidade de sua carteira de títulos, destacando os de emissão da União.

#### Seção IV

##### Da Execução Orçamentária e do Cumprimento das Metas

- Art. 8** Até trinta dias após a publicação dos orçamentos, nos termos em que dispuser a lei de diretrizes orçamentárias e observado o disposto na alínea c do inciso I do art. 4º, o Poder Executivo estabelecerá a programação financeira e o cronograma de execução mensal de desembolso.
- Parágrafo Único:** Os recursos legalmente vinculados a finalidade específica serão utilizados exclusivamente para atender ao objeto de sua vinculação, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorrer o ingresso.
- Art. 9** Se verificado, ao final de um bimestre, que a realização da receita poderá não comportar o cumprimento das metas de resultado primário ou nominal estabelecidas no Anexo de Metas Fiscais, os Poderes e o Ministério Público promoverão, por ato próprio e nos montantes necessários, nos trinta dias subsequentes, limitação de empenho e movimentação financeira, segundo os critérios fixados pela lei de diretrizes orçamentárias.
- § 1º No caso de restabelecimento da receita prevista, ainda que parcial, a recomposição das dotações cujos empenhos foram limitados dar-se-á de forma proporcional às reduções efetivadas.
- § 2º Não serão objeto de limitação as despesas que constituam obrigações constitucionais e legais do ente, inclusive aquelas destinadas ao pagamento do serviço da dívida, e as ressalvadas pela lei de diretrizes orçamentárias.

§ 3º No caso de os Poderes Legislativo e Judiciário e o Ministério Público não promoverem a limitação no prazo estabelecido no caput, é o Poder Executivo autorizado a limitar os valores financeiros segundo os critérios fixados pela lei de diretrizes orçamentárias.

§ 4º Até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, o Poder Executivo demonstrará e avaliará o cumprimento das metas fiscais de cada quadrimestre, em audiência pública na comissão referida no § 1º do art. 166 da Constituição ou equivalente nas Casas Legislativas estaduais e municipais.

§ 5º No prazo de noventa dias após o encerramento de cada semestre, o Banco Central do Brasil apresentará, em reunião conjunta das comissões temáticas pertinentes do Congresso Nacional, avaliação do cumprimento dos objetivos e metas das políticas monetária, creditícia e cambial, evidenciando o impacto e o custo fiscal de suas operações e os resultados demonstrados nos balanços.

**Art. 10** A execução orçamentária e financeira identificará os beneficiários de pagamento de sentenças judiciais, por meio de sistema de contabilidade e administração financeira, para fins de observância da ordem cronológica determinada no art. 100 da Constituição.

### **CAPÍTULO III**

#### **Da Receita Pública**

##### **Seção I**

##### Da Previsão e da Arrecadação

**Art. 11** Constituem requisitos essenciais da responsabilidade na gestão fiscal a instituição, previsão e efetiva arrecadação de todos os tributos da competência constitucional do ente da Federação.

**Parágrafo Único:** É vedada a realização de transferências voluntárias para o ente que não observe o disposto no caput, no que se refere aos impostos.

**Art. 12** As previsões de receita observarão as normas técnicas e legais, considerarão os efeitos das alterações na legislação, da variação do índice de preços, do crescimento econômico ou de qualquer outro fator relevante e serão acompanhadas de demonstrativo de sua evolução nos últimos três anos, da projeção para os dois seguintes àquele a que se referirem, e da metodologia de cálculo e premissas utilizadas.

§ 1º Reestimativa de receita por parte do Poder Legislativo só será admitida se comprovado erro ou omissão de ordem técnica ou legal.

§ 2º O montante previsto para as receitas de operações de crédito não poderá ser superior ao das despesas de capital constantes do projeto de lei orçamentária.

§ 3º O Poder Executivo de cada ente colocará à disposição dos demais Poderes e do Ministério Público, no mínimo trinta dias antes do prazo final para encaminhamento de suas propostas orçamentárias, os estudos e as estimativas das receitas para o exercício subsequente, inclusive da corrente líquida, e as respectivas memórias de cálculo.

**Art. 13** No prazo previsto no art. 8º, as receitas previstas serão desdobradas, pelo Poder Executivo, em metas bimestrais de arrecadação, com a especificação, em separado, quando cabível, das medidas de combate à evasão e à sonegação, da quantidade e valores de ações ajuizadas para cobrança da dívida ativa, bem como da evolução do montante dos créditos tributários passíveis de cobrança administrativa.

## Seção II

### Da Renúncia de Receita

**Art. 14** A concessão ou ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária da qual decorra renúncia de receita deverá estar acompanhada de estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva iniciar sua vigência e nos dois seguintes, atender ao disposto na lei de diretrizes orçamentárias e a pelo menos uma das seguintes condições:

I demonstração pelo proponente de que a renúncia foi considerada na estimativa de receita da lei orçamentária, na forma do art. 12, e de que não afetará as metas de resultados fiscais previstas no anexo próprio da lei de diretrizes orçamentárias;

II estar acompanhada de medidas de compensação, no período mencionado no caput, por meio do aumento de receita, proveniente da elevação de alíquotas, ampliação da base de cálculo, majoração ou criação de tributo ou contribuição.

§ 1º A renúncia compreende anistia, remissão, subsídio, crédito presumido, concessão de isenção em caráter não geral, alteração de alíquota ou modificação de base de cálculo que implique redução discriminada de tributos ou contribuições, e outros benefícios que correspondam a tratamento diferenciado.

§ 2º Se o ato de concessão ou ampliação do incentivo ou benefício de que trata o caput deste artigo decorrer da condição contida no inciso II, o benefício só entrará em vigor quando implementadas as medidas referidas no mencionado inciso.

§ 3º O disposto neste artigo não se aplica:

I às alterações das alíquotas dos impostos previstos nos incisos I, II, IV e V do art. 153 da Constituição, na forma do seu § 1º;

II ao cancelamento de débito cujo montante seja inferior ao dos respectivos custos de cobrança.

## CAPÍTULO IV

### Da Despesa Pública

#### Seção I

##### Da Geração da Despesa

**Art. 15** Serão consideradas não autorizadas, irregulares e lesivas ao patrimônio público a geração de despesa ou assunção de obrigação que não atendam o disposto nos arts. 16 e 17.

**Art. 16** A criação, expansão ou aperfeiçoamento de ação governamental que acarrete aumento da despesa será acompanhado de:

I estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva entrar em vigor e nos dois subseqüentes;

II declaração do ordenador da despesa de que o aumento tem adequação orçamentária e financeira com a lei orçamentária anual e compatibilidade com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias.

§ 1º Para os fins desta Lei Complementar, considera-se:

I adequada com a lei orçamentária anual, a despesa objeto de dotação específica e suficiente, ou que esteja abrangida por crédito genérico, de forma que somadas todas as despesas da mesma espécie, realizadas e a realizar, previstas no programa de trabalho, não sejam ultrapassados os limites estabelecidos para o exercício;

II compatível com o plano plurianual e a lei de diretrizes orçamentárias, a despesa que se conforme com as diretrizes, objetivos, prioridades e metas previstos nesses instrumentos e não infrinja qualquer de suas disposições.

§ 2º A estimativa de que trata o inciso I do caput será acompanhada das premissas e metodologia de cálculo utilizadas.

§ 3º Ressalva-se do disposto neste artigo a despesa considerada irrelevante, nos termos em que dispuser a lei de diretrizes orçamentárias.

§ 4º As normas do caput constituem condição prévia para:

I empenho e licitação de serviços, fornecimento de bens ou execução de obras;

II desapropriação de imóveis urbanos a que se refere o § 3º do art. 182 da Constituição.

### **Subseção I**

#### Da Despesa Obrigatória de Caráter Continuado

**Art. 17** Considera-se obrigatória de caráter continuado a despesa corrente derivada de lei, medida provisória ou ato administrativo normativo que fixem para o ente a obrigação legal de sua execução por um período superior a dois exercícios.

§ 1º Os atos que criarem ou aumentarem despesa de que trata o caput deverão ser instruídos com a estimativa prevista no inciso I do art. 16 e demonstrar a origem dos recursos para seu custeio.

§ 2º Para efeito do atendimento do § 1º, o ato será acompanhado de comprovação de que a despesa criada ou aumentada não afetará as metas de resultados fiscais previstas no anexo referido no § 1º do art. 4º, devendo seus efeitos financeiros, nos períodos seguintes, ser compensados pelo aumento permanente de receita ou pela redução permanente de despesa.

§ 3º Para efeito do § 2º, considera-se aumento permanente de receita o proveniente da elevação de alíquotas, ampliação da base de cálculo, majoração ou criação de tributo ou contribuição.

§ 4º A comprovação referida no § 2º, apresentada pelo proponente, conterà as premissas e metodologia de cálculo utilizadas, sem prejuízo do exame de compatibilidade da despesa com as demais normas do plano plurianual e da lei de diretrizes orçamentárias.

§ 5º A despesa de que trata este artigo não será executada antes da implementação das medidas referidas no § 2º, as quais integrarão o instrumento que a criar ou aumentar.

§ 6º O disposto no § 1º não se aplica às despesas destinadas ao serviço da dívida nem ao reajustamento de remuneração de pessoal de que trata o inciso X do art. 37 da Constituição.

§ 7º Considera-se aumento de despesa a prorrogação daquela criada por prazo determinado.

## Seção II

### Das Despesas com Pessoal

#### Subseção I

##### Definições e Limites

**Art. 18** Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como despesa total com pessoal: o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência.

§ 1º Os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como “Outras Despesas de Pessoal”.

§ 2º A despesa total com pessoal será apurada somando-se a realizada no mês em referência com as dos onze imediatamente anteriores, adotando-se o regime de competência.

**Art. 19** Para os fins do disposto no *caput* do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados:

I União: 50% (cinquenta por cento);

II Estados: 60% (sessenta por cento);

III Municípios: 60% (sessenta por cento).

§ 1º Na verificação do atendimento dos limites definidos neste artigo, não serão computadas as despesas:

I de indenização por demissão de servidores ou empregados;

II relativas a incentivos à demissão voluntária;

III derivadas da aplicação do disposto no inciso II do § 6o do art. 57 da Constituição;

IV decorrentes de decisão judicial e da competência de período anterior ao da apuração a que se refere o § 2o do art. 18;

V com pessoal, do Distrito Federal e dos Estados do Amapá e Roraima, custeadas com recursos transferidos pela União na forma dos incisos XIII e XIV do art. 21 da Constituição e do art. 31 da Emenda Constitucional no 19;

VI com inativos, ainda que por intermédio de fundo específico, custeadas por recursos provenientes:

a) da arrecadação de contribuições dos segurados;

b) da compensação financeira de que trata o § 9o do art. 201 da Constituição;

c) das demais receitas diretamente arrecadadas por fundo vinculado a tal finalidade, inclusive o produto da alienação de bens, direitos e ativos, bem como seu superávit financeiro.

§ 2º Observado o disposto no inciso IV do § 1º, as despesas com pessoal decorrentes de sentenças judiciais serão incluídas no limite do respectivo Poder ou órgão referido no art. 20.

**Art. 20** A repartição dos limites globais do art. 19 não poderá exceder os seguintes percentuais:

I na esfera federal:

- a) 2,5% (dois inteiros e cinco décimos por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas da União;
- b) 6% (seis por cento) para o Judiciário;
- c) 40,9% (quarenta inteiros e nove décimos por cento) para o Executivo, destacando-se 3% (três por cento) para as despesas com pessoal decorrentes do que dispõem os incisos XIII e XIV do art. 21 da Constituição e o art. 31 da Emenda Constitucional no 19, repartidos de forma proporcional à média das despesas relativas a cada um destes dispositivos, em percentual da receita corrente líquida, verificadas nos três exercícios financeiros imediatamente anteriores ao da publicação desta Lei Complementar;
- d) 0,6% (seis décimos por cento) para o Ministério Público da União;

II na esfera estadual:

- a) 3% (três por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Estado;
- b) 6% (seis por cento) para o Judiciário;
- c) 49% (quarenta e nove por cento) para o Executivo;
- d) 2% (dois por cento) para o Ministério Público dos Estados;

III na esfera municipal:

- a) 6% (seis por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Município, quando houver;
- b) 54% (cinquenta e quatro por cento) para o Executivo.

§ 1º Nos Poderes Legislativo e Judiciário de cada esfera, os limites serão repartidos entre seus órgãos de forma proporcional à média das despesas com pessoal, em percentual da receita corrente líquida, verificadas nos três exercícios financeiros imediatamente anteriores ao da publicação desta Lei Complementar.

§ 2º Para efeito deste artigo entende-se como órgão:

I o Ministério Público;

II no Poder Legislativo:

- a) Federal, as respectivas Casas e o Tribunal de Contas da União;
- b) Estadual, a Assembléia Legislativa e os Tribunais de Contas;
- c) do Distrito Federal, a Câmara Legislativa e o Tribunal de Contas do Distrito Federal;
- d) Municipal, a Câmara de Vereadores e o Tribunal de Contas do Município, quando houver;

III no Poder Judiciário:

- a) Federal, os tribunais referidos no art. 92 da Constituição;
- b) Estadual, o Tribunal de Justiça e outros, quando houver.

§ 3º Os limites para as despesas com pessoal do Poder Judiciário, a cargo da União por força do inciso XIII do art. 21 da Constituição, serão estabelecidos mediante aplicação da regra do § 1o.

§ 4º Nos Estados em que houver Tribunal de Contas dos Municípios, os percentuais definidos nas alíneas a e c do inciso II do caput serão, respectivamente, acrescidos e reduzidos em 0,4% (quatro décimos por cento).

§ 5º Para os fins previstos no art. 168 da Constituição, a entrega dos recursos financeiros correspondentes à despesa total com pessoal por Poder e órgão será a resultante da aplicação dos percentuais definidos neste artigo, ou aqueles fixados na lei de diretrizes orçamentárias.

§ 6º (VETADO)

## Subseção II

### Do Controle da Despesa Total com Pessoal

**Art.21** É nulo de pleno direito o ato que provoque aumento da despesa com pessoal e não atenda:

I as exigências dos arts. 16 e 17 desta Lei Complementar, e o disposto no inciso XIII do art. 37 e no § 1o do art. 169 da Constituição;

II o limite legal de comprometimento aplicado às despesas com pessoal inativo.

**Parágrafo Único:** Também é nulo de pleno direito o ato de que resulte aumento da despesa com pessoal expedido nos cento e oitenta dias anteriores ao final do mandato do titular do respectivo Poder ou órgão referido no art. 20.

**Art. 22** A verificação do cumprimento dos limites estabelecidos nos arts. 19 e 20 será realizada ao final de cada quadrimestre.

**Parágrafo Único:** Se a despesa total com pessoal exceder a 95% (noventa e cinco por cento) do limite, são vedados ao Poder ou órgão referido no art. 20 que houver incorrido no excesso:

I concessão de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração a qualquer título, salvo os derivados de sentença judicial ou de determinação legal ou contratual, ressalvada a revisão prevista no inciso X do art. 37 da Constituição;

II criação de cargo, emprego ou função;

III alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa;

IV provimento de cargo público, admissão ou contratação de pessoal a qualquer título, ressalvada a reposição decorrente de aposentadoria ou falecimento de servidores das áreas de educação, saúde e segurança;

V contratação de hora extra, salvo no caso do disposto no inciso II do § 6o do art. 57 da Constituição e as situações previstas na lei de diretrizes orçamentárias.

**Art. 23** Se a despesa total com pessoal, do Poder ou órgão referido no art. 20, ultrapassar os limites definidos no mesmo artigo, sem prejuízo das medidas previstas no art. 22, o percentual excedente terá de ser eliminado nos dois quadrimestres seguintes, sendo pelo menos um terço no primeiro, adotando-se, entre outras, as providências previstas nos §§ 3º e 4o do art. 169 da Constituição.

§ 1º No caso do inciso I do § 3º do art. 169 da Constituição, o objetivo poderá ser alcançado tanto pela extinção de cargos e funções quanto pela redução dos valores a eles atribuídos.

§ 2º É facultada a redução temporária da jornada de trabalho com adequação dos vencimentos à nova carga horária.

§ 3º Não alcançada a redução no prazo estabelecido, e enquanto perdurar o excesso, o ente não poderá:

I receber transferências voluntárias;

II obter garantia, direta ou indireta, de outro ente;

III contratar operações de crédito, ressalvadas as destinadas ao refinanciamento da dívida mobiliária e as que visem à redução das despesas com pessoal.

§ 4º As restrições do § 3º aplicam-se imediatamente se a despesa total com pessoal exceder o limite no primeiro quadrimestre do último ano do mandato dos titulares de Poder ou órgão referidos no art. 20.

### Seção III

#### Das Despesas com a Seguridade Social

**Art.24** Nenhum benefício ou serviço relativo à seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a indicação da fonte de custeio total, nos termos do § 5º do art. 195 da Constituição, atendidas ainda as exigências do art. 17.

§ 1º É dispensada da compensação referida no art. 17 o aumento de despesa decorrente de:

I concessão de benefício a quem satisfaça as condições de habilitação prevista na legislação pertinente;

II expansão quantitativa do atendimento e dos serviços prestados;

III reajustamento de valor do benefício ou serviço, a fim de preservar o seu valor real.

§ 2º O disposto neste artigo aplica-se a benefício ou serviço de saúde, previdência e assistência social, inclusive os destinados aos servidores públicos e militares, ativos e inativos, e aos pensionistas.

## CAPÍTULO V

### Das Transferências Voluntárias

**Art. 25** Para efeito desta Lei Complementar, entende-se por transferência voluntária a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde.

§ 1º São exigências para a realização de transferência voluntária, além das estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias:

I existência de dotação específica;

II (VETADO)

III observância do disposto no inciso X do art. 167 da Constituição;

IV comprovação, por parte do beneficiário, de:

a) que se acha em dia quanto ao pagamento de tributos, empréstimos e financiamentos devidos ao ente transferidor, bem como quanto à prestação de contas de recursos anteriormente dele recebidos;

- b) cumprimento dos limites constitucionais relativos à educação e à saúde;
- c) observância dos limites das dívidas consolidada e mobiliária, de operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, de inscrição em Restos a Pagar e de despesa total com pessoal;
- d) previsão orçamentária de contrapartida.

§ 2º É vedada a utilização de recursos transferidos em finalidade diversa da pactuada.

§ 3º Para fins da aplicação das sanções de suspensão de transferências voluntárias constantes desta Lei Complementar, excetuam-se aquelas relativas a ações de educação, saúde e assistência social.

## CAPÍTULO VI

### Da Destinação de Recursos Públicos para o Setor Privado

**Art. 26** A destinação de recursos para, direta ou indiretamente, cobrir necessidades de pessoas físicas ou déficits de pessoas jurídicas deverá ser autorizada por lei específica, atender às condições estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias e estar prevista no orçamento ou em seus créditos adicionais.

§ 1º O disposto no *caput* aplica-se a toda a administração indireta, inclusive fundações públicas e empresas estatais, exceto, no exercício de suas atribuições próprias, as instituições financeiras e o Banco Central do Brasil.

§ 2º Compreende-se incluída a concessão de empréstimos, financiamentos e refinanciamentos, inclusive as respectivas prorrogações e a composição de dívidas, a concessão de subvenções e a participação em constituição ou aumento de capital.

**Art. 27** Na concessão de crédito por ente da Federação a pessoa física, ou jurídica que não esteja sob seu controle direto ou indireto, os encargos financeiros, comissões e despesas congêneres não serão inferiores aos definidos em lei ou ao custo de captação.

**Parágrafo Único:** Dependem de autorização em lei específica as prorrogações e composições de dívidas decorrentes de operações de crédito, bem como a concessão de empréstimos ou financiamentos em desacordo com o *caput*, sendo o subsídio correspondente consignado na lei orçamentária.

**Art. 28** Salvo mediante lei específica, não poderão ser utilizados recursos públicos, inclusive de operações de crédito, para socorrer instituições do Sistema Financeiro Nacional, ainda que mediante a concessão de empréstimos de recuperação ou financiamentos para mudança de controle acionário.

§ 1º A prevenção de insolvência e outros riscos ficará a cargo de fundos, e outros mecanismos, constituídos pelas instituições do Sistema Financeiro Nacional, na forma da lei.

§ 2º O disposto no *caput* não proíbe o Banco Central do Brasil de conceder às instituições financeiras operações de redesconto e de empréstimos de prazo inferior a trezentos e sessenta dias.

## CAPÍTULO VII

### Da Dívida e do Endividamento

#### Seção I

Definições Básicas

**Art. 29** Para os efeitos desta Lei Complementar, são adotadas as seguintes definições:

I dívida pública consolidada ou fundada: montante total, apurado sem duplicidade, das obrigações financeiras do ente da Federação, assumidas em virtude de leis, contratos, convênios ou tratados e da realização de operações de crédito, para amortização em prazo superior a doze meses;

II dívida pública mobiliária: dívida pública representada por títulos emitidos pela União, inclusive os do Banco Central do Brasil, Estados e Municípios;

III operação de crédito: compromisso financeiro assumido em razão de mútuo, abertura de crédito, emissão e aceite de título, aquisição financiada de bens, recebimento antecipado de valores provenientes da venda a termo de bens e serviços, arrendamento mercantil e outras operações assemelhadas, inclusive com o uso de derivativos financeiros;

IV concessão de garantia: compromisso de adimplência de obrigação financeira ou contratual assumida por ente da Federação ou entidade a ele vinculada;

V refinanciamento da dívida mobiliária: emissão de títulos para pagamento do principal acrescido da atualização monetária.

§ 1º Equipara-se a operação de crédito a assunção, o reconhecimento ou a confissão de dívidas pelo ente da Federação, sem prejuízo do cumprimento das exigências dos arts. 15 e 16.

§ 2º Será incluída na dívida pública consolidada da União a relativa à emissão de títulos de responsabilidade do Banco Central do Brasil.

§ 3º Também integram a dívida pública consolidada as operações de crédito de prazo inferior a doze meses cujas receitas tenham constado do orçamento.

§ 4º O refinanciamento do principal da dívida mobiliária não excederá, ao término de cada exercício financeiro, o montante do final do exercício anterior, somado ao das operações de crédito autorizadas no orçamento para este efeito e efetivamente realizadas, acrescido de atualização monetária.

## Seção II

### Dos Limites da Dívida Pública e das Operações de Crédito

**Art. 30** No prazo de noventa dias após a publicação desta Lei Complementar, o Presidente da República submeterá ao:

I Senado Federal: proposta de limites globais para o montante da dívida consolidada da União, Estados e Municípios, cumprindo o que estabelece o inciso VI do art. 52 da Constituição, bem como de limites e condições relativos aos incisos VII, VIII e IX do mesmo artigo;

II Congresso Nacional: projeto de lei que estabeleça limites para o montante da dívida mobiliária federal a que se refere o inciso XIV do art. 48 da Constituição, acompanhado da demonstração de sua adequação aos limites fixados para a dívida consolidada da União, atendido o disposto no inciso I do § 1º deste artigo.

§ 1º As propostas referidas nos incisos I e II do caput e suas alterações conterão:

I demonstração de que os limites e condições guardam coerência com as normas estabelecidas nesta Lei Complementar e com os objetivos da política fiscal;

- II estimativas do impacto da aplicação dos limites a cada uma das três esferas de governo;
- III razões de eventual proposição de limites diferenciados por esfera de governo;
- IV metodologia de apuração dos resultados primário e nominal.

- § 2º As propostas mencionadas nos incisos I e II do caput também poderão ser apresentadas em termos de dívida líquida, evidenciando a forma e a metodologia de sua apuração.
- § 3º Os limites de que tratam os incisos I e II do *caput* serão fixados em percentual da receita corrente líquida para cada esfera de governo e aplicados igualmente a todos os entes da Federação que a integrem, constituindo, para cada um deles, limites máximos.
- § 4º Para fins de verificação do atendimento do limite, a apuração do montante da dívida consolidada será efetuada ao final de cada quadrimestre.
- § 5º No prazo previsto no art. 5o, o Presidente da República enviará ao Senado Federal ou ao Congresso Nacional, conforme o caso, proposta de manutenção ou alteração dos limites e condições previstos nos incisos I e II do caput.
- § 6º Sempre que alterados os fundamentos das propostas de que trata este artigo, em razão de instabilidade econômica ou alterações nas políticas monetária ou cambial, o Presidente da República poderá encaminhar ao Senado Federal ou ao Congresso Nacional solicitação de revisão dos limites.
- § 7º Os precatórios judiciais não pagos durante a execução do orçamento em que houverem sido incluídos integram a dívida consolidada, para fins de aplicação dos limites.

### Seção III

#### Da Recondução da Dívida aos Limites

**Art. 31** Se a dívida consolidada de um ente da Federação ultrapassar o respectivo limite ao final de um quadrimestre, deverá ser a ele reconduzida até o término dos três subseqüentes, reduzindo o excedente em pelo menos 25% (vinte e cinco por cento) no primeiro.

§ 1º Enquanto perdurar o excesso, o ente que nele houver incorrido:

I estará proibido de realizar operação de crédito interna ou externa, inclusive por antecipação de receita, ressalvado o refinanciamento do principal atualizado da dívida mobiliária;

II obterá resultado primário necessário à recondução da dívida ao limite, promovendo, entre outras medidas, limitação de empenho, na forma do art. 9o.

§ 2º Vencido o prazo para retorno da dívida ao limite, e enquanto perdurar o excesso, o ente ficará também impedido de receber transferências voluntárias da União ou do Estado.

§ 3º As restrições do § 1o aplicam-se imediatamente se o montante da dívida exceder o limite no primeiro quadrimestre do último ano do mandato do Chefe do Poder Executivo.

§ 4º O Ministério da Fazenda divulgará, mensalmente, a relação dos entes que tenham ultrapassado os limites das dívidas consolidada e mobiliária.

§ 5º As normas deste artigo serão observadas nos casos de descumprimento dos limites da dívida mobiliária e das operações de crédito internas e externas.

## Seção IV

### Das Operações de Crédito

#### Subseção I

##### Da Contratação

**Art. 32** O Ministério da Fazenda verificará o cumprimento dos limites e condições relativos à realização de operações de crédito de cada ente da Federação, inclusive das empresas por eles controladas, direta ou indiretamente.

§ 1º O ente interessado formalizará seu pleito fundamentando-o em parecer de seus órgãos técnicos e jurídicos, demonstrando a relação custo-benefício, o interesse econômico e social da operação e o atendimento das seguintes condições:

I existência de prévia e expressa autorização para a contratação, no texto da lei orçamentária, em créditos adicionais ou lei específica;

II inclusão no orçamento ou em créditos adicionais dos recursos provenientes da operação, exceto no caso de operações por antecipação de receita;

III observância dos limites e condições fixados pelo Senado Federal;

IV autorização específica do Senado Federal, quando se tratar de operação de crédito externo;

V atendimento do disposto no inciso III do art. 167 da Constituição;

VI observância das demais restrições estabelecidas nesta Lei Complementar.

§ 2º As operações relativas à dívida mobiliária federal autorizadas, no texto da lei orçamentária ou de créditos adicionais, serão objeto de processo simplificado que atenda às suas especificidades.

§ 3º Para fins do disposto no inciso V do § 1º, considerar-se-á, em cada exercício financeiro, o total dos recursos de operações de crédito nele ingressados e o das despesas de capital executadas, observado o seguinte:

I não serão computadas nas despesas de capital as realizadas sob a forma de empréstimo ou financiamento a contribuinte, com o intuito de promover incentivo fiscal, tendo por base tributo de competência do ente da Federação, se resultar a diminuição, direta ou indireta, do ônus deste;

II se o empréstimo ou financiamento a que se refere o inciso I for concedido por instituição financeira controlada pelo ente da Federação, o valor da operação será deduzido das despesas de capital;

III (VETADO)

§ 4º Sem prejuízo das atribuições próprias do Senado Federal e do Banco Central do Brasil, o Ministério da Fazenda efetuará o registro eletrônico centralizado e atualizado das dívidas públicas interna e externa, garantido o acesso público às informações, que incluirão:

I encargos e condições de contratação;

II saldos atualizados e limites relativos às dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito e concessão de garantias.

§ 5º Os contratos de operação de crédito externo não conterão cláusula que importe na compensação automática de débitos e créditos.

**Art. 33** A instituição financeira que contratar operação de crédito com ente da Federação, exceto quando relativa à dívida mobiliária ou à externa, deverá exigir comprovação de que a operação atende às condições e limites estabelecidos.

§ 1º A operação realizada com infração do disposto nesta Lei Complementar será considerada nula, procedendo-se ao seu cancelamento, mediante a devolução do principal, vedados o pagamento de juros e demais encargos financeiros.

§ 2º Se a devolução não for efetuada no exercício de ingresso dos recursos, será consignada reserva específica na lei orçamentária para o exercício seguinte.

§ 3º Enquanto não efetuado o cancelamento, a amortização, ou constituída a reserva, aplicam-se as sanções previstas nos incisos do § 3o do art. 23.

§ 4º Também se constituirá reserva, no montante equivalente ao excesso, se não atendido o disposto no inciso III do art. 167 da Constituição, consideradas as disposições do § 3o do art. 32.

## **Subseção II**

### Das Vedações

**Art. 34** O Banco Central do Brasil não emitirá títulos da dívida pública a partir de dois anos após a publicação desta Lei Complementar.

**Art. 35** É vedada a realização de operação de crédito entre um ente da Federação, diretamente ou por intermédio de fundo, autarquia, fundação ou empresa estatal dependente, e outro, inclusive suas entidades da administração indireta, ainda que sob a forma de novação, refinanciamento ou postergação de dívida contraída anteriormente.

§ 1º Excetua-se da vedação a que se refere o caput as operações entre instituição financeira estatal e outro ente da Federação, inclusive suas entidades da administração indireta, que não se destinem a:

I financiar, direta ou indiretamente, despesas correntes;

II refinarciar dívidas não contraídas junto à própria instituição concedente.

§ 2º O disposto no caput não impede Estados e Municípios de comprar títulos da dívida da União como aplicação de suas disponibilidades.

**Art. 36** É proibida a operação de crédito entre uma instituição financeira estatal e o ente da Federação que a controle, na qualidade de beneficiário do empréstimo.

**Parágrafo Único:** O disposto no caput não proíbe instituição financeira controlada de adquirir, no mercado, títulos da dívida pública para atender investimento de seus clientes, ou títulos da dívida de emissão da União para aplicação de recursos próprios.

**Art. 37** Equiparam-se a operações de crédito e estão vedados:

I captação de recursos a título de antecipação de receita de tributo ou contribuição cujo fato gerador ainda não tenha ocorrido, sem prejuízo do disposto no § 7o do art. 150 da Constituição;

II recebimento antecipado de valores de empresa em que o Poder Público detenha, direta ou indiretamente, a maioria do capital social com direito a voto, salvo lucros e dividendos, na forma da legislação;

III assunção direta de compromisso, confissão de dívida ou operação assemelhada, com forne-

cedor de bens, mercadorias ou serviços, mediante emissão, aceite ou aval de título de crédito, não se aplicando esta vedação a empresas estatais dependentes;

IV assunção de obrigação, sem autorização orçamentária, com fornecedores para pagamento a posteriori de bens e serviços.

### **Subseção III**

Das Operações de Crédito por Antecipação de Receita Orçamentária

**Art. 38** A operação de crédito por antecipação de receita destina-se a atender insuficiência de caixa durante o exercício financeiro e cumprirá as exigências mencionadas no art. 32 e mais as seguintes:

I realizar-se-á somente a partir do décimo dia do início do exercício;

II deverá ser liquidada, com juros e outros encargos incidentes, até o dia dez de dezembro de cada ano;

III não será autorizada se forem cobrados outros encargos que não a taxa de juros da operação, obrigatoriamente prefixada ou indexada à taxa básica financeira, ou à que vier a esta substituir;

IV estará proibida:

a) enquanto existir operação anterior da mesma natureza não integralmente resgatada;

b) no último ano de mandato do Presidente, Governador ou Prefeito Municipal.

§ 1º As operações de que trata este artigo não serão computadas para efeito do que dispõe o inciso III do art. 167 da Constituição, desde que liquidadas no prazo definido no inciso II do caput.

§ 2º As operações de crédito por antecipação de receita realizadas por Estados ou Municípios serão efetuadas mediante abertura de crédito junto à instituição financeira vencedora em processo competitivo eletrônico promovido pelo Banco Central do Brasil.

§ 3º O Banco Central do Brasil manterá sistema de acompanhamento e controle do saldo do crédito aberto e, no caso de inobservância dos limites, aplicará as sanções cabíveis à instituição credora.

### **Subseção IV**

Das Operações com o Banco Central do Brasil

**Art. 39** Nas suas relações com ente da Federação, o Banco Central do Brasil está sujeito às vedações constantes do art. 35 e mais às seguintes:

I compra de título da dívida, na data de sua colocação no mercado, ressalvado o disposto no § 2º deste artigo;

II permuta, ainda que temporária, por intermédio de instituição financeira ou não, de título da dívida de ente da Federação por título da dívida pública federal, bem como a operação de compra e venda, a termo, daquele título, cujo efeito final seja semelhante à permuta;

III concessão de garantia.

§ 1º O disposto no inciso II, in fine, não se aplica ao estoque de Letras do Banco Central do Brasil, Série Especial, existente na carteira das instituições financeiras, que pode ser refinanciado mediante novas operações de venda a termo.

§ 2º O Banco Central do Brasil só poderá comprar diretamente títulos emitidos pela União para refinar a dívida mobiliária federal que estiver vencendo na sua carteira.

§ 3º A operação mencionada no § 2º deverá ser realizada à taxa média e condições alcançadas no dia, em leilão público.

§ 4º É vedado ao Tesouro Nacional adquirir títulos da dívida pública federal existentes na carteira do Banco Central do Brasil, ainda que com cláusula de reversão, salvo para reduzir a dívida mobiliária.

## Seção V

### Da Garantia e da Contragarantia

**Art. 40** Os entes poderão conceder garantia em operações de crédito internas ou externas, observados o disposto neste artigo, as normas do art. 32 e, no caso da União, também os limites e as condições estabelecidos pelo Senado Federal.

§ 1º A garantia estará condicionada ao oferecimento de contragarantia, em valor igual ou superior ao da garantia a ser concedida, e à adimplência da entidade que a pleitear relativamente a suas obrigações junto ao garantidor e às entidades por este controladas, observado o seguinte:

I não será exigida contragarantia de órgãos e entidades do próprio ente;

II a contragarantia exigida pela União a Estado ou Município, ou pelos Estados aos Municípios, poderá consistir na vinculação de receitas tributárias diretamente arrecadadas e provenientes de transferências constitucionais, com outorga de poderes ao garantidor para retê-las e empregar o respectivo valor na liquidação da dívida vencida.

§ 2º No caso de operação de crédito junto a organismo financeiro internacional, ou a instituição federal de crédito e fomento para o repasse de recursos externos, a União só prestará garantia a ente que atenda, além do disposto no § 1º, as exigências legais para o recebimento de transferências voluntárias.

§ 3º (VETADO)

§ 4º (VETADO)

§ 5º É nula a garantia concedida acima dos limites fixados pelo Senado Federal.

§ 6º É vedado às entidades da administração indireta, inclusive suas empresas controladas e subsidiárias, conceder garantia, ainda que com recursos de fundos.

§ 7º O disposto no § 6º não se aplica à concessão de garantia por:

I empresa controlada a subsidiária ou controlada sua, nem à prestação de contragarantia nas mesmas condições;

II instituição financeira a empresa nacional, nos termos da lei.

§ 8º Excetua-se do disposto neste artigo a garantia prestada:

I por instituições financeiras estatais, que se submeterão às normas aplicáveis às instituições financeiras privadas, de acordo com a legislação pertinente;

II pela União, na forma de lei federal, a empresas de natureza financeira por ela controladas, direta e indiretamente, quanto às operações de seguro de crédito à exportação.

§ 9º Quando honrarem dívida de outro ente, em razão de garantia prestada, a União e os Estados poderão condicionar as transferências constitucionais ao ressarcimento daquele pagamento.

§ 10º O ente da Federação cuja dívida tiver sido honrada pela União ou por Estado, em decorrência de garantia prestada em operação de crédito, terá suspenso o acesso a novos créditos ou financiamentos até a total liquidação da mencionada dívida.

## Seção VI

Dos Restos a Pagar

**Art. 41** (VETADO)

**Art. 42** É vedado ao titular de Poder ou órgão referido no art. 20, nos últimos dois quadrimestres do seu mandato, contrair obrigação de despesa que não possa ser cumprida integralmente dentro dele, ou que tenha parcelas a serem pagas no exercício seguinte sem que haja suficiente disponibilidade de caixa para este efeito.

**Parágrafo Único:** Na determinação da disponibilidade de caixa serão considerados os encargos e despesas compromissadas a pagar até o final do exercício.

## CAPÍTULO VIII

### Da Gestão Patrimonial

#### Seção I

Das Disponibilidades de Caixa

**Art. 43** As disponibilidades de caixa dos entes da Federação serão depositadas conforme estabelece o § 3º do art. 164 da Constituição.

§ 1º As disponibilidades de caixa dos regimes de previdência social, geral e próprio dos servidores públicos, ainda que vinculadas a fundos específicos a que se referem os arts. 249 e 250 da Constituição, ficarão depositadas em conta separada das demais disponibilidades de cada ente e aplicadas nas condições de mercado, com observância dos limites e condições de proteção e prudência financeira.

§ 2º É vedada a aplicação das disponibilidades de que trata o § 1º em:

I títulos da dívida pública estadual e municipal, bem como em ações e outros papéis relativos às empresas controladas pelo respectivo ente da Federação;

II empréstimos, de qualquer natureza, aos segurados e ao Poder Público, inclusive a suas empresas controladas.

#### Seção II

Da Preservação do Patrimônio Público

**Art. 44** É vedada a aplicação da receita de capital derivada da alienação de bens e direitos que integram o patrimônio público para o financiamento de despesa corrente, salvo se destinada por lei aos regimes de previdência social, geral e próprio dos servidores públicos.

**Art. 45** Observado o disposto no § 5o do art. 5o, a lei orçamentária e as de créditos adicionais só incluirão novos projetos após adequadamente atendidos os em andamento e contempladas as despesas de conservação do patrimônio público, nos termos em que dispuser a lei de diretrizes orçamentárias.

**Parágrafo Único:** O Poder Executivo de cada ente encaminhará ao Legislativo, até a data do envio do projeto de lei de diretrizes orçamentárias, relatório com as informações necessárias ao cumprimento do disposto neste artigo, ao qual será dada ampla divulgação.

**Art. 46** É nulo de pleno direito ato de desapropriação de imóvel urbano expedido sem o atendimento do disposto no § 3o do art. 182 da Constituição, ou prévio depósito judicial do valor da indenização.

### Seção III

Das Empresas Controladas pelo Setor Público

**Art. 47** A empresa controlada que firmar contrato de gestão em que se estabeleçam objetivos e metas de desempenho, na forma da lei, disporá de autonomia gerencial, orçamentária e financeira, sem prejuízo do disposto no inciso II do § 5o do art. 165 da Constituição.

**Parágrafo Único:** A empresa controlada incluirá em seus balanços trimestrais nota explicativa em que informará:

I fornecimento de bens e serviços ao controlador, com respectivos preços e condições, comparando-os com os praticados no mercado;

II recursos recebidos do controlador, a qualquer título, especificando valor, fonte e destinação;

III venda de bens, prestação de serviços ou concessão de empréstimos e financiamentos com preços, taxas, prazos ou condições diferentes dos vigentes no mercado.

## CAPÍTULO IX

### Da Transparência, Controle e Fiscalização

#### Seção I

Da Transparência da Gestão Fiscal

**Art. 48** São instrumentos de transparência da gestão fiscal, aos quais será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público: os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias; as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; o Relatório Resumido da Execução Orçamentária e o Relatório de Gestão Fiscal; e as versões simplificadas desses documentos.

**Parágrafo Único:** Parágrafo único. A transparência será assegurada também mediante:

I incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos;

II liberação ao pleno conhecimento e acompanhamento da sociedade, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira, em meios eletrônicos de acesso público;

III adoção de sistema integrado de administração financeira e controle, que atenda a padrão mínimo de qualidade estabelecido pelo Poder Executivo da União e ao disposto no art. 48-A.

**Art. 48-A** Para os fins a que se refere o inciso II do parágrafo único do art. 48, os entes da Federação disponibilizarão a qualquer pessoa física ou jurídica o acesso a informações referentes a:

I quanto à despesa: todos os atos praticados pelas unidades gestoras no decorrer da execução da despesa, no momento de sua realização, com a disponibilização mínima dos dados referentes ao número do correspondente processo, ao bem fornecido ou ao serviço prestado, à pessoa física ou jurídica beneficiária do pagamento e, quando for o caso, ao procedimento licitatório realizado;

II quanto à receita: o lançamento e o recebimento de toda a receita das unidades gestoras, inclusive referente a recursos extraordinários.

**Art. 49** As contas apresentadas pelo Chefe do Poder Executivo ficarão disponíveis, durante todo o exercício, no respectivo Poder Legislativo e no órgão técnico responsável pela sua elaboração, para consulta e apreciação pelos cidadãos e instituições da sociedade.

**Parágrafo Único:** A prestação de contas da União conterá demonstrativos do Tesouro Nacional e das agências financeiras oficiais de fomento, incluído o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, especificando os empréstimos e financiamentos concedidos com recursos oriundos dos orçamentos fiscal e da seguridade social e, no caso das agências financeiras, avaliação circunstanciada do impacto fiscal de suas atividades no exercício.

## Seção II

### Da Escrituração e Consolidação das Contas

**Art. 50** Além de obedecer às demais normas de contabilidade pública, a escrituração das contas públicas observará as seguintes:

I a disponibilidade de caixa constará de registro próprio, de modo que os recursos vinculados a órgão, fundo ou despesa obrigatória fiquem identificados e escriturados de forma individualizada;

II a despesa e a assunção de compromisso serão registradas segundo o regime de competência, apurando-se, em caráter complementar, o resultado dos fluxos financeiros pelo regime de caixa;

III as demonstrações contábeis compreenderão, isolada e conjuntamente, as transações e operações de cada órgão, fundo ou entidade da administração direta, autárquica e fundacional, inclusive empresa estatal dependente;

IV as receitas e despesas previdenciárias serão apresentadas em demonstrativos financeiros e orçamentários específicos;

V as operações de crédito, as inscrições em Restos a Pagar e as demais formas de financiamento ou assunção de compromissos junto a terceiros, deverão ser escrituradas de modo a evidenciar o montante e a variação da dívida pública no período, detalhando, pelo menos, a natureza e o tipo de credor;

VI a demonstração das variações patrimoniais dará destaque à origem e ao destino dos recursos provenientes da alienação de ativos.

§ 1º No caso das demonstrações conjuntas, excluir-se-ão as operações intragovernamentais.

§ 2º A edição de normas gerais para consolidação das contas públicas caberá ao órgão central de contabilidade da União, enquanto não implantado o conselho de que trata o art. 67.

§ 3º A Administração Pública manterá sistema de custos que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial.

**Art. 51** O Poder Executivo da União promoverá, até o dia trinta de junho, a consolidação, nacional e por esfera de governo, das contas dos entes da Federação relativas ao exercício anterior, e a sua divulgação, inclusive por meio eletrônico de acesso público.

§ 1º Os Estados e os Municípios encaminharão suas contas ao Poder Executivo da União nos seguintes prazos:

I Municípios, com cópia para o Poder Executivo do respectivo Estado, até trinta de abril;

II Estados, até trinta e um de maio.

§ 2º O descumprimento dos prazos previstos neste artigo impedirá, até que a situação seja regularizada, que o ente da Federação receba transferências voluntárias e contrate operações de crédito, exceto as destinadas ao refinanciamento do principal atualizado da dívida mobiliária.

### Seção III

#### Do Relatório Resumido da Execução Orçamentária

**Art. 52** O relatório a que se refere o § 3º do art. 165 da Constituição abrangerá todos os Poderes e o Ministério Público, será publicado até trinta dias após o encerramento de cada bimestre e composto de:

I balanço orçamentário, que especificará, por categoria econômica, as:

- a) receitas por fonte, informando as realizadas e a realizar, bem como a previsão atualizada;
- b) despesas por grupo de natureza, discriminando a dotação para o exercício, a despesa liquidada e o saldo;

II demonstrativos da execução das:

- a) receitas, por categoria econômica e fonte, especificando a previsão inicial, a previsão atualizada para o exercício, a receita realizada no bimestre, a realizada no exercício e a previsão a realizar;
- b) despesas, por categoria econômica e grupo de natureza da despesa, discriminando dotação inicial, dotação para o exercício, despesas empenhada e liquidada, no bimestre e no exercício;
- c) despesas, por função e subfunção.

§ 1º Os valores referentes ao refinanciamento da dívida mobiliária constarão destacadamente nas receitas de operações de crédito e nas despesas com amortização da dívida.

§ 2º O descumprimento do prazo previsto neste artigo sujeita o ente às sanções previstas no § 2º do art. 51.

**Art. 53** Acompanharão o Relatório Resumido demonstrativos relativos a:

I apuração da receita corrente líquida, na forma definida no inciso IV do art. 2º, sua evolução, assim como a previsão de seu desempenho até o final do exercício;

II receitas e despesas previdenciárias a que se refere o inciso IV do art. 50;

III resultados nominal e primário;

IV despesas com juros, na forma do inciso II do art. 4º;

V Restos a Pagar, detalhando, por Poder e órgão referido no art. 20, os valores inscritos, os pagamentos realizados e o montante a pagar.

§ 1º O relatório referente ao último bimestre do exercício será acompanhado também de demonstrativos:

- I do atendimento do disposto no inciso III do art. 167 da Constituição, conforme o § 3º do art. 32;
- II das projeções atuariais dos regimes de previdência social, geral e próprio dos servidores públicos;
- III da variação patrimonial, evidenciando a alienação de ativos e a aplicação dos recursos dela decorrentes.

§ 2º Quando for o caso, serão apresentadas justificativas:

- I da limitação de empenho;
- II da frustração de receitas, especificando as medidas de combate à sonegação e à evasão fiscal, adotadas e a adotar, e as ações de fiscalização e cobrança.

## Seção IV

Do Relatório de Gestão Fiscal

**Art. 54** Ao final de cada quadrimestre será emitido pelos titulares dos Poderes e órgãos referidos no art. 20 Relatório de Gestão Fiscal, assinado pelo:

- I Chefe do Poder Executivo;
- II Presidente e demais membros da Mesa Diretora ou órgão decisório equivalente, conforme regimentos internos dos órgãos do Poder Legislativo;
- III Presidente de Tribunal e demais membros de Conselho de Administração ou órgão decisório equivalente, conforme regimentos internos dos órgãos do Poder Judiciário;
- IV Chefe do Ministério Público, da União e dos Estados.

**Parágrafo Único:** O relatório também será assinado pelas autoridades responsáveis pela administração financeira e pelo controle interno, bem como por outras definidas por ato próprio de cada Poder ou órgão referido no art. 20.

**Art. 55** O relatório conterá:

I comparativo com os limites de que trata esta Lei Complementar, dos seguintes montantes:

- a) despesa total com pessoal, distinguindo a com inativos e pensionistas;
- b) dívidas consolidada e mobiliária;
- c) concessão de garantias;
- d) operações de crédito, inclusive por antecipação de receita;
- e) despesas de que trata o inciso II do art. 4º;

II indicação das medidas corretivas adotadas ou a adotar, se ultrapassado qualquer dos limites;

III demonstrativos, no último quadrimestre:

- a) do montante das disponibilidades de caixa em trinta e um de dezembro;
- b) da inscrição em Restos a Pagar, das despesas:

1) liquidadas;

2) empenhadas e não liquidadas, inscritas por atenderem a uma das condições do inciso II do art. 41;

3) empenhadas e não liquidadas, inscritas até o limite do saldo da disponibilidade de caixa;

4) não inscritas por falta de disponibilidade de caixa e cujos empenhos foram cancelados;

c) do cumprimento do disposto no inciso II e na alínea b do inciso IV do art. 38.

§ 1º O relatório dos titulares dos órgãos mencionados nos incisos II, III e IV do art. 54 conterá apenas as informações relativas à alínea a do inciso I, e os documentos referidos nos incisos II e III.

§ 2º O relatório será publicado até trinta dias após o encerramento do período a que corresponder, com amplo acesso ao público, inclusive por meio eletrônico.

§ 3º O descumprimento do prazo a que se refere o § 2º sujeita o ente à sanção prevista no § 2º do art. 51.

§ 4º Os relatórios referidos nos arts. 52 e 54 deverão ser elaborados de forma padronizada, segundo modelos que poderão ser atualizados pelo conselho de que trata o art. 67.

## Seção V

### Das Prestações de Contas

**Art. 56** As contas prestadas pelos Chefes do Poder Executivo incluirão, além das suas próprias, as dos Presidentes dos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Chefe do Ministério Público, referidos no art. 20, as quais receberão parecer prévio, separadamente, do respectivo Tribunal de Contas.

§ 1º As contas do Poder Judiciário serão apresentadas no âmbito:

I da União, pelos Presidentes do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores, consolidando as dos respectivos tribunais;

II dos Estados, pelos Presidentes dos Tribunais de Justiça, consolidando as dos demais tribunais.

§ 2º O parecer sobre as contas dos Tribunais de Contas será proferido no prazo previsto no art. 57 pela comissão mista permanente referida no § 1º do art. 166 da Constituição ou equivalente das Casas Legislativas estaduais e municipais.

§ 3º Será dada ampla divulgação dos resultados da apreciação das contas, julgadas ou tomadas.

**Art. 57** Os Tribunais de Contas emitirão parecer prévio conclusivo sobre as contas no prazo de sessenta dias do recebimento, se outro não estiver estabelecido nas constituições estaduais ou nas leis orgânicas municipais.

§ 1º No caso de Municípios que não sejam capitais e que tenham menos de duzentos mil habitantes o prazo será de cento e oitenta dias.

§ 2º Os Tribunais de Contas não entrarão em recesso enquanto existirem contas de Poder, ou órgão referido no art. 20, pendentes de parecer prévio.

**Art. 58** A prestação de contas evidenciará o desempenho da arrecadação em relação à previsão, destacando as providências adotadas no âmbito da fiscalização das receitas e combate à sonegação, as ações de recuperação de créditos nas instâncias administrativa e judicial, bem como as demais medidas para incremento das receitas tributárias e de contribuições.

## Seção VI

### Da Fiscalização da Gestão Fiscal

**Art. 59** O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, e o sistema de controle interno de cada Poder e do Ministério Público, fiscalizarão o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que se refere a:

I atingimento das metas estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;

II limites e condições para realização de operações de crédito e inscrição em Restos a Pagar;

III medidas adotadas para o retorno da despesa total com pessoal ao respectivo limite, nos termos dos arts. 22 e 23;

IV providências tomadas, conforme o disposto no art. 31, para recondução dos montantes das dívidas consolidada e mobiliária aos respectivos limites;

V destinação de recursos obtidos com a alienação de ativos, tendo em vista as restrições constitucionais e as desta Lei Complementar;

VI cumprimento do limite de gastos totais dos legislativos municipais, quando houver.

§ 1º Os Tribunais de Contas alertarão os Poderes ou órgãos referidos no art. 20 quando constatarem:

I a possibilidade de ocorrência das situações previstas no inciso II do art. 4o e no art. 9o;

II que o montante da despesa total com pessoal ultrapassou 90% (noventa por cento) do limite;

III que os montantes das dívidas consolidada e mobiliária, das operações de crédito e da concessão de garantia se encontram acima de 90% (noventa por cento) dos respectivos limites;

IV que os gastos com inativos e pensionistas se encontram acima do limite definido em lei;

V fatos que comprometam os custos ou os resultados dos programas ou indícios de irregularidades na gestão orçamentária.

§ 2º Compete ainda aos Tribunais de Contas verificar os cálculos dos limites da despesa total com pessoal de cada Poder e órgão referido no art. 20.

§ 3º O Tribunal de Contas da União acompanhará o cumprimento do disposto nos §§ 2o, 3o e 4o do art. 39.

## CAPÍTULO X

### Disposições Finais e Transitórias

**Art. 60** Lei estadual ou municipal poderá fixar limites inferiores àqueles previstos nesta Lei Complementar para as dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito e concessão de garantias.

**Art. 61** Os títulos da dívida pública, desde que devidamente escriturados em sistema centralizado de liquidação e custódia, poderão ser oferecidos em caução para garantia de empréstimos, ou em outras transações previstas em lei, pelo seu valor econômico, conforme definido pelo Ministério da Fazenda.

**Art. 62** Os Municípios só contribuirão para o custeio de despesas de competência de outros entes da Federação se houver:

I autorização na lei de diretrizes orçamentárias e na lei orçamentária anual;

II convênio, acordo, ajuste ou congênere, conforme sua legislação.

**Art. 63** É facultado aos Municípios com população inferior a cinqüenta mil habitantes optar por:

I aplicar o disposto no art. 22 e no § 4o do art. 30 ao final do semestre;

II divulgar semestralmente:

a) (VETADO)

b) o Relatório de Gestão Fiscal;

c) os demonstrativos de que trata o art. 53;

III elaborar o Anexo de Política Fiscal do plano plurianual, o Anexo de Metas Fiscais e o Anexo de Riscos Fiscais da lei de diretrizes orçamentárias e o anexo de que trata o inciso I do art. 5o a partir do quinto exercício seguinte ao da publicação desta Lei Complementar.

§ 1º A divulgação dos relatórios e demonstrativos deverá ser realizada em até trinta dias após o encerramento do semestre.

§ 2º Se ultrapassados os limites relativos à despesa total com pessoal ou à dívida consolidada, enquanto perdurar esta situação, o Município ficará sujeito aos mesmos prazos de verificação e de retorno ao limite definidos para os demais entes.

**Art. 64** A União prestará assistência técnica e cooperação financeira aos Municípios para a modernização das respectivas administrações tributária, financeira, patrimonial e previdenciária, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A assistência técnica consistirá no treinamento e desenvolvimento de recursos humanos e na transferência de tecnologia, bem como no apoio à divulgação dos instrumentos de que trata o art. 48 em meio eletrônico de amplo acesso público.

§ 2º A cooperação financeira compreenderá a doação de bens e valores, o financiamento por intermédio das instituições financeiras federais e o repasse de recursos oriundos de operações externas.

**Art. 65** Na ocorrência de calamidade pública reconhecida pelo Congresso Nacional, no caso da União, ou pelas Assembléias Legislativas, na hipótese dos Estados e Municípios, enquanto perdurar a situação:

I serão suspensas a contagem dos prazos e as disposições estabelecidas nos arts. 23 , 31 e 70;

II serão dispensados o atingimento dos resultados fiscais e a limitação de empenho prevista no art. 9º.

**Parágrafo Único:** Aplica-se o disposto no caput no caso de estado de defesa ou de sítio, decretado na forma da Constituição.

**Art. 66** Os prazos estabelecidos nos arts. 23, 31 e 70 serão duplicados no caso de crescimento real baixo ou negativo do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, regional ou estadual por período igual ou superior a quatro trimestres.

§ 1º Entende-se por baixo crescimento a taxa de variação real acumulada do Produto Interno Bruto inferior a 1% (um por cento), no período correspondente aos quatro últimos trimestres.

§ 2º A taxa de variação será aquela apurada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ou outro órgão que vier a substituí-la, adotada a mesma metodologia para apuração dos PIB nacional, estadual e regional.

§ 3º Na hipótese do caput, continuarão a ser adotadas as medidas previstas no art. 22.

§ 4º Na hipótese de se verificarem mudanças drásticas na condução das políticas monetária e cambial, reconhecidas pelo Senado Federal, o prazo referido no caput do art. 31 poderá ser ampliado em até quatro quadrimestres.

**Art. 67** O acompanhamento e a avaliação, de forma permanente, da política e da operacionalidade da gestão fiscal serão realizados por conselho de gestão fiscal, constituído por representantes de todos os Poderes e esferas de Governo, do Ministério Público e de entidades técnicas representativas da sociedade, visando a:

I harmonização e coordenação entre os entes da Federação;

II disseminação de práticas que resultem em maior eficiência na alocação e execução do gasto público, na arrecadação de receitas, no controle do endividamento e na transparência da gestão fiscal;

III adoção de normas de consolidação das contas públicas, padronização das prestações de contas e dos relatórios e demonstrativos de gestão fiscal de que trata esta Lei Complementar, normas e padrões mais simples para os pequenos Municípios, bem como outros, necessários ao controle social;

IV divulgação de análises, estudos e diagnósticos.

§ 1º O conselho a que se refere o *caput* instituirá formas de premiação e reconhecimento público aos titulares de Poder que alcançarem resultados meritórios em suas políticas de desenvolvimento social, conjugados com a prática de uma gestão fiscal pautada pelas normas desta Lei Complementar.

§ 2º Lei disporá sobre a composição e a forma de funcionamento do conselho.

**Art. 68** Na forma do art. 250 da Constituição, é criado o Fundo do Regime Geral de Previdência Social, vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, com a finalidade de prover recursos para o pagamento dos benefícios do regime geral da previdência social.

§ 1º O Fundo será constituído de:

I bens móveis e imóveis, valores e rendas do Instituto Nacional do Seguro Social não utilizados na operacionalização deste;

II bens e direitos que, a qualquer título, lhe sejam adjudicados ou que lhe vierem a ser vinculados por força de lei;

III receita das contribuições sociais para a seguridade social, previstas na alínea a do inciso I e no inciso II do art. 195 da Constituição;

IV produto da liquidação de bens e ativos de pessoa física ou jurídica em débito com a Previdência Social;

V resultado da aplicação financeira de seus ativos;

VI recursos provenientes do orçamento da União.

§ 2º O Fundo será gerido pelo Instituto Nacional do Seguro Social, na forma da lei.

**Art. 69** O ente da Federação que mantiver ou vier a instituir regime próprio de previdência social para seus servidores conferir-lhe-á caráter contributivo e o organizará com base em normas de contabilidade e atuária que preservem seu equilíbrio financeiro e atuarial.

**Art. 70** O Poder ou órgão referido no art. 20 cuja despesa total com pessoal no exercício anterior ao

da publicação desta Lei Complementar estiver acima dos limites estabelecidos nos arts. 19 e 20 deverá enquadrar-se no respectivo limite em até dois exercícios, eliminando o excesso, gradualmente, à razão de, pelo menos, 50% a.a. (cinquenta por cento ao ano), mediante a adoção, entre outras, das medidas previstas nos arts. 22 e 23.

**Parágrafo Único:** A inobservância do disposto no *caput*, no prazo fixado, sujeita o ente às sanções previstas no § 3o do art. 23.

**Art. 71** Ressalvada a hipótese do inciso X do art. 37 da Constituição, até o término do terceiro exercício financeiro seguinte à entrada em vigor desta Lei Complementar, a despesa total com pessoal dos Poderes e órgãos referidos no art. 20 não ultrapassará, em percentual da receita corrente líquida, a despesa verificada no exercício imediatamente anterior, acrescida de até 10% (dez por cento), se esta for inferior ao limite definido na forma do art. 20.

**Art. 72** A despesa com serviços de terceiros dos Poderes e órgãos referidos no art. 20 não poderá exceder, em percentual da receita corrente líquida, a do exercício anterior à entrada em vigor desta Lei Complementar, até o término do terceiro exercício seguinte.

**Art. 73** As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal); a Lei no 1.079, de 10 de abril de 1950; o Decreto-Lei no 201, de 27 de fevereiro de 1967; a Lei no 8.429, de 2 de junho de 1992; e demais normas da legislação pertinente.

**Art. 73-A** Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para denunciar ao respectivo Tribunal de Contas e ao órgão competente do Ministério Público o descumprimento das prescrições estabelecidas nesta Lei Complementar.

**Art. 73-B** – Ficam estabelecidos os seguintes prazos para o cumprimento das determinações dispostas nos incisos II e III do parágrafo único do art. 48 e do art. 48-A:

I – 1 (um) ano para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios com mais de 100.000 (cem mil) habitantes;

II – 2 (dois) anos para os Municípios que tenham entre 50.000 (cinquenta mil) e 100.000 (cem mil) habitantes;

III – 4 (quatro) anos para os Municípios que tenham até 50.000 (cinquenta mil) habitantes.

**Parágrafo Único:** Os prazos estabelecidos neste artigo serão contados a partir da data de publicação da lei complementar que introduziu os dispositivos referidos no *caput* deste artigo.

**Art. 73-C** O não atendimento, até o encerramento dos prazos previstos no art. 73-B, das determinações contidas nos incisos II e III do parágrafo único do art. 48 e no art. 48-A sujeita o ente à sanção prevista no inciso I do § 3o do art. 23.

**Art. 74** Esta Lei Complementar entra em vigor na data da sua publicação.

**Art. 75** Revoga-se a Lei Complementar no 96, de 31 de maio de 1999.

Brasília, 4 de maio de 2000; 179º da Independência e 112o da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**

*Pedro Malan*

*Martus Tavares*

## EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

**Art. 1** A alínea e do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.34.....”  
“VII-.....”  
“e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde.” (NR)

**Art. 2** O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.35.....”  
“III não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;” (NR)

**Art. 3** O § 1º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.156.....”  
“§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:” (NR)  
“I ser progressivo em razão do valor do imóvel; e” (AC)\*  
“II ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel.” (AC) “.....”

**Art. 4** O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.160.....”  
“**Parágrafo Único:** A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:” (NR)  
“I ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;” (AC)  
“II ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III.” (AC)

**Art. 5** O inciso IV do art. 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.167.....”  
“IV a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de

recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo;” (NR)

“.....”

**Art. 6** O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º e 3º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

“Art. 198.....”

“§ 1º (parágrafo único original).....”

“§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:” (AC)

“I no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;” (AC)

“II no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;” (AC)

“III no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.” (AC)

“§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:” (AC)

“I os percentuais de que trata o § 2º;” (AC)

“II os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;” (AC)

“III as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;” (AC)

“IV as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.” (AC)

**Art. 7** O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

“Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:” (AC)

“I no caso da União:” (AC)

“a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;” (AC)

“b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;” (AC)

“II no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e” (AC)

“III no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.” (AC)

“§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.” (AC)

“§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.” (AC)

“§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.” (AC)

“§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.” (AC)

**Art. 8** Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de setembro de 2000

### **Mesa da Câmara dos Deputados**

Deputado Michel Temer

Presidente

Deputado Heráclito Fortes

1º Vice-Presidente

Deputado Severino Cavalcanti

2º Vice-Presidente

Deputado Ubiratan Aguiar

1º Secretário

Deputado Nelson Trad

2º Secretário

Deputado Jaques Wagner

3º Secretário

Deputado Efraim Morais

4º Secretário

### **Mesa do Senado Federal**

Senador Antonio Carlos Magalhães

Presidente

Senador Geraldo Melo

1º Vice-Presidente

Senador Ademir Andrade

2º Vice-Presidente

Senador Ronaldo Cunha Lima

1º Secretário

Senador Carlos Patrocínio

2º Secretário

Senador Nabor Júnior

3º Secretário

## LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012

Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

A **PRESIDENTA DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

### CAPÍTULO I

#### Disposições Preliminares

**Art. 1** Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3o do art. 198 da Constituição Federal:

I o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

IV normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

### CAPÍTULO II

#### Das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde

**Art. 2** Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

**Parágrafo Único:** Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e

pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

**Art. 3** – Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

**Art. 4** – Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII ações de assistência social;

IX obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

### **CAPÍTULO III**

#### **Da Aplicação de Recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde**

##### **Seção I**

###### **Dos Recursos Mínimos**

**Art. 5** A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 1º (VETADO).

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

**Art. 6** Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

**Parágrafo Único:** (VETADO).

**Art. 7** Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

**Parágrafo Único:** (VETADO)

**Art. 8** O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

**Art. 9** Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

**Art. 10** Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3º do art. 5º e nos arts. 6º e 7º, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

**Art. 11** Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

## Seção II

### Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos

**Art. 12** Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

**Art. 13** (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

§ 3º (VETADO).

§ 4º A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

**Art. 14** O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

**Art. 15** (VETADO).

**Art. 16** O repasse dos recursos previstos nos arts. 6º a 8º será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

§ 3º As instituições financeiras referidas no § 3º do art. 164 da Constituição Federal são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados

inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2º deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 4º (VETADO).

### Seção III

#### Da Movimentação dos Recursos da União

**Art. 17** O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

**Art. 18** Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

**Parágrafo Único:** Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

### Seção IV

#### Da Movimentação dos Recursos dos Estados

**Art. 19** O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

**Art. 20** As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

**Parágrafo Único:** Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

**Art. 21** Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

**Parágrafo Único:** A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

## Seção V

### Disposições Gerais

**Art. 22** É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

**Parágrafo Único:** A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II - à elaboração do Plano de Saúde.

**Art. 23** Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei

Complementar, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.

**Parágrafo Único:** As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

**Art. 24** Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

I as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

§ 3º Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

§ 4º Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º:

I na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º;

II (VETADO).

**Art. 25** Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

**Parágrafo Único:** Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar.

**Art. 26** Para fins de efetivação do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da

comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 1º - No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal.

§ 2º - Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da vigência desta Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1o, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

§ 3º - Os efeitos das medidas restritivas previstas neste artigo serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 4º - A medida prevista no caput será restabelecida se houver interrupção do cumprimento do disposto neste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

§ 5º - Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições estatuídas neste artigo, sem prejuízo das exigências, restrições e sanções previstas na legislação vigente.

**Art. 27** – Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3o desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes.

**Art. 28** – São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 5º a 7º.

**Art. 29** É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

**Art. 30** Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

## **CAPÍTULO IV**

### **Da Transparência, Visibilidade, Fiscalização, Avaliação e Controle**

#### **Seção I**

##### Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde

**Art. 31** Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II Relatório de Gestão do SUS;

III avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

**Parágrafo Único:** A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

#### **Seção II**

##### Da Escrituração E Consolidação Das Contas Da Saúde

**Art. 32** Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

**Parágrafo Único:** As normas gerais para fins do registro de que trata o caput serão editadas

pelo órgão central de contabilidade da União, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

**Art. 33** O gestor de saúde promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

### Seção III

#### Da Prestação de Contas

**Art. 34** A prestação de contas prevista no art. 37 conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

**Art. 35** As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3o do art. 165 da Constituição Federal.

**Art. 36** O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3º Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4º O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

§ 5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

## Seção IV

### Da Fiscalização da Gestão da Saúde

**Art. 37** Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nesta Lei Complementar.

**Art. 38** O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

I à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;

II ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;

III à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;

IV às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

V à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;

VI à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

**Art. 39** Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

I obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

II processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico

centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

§ 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 4º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no art. 4o da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

§ 6º O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

**Art. 40** Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

**Parágrafo Único:** Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

**Art. 41** Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

**Art. 42** Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

## CAPÍTULO V

### Disposições Finais e Transitórias

**Art. 43** A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a implementação do disposto no art. 20 e para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 2º A cooperação financeira consiste na entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

**Art. 44** No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

**Art. 45** (VETADO).

**Art. 46** As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei no 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei no 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei no 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

**Art. 47** Revogam-se o § 1º do art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 12 da Lei no 8.689, de 27 de julho de 1993.

**Art. 48** Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

**Brasília, 13 de janeiro de 2012; 191o da Independência e 124o da República.**

**DILMA ROUSSEFF**

*José Eduardo Cardozo*

*Guido Mantega*

*Alexandre Rocha Santos Padilha*

*Eva Maria Cella Dal Chiavon*

*Luís Inácio Lucena Adams*

## DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011

Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A **PRESIDENTA DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei no 8.080, 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

### CAPÍTULO I

#### Das Disposições Preliminares

**Art. 1** Este Decreto regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

**Art. 2** Para efeito deste Decreto, considera-se:

I Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

## CAPÍTULO II

### Da Organização do Sus

**Art. 3** O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

#### Seção I

##### Das Regiões de Saúde

**Art. 4** As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

**Art. 5** Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I atenção primária;
- II urgência e emergência;
- III atenção psicossocial;
- IV atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V vigilância em saúde.

**Parágrafo Único:** A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

**Art. 6** As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

**Art. 7** As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

**Parágrafo Único:** Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

- I seus limites geográficos;
- II população usuária das ações e serviços;
- III rol de ações e serviços que serão ofertados; e
- IV respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

#### Seção II

##### Da Hierarquização

**Art. 8** O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de

Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

**Art. 9** São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I de atenção primária;
- II de atenção de urgência e emergência;
- III de atenção psicossocial; e
- IV especiais de acesso aberto.

**Parágrafo Único:** Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

**Art. 10** Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

**Art. 11** O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

**Parágrafo Único:** A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

**Art. 12** Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

**Parágrafo Único:** As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

**Art. 13** Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

- I garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;
- II orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
- III monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e
- IV ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

**Art. 14** O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

### **CAPÍTULO III**

#### **Do planejamento da saúde**

**Art. 15** O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

**Art. 16** No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

**Art. 17** O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

**Art. 18** O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

**Art. 19** Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

## **CAPÍTULO IV**

### **Da Assistência à Saúde**

**Art. 20** A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

### **Seção I**

#### **Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES**

**Art. 21** A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

**Art. 22** O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

**Parágrafo Único:** A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

**Art. 23** A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

**Art. 24** Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

## Seção II

Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

**Art. 25** A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

**Parágrafo Único:** A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

**Art. 26** O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

**Parágrafo Único:** A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

**Art. 27** O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

**Art. 28** O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

## CAPÍTULO V

Da Articulação Interfederativa

### Seção I

Das Comissões Intergestores

**Art. 30** As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

**Art. 31** Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

**Art. 32** As Comissões Intergestores pactuarão:

I aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

**Parágrafo Único:** Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

## Seção II

### Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

**Art. 33** O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

**Art. 34** O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

**Parágrafo Único:** O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

**Art. 35** O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

**Art. 36** O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

II oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

IV indicadores e metas de saúde;

V estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

**Parágrafo Único:** O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

**Art. 37** O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

**Art. 38** A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

**Art. 39** As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

**Art. 40** O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

**Art. 41** Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

**Parágrafo Único:** Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

## **CAPÍTULO VI**

### **Das Disposições Finais**

**Art. 42** Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei no 8.142, de 1990;

III a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

**Art. 43** A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

**Art. 44** O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

**Art. 45** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

**Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.**

**DILMA ROUSSEFF**

*Alexandre Rocha Santos Padilha*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 29.6.2011

## DECRETO Nº 7.827, DE 16 DE OUTUBRO DE 2012

Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do **caput** do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do **caput** do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.

A **PRESIDENTA DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, **caput**, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, DECRETA:

**Art. 1** Este Decreto regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do **caput** do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do **caput** do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

### CAPÍTULO I

#### Do Sistema De Informações Sobre Orçamentos Públicos Em Saúde

**Art. 2** O Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS é o sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

**Art. 3** O SIOPS será estruturado pelo Ministério da Saúde, observados os seguintes requisitos mínimos:

I registro obrigatório e atualização permanente dos dados no Sistema pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios;

II informatização dos processos de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III disponibilização do programa de declaração aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos na Lei Complementar nº 141, de 2012, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde para emissão do parecer prévio divulgado nos termos do art. 48 e art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS; e

VI integração das informações do SIOPS, por meio de processamento automático, ao sistema

eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle do cumprimento do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição e no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

**Art. 4** O gestor do SUS de cada ente da Federação será responsável pelo registro dos dados no SIOPS nos prazos definidos pelo Ministério da Saúde, e pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais será conferida fé pública para os fins previstos na Lei Complementar nº 141, de 2012.

**Art. 5** O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do SIOPS e os prazos para o registro e homologação das informações no Sistema, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

**Art. 6** Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste Capítulo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão os relatórios de gestão dos entes federativos, conforme o disposto no inciso IV do caput do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

## CAPÍTULO II

### Da Verificação da Aplicação dos Percentuais Mínimos em Ações e Serviços Públicos de Saúde

**Art. 7** Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas, a verificação do cumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos entes federativos, para fins de condicionamento das transferências constitucionais e suspensão das transferências voluntárias, em cumprimento ao disposto no § 1º do art. 26 da Lei Complementar nº 141, de 2012, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

**Parágrafo Único:** A ausência de homologação das informações de que trata o caput no prazo de até trinta dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício será considerada, para todos os fins, presunção de descumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

**Art. 8** O cumprimento ou o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde será informado ao Ministério da Fazenda, por meio de processamento automático das informações homologadas no SIOPS ao:

I serviço auxiliar de informações para transferências voluntárias, ou outro que venha a substituí-lo; e

II agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes federativos, para fins de condicionamento das transferências constitucionais de que tratam o art. 158, caput, inciso II, e o art. 159, caput, inciso I, alíneas “a” e “b”, e inciso II, da Constituição.

§ 1º O SIOPS enviará diariamente, por via eletrônica, ao serviço auxiliar de informações para transferências voluntárias a que se refere o inciso I do **caput** a relação dos entes da Federação que não aplicaram os percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde fixados nos arts. 6º e 8º da Lei Complementar nº 141, de 2012, ou que se enquadrem na situação descrita no parágrafo único do art. 7º deste Decreto.

§ 2º O SIOPS enviará ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União para os demais entes federativos, por meio eletrônico, no mínimo, as

seguintes informações:

I valor em moeda corrente que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde pelo ente federativo em exercício anterior, em descumprimento à exigência de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde;

II número da conta corrente e domicílio bancário do Fundo de Saúde do ente federativo; e

III relação dos entes federativos que não apresentaram informações homologadas no SIOPS no prazo de trinta dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício, conforme disposto no parágrafo único do art. 7º.

§ 3º As informações de que trata o § 2º serão enviadas até o quinto dia útil:

I do decurso do prazo para publicação do demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária - RREO.

II da retificação de informações nos módulos específicos disponibilizados pelo SIOPS, em caso de alteração na verificação do descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde; e

III do depósito do montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde a que se refere o art. 15 pelo Estado no Fundo de Saúde Municipal.

### CAPÍTULO III

#### Da Verificação da Aplicação Efetiva do Montante que Deixou de Ser Aplicado em Ações e Serviços Públicos de Saúde em Exercícios

##### ANTERIORES

**Art. 9** Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas, a verificação da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores, para fins de suspensão das transferências constitucionais, em cumprimento ao disposto no **caput** do art. 26 da Lei Complementar nº 141, de 2012, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

**Art. 10** O descumprimento da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores será informado ao Ministério da Fazenda, por meio de processamento automático das informações homologadas no SIOPS ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes federativos, para fins de suspensão das transferências constitucionais de que trata a Subseção II da Seção I do Capítulo IV.

§ 1º O SIOPS enviará ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União, por meio eletrônico, a relação dos entes federativos que não comprovaram a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

§ 2º As informações a que se refere o § 1º serão enviadas até o quinto dia útil:

I do decurso do prazo para publicação do demonstrativo das receitas e despesas com ações e

serviços públicos de saúde do RREO imediatamente posterior aos doze meses contados da data em que ocorrer o primeiro depósito; e

II da retificação de informações nos módulos específicos disponibilizados pelo SIOPS, em caso de alteração na verificação da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

## **CAPÍTULO IV**

### **Do Condicionamento das Transferências Constitucionais e da Suspensão das Transferências Voluntárias**

**Art. 11** Em caso de verificação de descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde e de não aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores, na forma dos arts. 7º a 10, a União:

I condicionará o repasse de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, da Constituição, após processadas as retenções, destinações, deduções e bloqueio de seu interesse; e

II suspenderá as transferências voluntárias.

#### **Seção I**

##### **Do Condicionamento das Transferências Constitucionais**

**Art. 12** O condicionamento das transferências constitucionais de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, da Constituição ocorrerá por meio de:

I medida preliminar de direcionamento das transferências constitucionais para a conta vinculada ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário; ou

II suspensão das transferências constitucionais.

#### **Subseção I**

##### **Da Medida Preliminar de Direcionamento das Transferências para a Conta Vinculada ao Fundo de Saúde**

**Art. 13** O direcionamento das transferências de que trata o art. 12 para a conta vinculada ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário ocorrerá quando as informações homologadas no SIOPS indicarem o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior.

§ 1º O direcionamento previsto no **caput** corresponderá ao montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior.

§ 2º Para a preservação do cumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em saúde no exercício corrente, os depósitos em conta vinculada ao Fundo de Saúde não poderão superar:

I - doze por cento dos repasses decendiais, no caso de Estados e Distrito Federal; e

II - quinze por cento dos repasses decendiais, no caso de Municípios.

§ 3º O direcionamento previsto no **caput** será encerrado caso comprovado o depósito na conta vinculada ao Fundo de Saúde da integralidade do montante necessário ao cumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior, sem prejuízo do cumprimento do limite relativo ao exercício financeiro corrente.

§ 4º Verificado o depósito na conta vinculada do Fundo de Saúde de valor superior ao necessário, em decorrência de procedimento de retificação ou do procedimento previsto no art. 15, os recursos permanecerão depositados a título de antecipação do montante a ser aplicado no exercício corrente.

§ 5º Não será aplicada a medida preliminar prevista no **caput** na hipótese de não declaração e homologação das informações no SIOPS.

**Art. 14** O agente financeiro da União enviará ao SIOPS arquivo eletrônico contendo informação do valor em moeda corrente depositado na conta corrente do Fundo de Saúde do ente federativo até o quinto dia útil após a efetivação do direcionamento das transferências de que trata o inciso I do **caput** do art. 12, ao qual será permitido acesso público.

**Art. 15** A limitação do direcionamento das transferências de que trata o inciso I do **caput** do art. 12 ao montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior para os Municípios considerará as restrições efetivadas pela União e pelos Estados.

**Parágrafo Único:** A atuação complementar e interativa da União e dos Estados na aplicação do direcionamento a que se refere o inciso I do **caput** do art. 12 será viabilizada por meio de:

as de Estados e Distrito Federal; e

I consulta ao SIOPS, pelo Estado em cujo território se localize o Município, do valor em moeda corrente depositado pelo agente financeiro da União na conta corrente do Fundo de Saúde; e

II registro no SIOPS, pelo Estado em cujo território se localize o Município, do valor em moeda corrente pelo Estado depositado na conta corrente do Fundo de Saúde.

## Subseção II

Da Suspensão das Transferências Constitucionais

**Art. 16** As transferências de recursos constitucionais de que trata o art. 12 serão suspensas quando:

I adotada a medida preliminar a que se refere a Subseção I, o ente federativo não comprovar no SIOPS, no prazo de doze meses, contado do depósito da primeira parcela direcionada ao Fundo de Saúde, a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores; ou

II não houver declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores a que se refere o art. 4º.

**Art. 17** A suspensão de que trata o art. 16 será informada ao SIOPS até o quinto dia útil após sua efetivação pelo agente financeiro da União.

## Seção II

Da Suspensão das Transferências Constitucionais

**Art. 18** As transferências voluntárias da União serão suspensas:

I quando constatado o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos Estados e Municípios; e

II na ausência de declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores a que se refere o art. 4º.

## CAPÍTULO V

### Do Restabelecimento das Transferências Constitucionais e Voluntárias da União

**Art. 19** A verificação da aplicação efetiva do adicional depositado na conta do Fundo de Saúde que deixou de ser aplicado pelo ente federativo em exercício anterior e que deu causa ao descumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços de saúde, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

**Parágrafo Único:** A verificação a que se refere o **caput** será realizada por meio dos demonstrativos das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do RREO disponibilizados a partir do bimestre imediatamente subsequente ao primeiro depósito na conta vinculada ao Fundo de Saúde e se estenderá até doze meses, contados da data do primeiro depósito.

**Art. 20** As transferências constitucionais de que trata o art. 12 e as transferências voluntárias da União serão restabelecidas quando o ente federativo beneficiário comprovar, por meio de demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do RREO, a aplicação efetiva do adicional relativo ao montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

§ 1º Cumprido o disposto no **caput**, o prazo para restabelecimento das transferências constitucionais e voluntárias da União será de cinco dias úteis.

§ 2º A suspensão decorrente da ausência de informações homologadas no SIOPS, conforme disposto no inciso II do **caput** do art. 16, perderá efeito após a homologação das informações no sistema.

## CAPÍTULO VI

### Dos Procedimentos Orçamentários e Contábeis

**Art. 21** A metodologia para verificação do cumprimento da aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde integrará as normas gerais para consolidação das contas públicas editadas pelo órgão central de contabilidade da União.

## CAPÍTULO VII

### Disposições Finais

**Art. 22** A audiência pública a que se refere o § 5º do art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012, de periodicidade quadrimestral, utilizará as informações previstas:

I no Relatório de Gestão do SUS; e

II no RREO dos dois bimestres correspondentes, ressalvado o prazo semestral previsto na alínea “c” do inciso II do **caput** do art. 63 da Lei Complementar nº 101, de 2000

**Art. 23** Verificado o descumprimento das disposições da Lei Complementar nº 141, de 2012, ou deste Decreto, ou detectada a aplicação de recursos federais em objeto diverso do originalmente pactuado, o Ministério da Saúde comunicará a irregularidade:

I ao órgão de auditoria do SUS;

II à direção local do SUS;

III ao responsável pela administração orçamentária e financeira do ente federativo;

IV aos órgãos de controle interno e externo do ente federativo;

V ao Conselho de Saúde; e

VI ao Ministério Público.

§ 1º A comunicação a que se refere o **caput** somente será encaminhada ao Tribunal de Contas competente e ao Ministério Público com atribuição para o caso após o esgotamento da via administrativa de controle interno do Ministério da Saúde, sem prejuízo do exercício autônomo das competências e atribuições previstas na legislação.

§ 2º A atuação dos destinatários da comunicação de que trata o **caput** terá como objetivo promover a imediata devolução dos recursos irregularmente aplicados ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário, nos termos do inciso I do **caput** do art. 27 da Lei Complementar nº 141, de 2012.

§ 3º Para os fins do disposto no § 2º, em caso de aplicação de recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 2012, ou em objeto diverso do originalmente pactuado, a devolução será efetivada com recursos do Tesouro do ente federativo beneficiário.

**Art. 24** A não observância dos procedimentos previstos neste Decreto sujeitará os infratores, nos termos do art. 46 da Lei Complementar nº 141, de 2012, às penalidades previstas no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940-Código Penal, na Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, no Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, na Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, sem prejuízo de outras previstas na legislação.

**Art. 25** O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão providenciará as modificações orçamentárias necessárias ao atendimento do disposto neste Decreto, no prazo de sessenta dias, contado da data de sua publicação.

**Art. 26** Para atender o disposto nos arts. 26, 36, 39 e 43 da Lei Complementar nº 141, de 2012, e neste Decreto, o Ministério da Saúde:

I estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do SIOPS, no prazo de noventa dias, contado da data de publicação deste Decreto; e

II disponibilizará nova versão do SIOPS até 20 de janeiro de 2013.

**Art. 27** Este Decreto entra em vigor na data da sua publicação, produzindo efeitos a partir da execução orçamentária do ano de 2013.

§ 1º A verificação anual do cumprimento do limite mínimo dos recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde nos termos da Lei Complementar nº 141, de 2012, e deste Decreto, será realizada a partir do ano de 2014, com base na execução orçamentária do ano de 2013, sem prejuízo das exigências legais e controles adotados antes da entrada em vigor da Lei Complementar nº 141, de 2012.

§ 2º Os procedimentos de direcionamento, suspensão e restabelecimento de transferências de recursos nos termos deste Decreto serão realizados a partir do ano de 2014, sem prejuízo das exigências legais e controles adotados antes da entrada em vigor da Lei Complementar nº 141, de 2012.

**Brasília, 16 de outubro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.**

**DILMA ROUSSEFF**

*Nelson Henrique Barbosa Filho  
Alexandre Rocha Santos Padilha  
Miriam Belchior  
Luís Inácio Lucena Adams*

## **RESOLUÇÃO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de maio de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, nas 9a, 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o § 5º inciso II art. 1º da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS no 333/92 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando os objetivos de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam polos de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas esferas da ação do Estado; e

Considerando o que disciplina a Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde.

**RESOLVE:**

Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde:

### DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

**Primeira Diretriz:** Primeira Diretriz: o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

**Parágrafo Único:** Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

### DA INSTITUIÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

**Segunda Diretriz:** a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei no 8.142/90.

**Parágrafo Único:** Na instituição e reformulação dos Conselhos de Saúde o Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde, e em consonância com a legislação.

### A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

**Terceira Diretriz:** a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

I O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.

II Mantendo o que propôs as Resoluções nos 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
- c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, serão contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) associações de pessoas com patologias;
- b) associações de pessoas com deficiências;
- c) entidades indígenas;
- d) movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT...);
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) entidades de aposentados e pensionistas;
- g) entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) entidades de defesa do consumidor;
- i) organizações de moradores;
- j) entidades ambientalistas;
- k) organizações religiosas;
- l) trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas;
- m) comunidade científica;
- n) entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) entidades dos prestadores de serviço de saúde; e
- q) governo.

IV As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde terão os conselheiros indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.

V Recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

VIA representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança

na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos(as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as).

VII A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário(a) e Trabalhador(a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro(a).

VIII A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida nos Conselhos de Saúde.

IX Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em atividade no Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a estruturação e composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao Conselho Nacional de Saúde, quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.

X As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas.

XI O conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente.

## **ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE**

**Quarta Diretriz:** as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:

I cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal;

II o Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão;

III o Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento;

IV o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;

V as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade;

VI o Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei no 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros;

VII o Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, respeitando a paridade expressa nesta Resolução;

VIII as decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos;

a) entende-se por maioria simples o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes;

b) entende-se por maioria absoluta o número inteiro imediatamente superior à metade de membros do Conselho;

c) entende-se por maioria qualificada 2/3 (dois terços) do total de membros do Conselho;

IX qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em lei e deve ser proposta pelo próprio Conselho e votada em reunião plenária, com quórum qualificado, para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor da esfera correspondente;

X a cada três meses, deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei no 8.689/93 e com a Lei Complementar no 141/2012;

XI os Conselhos de Saúde, com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS; e

XII o Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário.

**Quinta Diretriz:** aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;

II elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

III discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;

IV atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

V definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

- VI anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;
- VII estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;
- VIII proceder à revisão periódica dos planos de saúde;
- IX deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;
- X a cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com a Lei Complementar no 141/2012.
- XI avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;
- XII avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;
- XIII acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;
- XIV aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;
- XV propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;
- XVI fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;
- XVII analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;
- XVIII fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente;
- XIX examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;
- XX estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o

respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde;

XXI estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;

XXII estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);

XXIII acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;

XXIV estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;

XXV deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;

XXVI incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;

XXVII acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS;

XXVIII deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS;

XXIX acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde; e

XXX atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Fica revogada a Resolução do CNS no 333, de 4 de novembro de 2003.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**  
**Presidente do Conselho Nacional de Saúde**

Homologo a Resolução CNS no 453, de 10 de maio de 2012, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**  
**Ministro de Estado da Saúde**

## PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006,

### RESOLVE:

**Art. 1** Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

**Art. 2** Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

**Art. 3** Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

**Art. 4** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA**

## ANEXO I

### PACTO PELA SAÚDE 2006

#### Consolidação do SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira.

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. O SUS é avaliado positivamente pelos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo território nacional.

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

#### I – O PACTO PELA VIDA:

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

##### SAÚDE DO IDOSO:

Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

#### CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

#### MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:

Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.

#### DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

#### PROMOÇÃO DA SAÚDE:

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

#### ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

### **II – O PACTO EM DEFESA DO SUS:**

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

#### IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;

Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;

Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.

Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

#### ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

### **III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS**

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As prioridades do Pacto de Gestão são:

DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

ESTABELECE AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Este PACTO PELA SAÚDE 2006 aprovado pelos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, é abaixo assinado pelo Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e será operacionalizado por meio do documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

## ANEXO II

### DIRETRIZES OPERACIONAIS DO PACTO PELA SAÚDE EM 2006 – CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores a frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Frente a esta necessidade, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde. O documento a seguir contempla o pacto firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população a atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS - possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

## **I – PACTO PELA VIDA:**

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

São seis as prioridades pactuadas:

- Saúde do idoso;
- Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- Redução da mortalidade infantil e materna;
- Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- Promoção da Saúde;
- Fortalecimento da Atenção Básica.

## **A – SAÚDE DO IDOSO**

Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

### **1 - O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:**

Promoção do envelhecimento ativo e saudável;  
Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;  
Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;  
A implantação de serviços de atenção domiciliar;  
O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;  
Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;  
Fortalecimento da participação social;  
Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;  
Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;  
Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;  
Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

## **2 - Ações estratégicas:**

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.  
Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

## **B- CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:**

### **1 - Objetivos e metas para o Controle do Câncer de Colo de Útero:**

Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006.  
Incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometidas (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

### **2 - Metas para o Controle do Câncer de mama:**

Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.  
Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

## C – REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL:

### 1 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil

Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.

Reduzir em 50% os óbitos por doença diarréica e 20% por pneumonia, em 2006.

Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes.

Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006.

### 2 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna

Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006.

Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.

Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.

## D – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA E INFLUENZA.

### 1 - Objetivos e metas para o Controle da Dengue

Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006;

Reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006;

### 2 - Meta para a Eliminação da Hanseníase:

Atingir o patamar de eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários, em 2006.

### 3 - Metas para o Controle da Tuberculose:

Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano;

### 4- Meta para o Controle da Malária

Reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006;

### 5 – Objetivo para o controle da Influenza

Implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação - SIVEP-GRIPE, em 2006.

## E – PROMOÇÃO DA SAÚDE

### 1 - Objetivos:

Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;

Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;

Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;

Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;  
Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006;

## E – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

### 1 - Objetivos:

Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.

Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.

Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.

Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.

Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.

Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.

Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.

Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

## II - PACTO EM DEFESA DO SUS

### A – DIRETRIZES

O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste Pacto deve considerar as seguintes diretrizes:

Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal.

Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

### 2 - O Pacto em Defesa do SUS deve se firmar através de iniciativas que busquem:

A repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS;

A Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito;

A garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema;

### **3 – Ações do Pacto em Defesa do SUS:**

As ações do Pacto em Defesa do SUS devem contemplar:

Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;

Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;

Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania;

Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;

Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03, já aprovado e aprimorado em três comissões da Câmara dos Deputados;

Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

### **III - PACTO DE GESTÃO**

Estabelece Diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento;

Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

#### **DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS**

##### **Premissas da descentralização**

Buscando aprofundar o processo de descentralização, com ênfase numa descentralização compartilhada, são fixadas as seguintes premissas, que devem orientar este processo:

Cabe ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos;

Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite;

As Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite;

As deliberações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso;

A Comissão Intergestores Tripartite e o Ministério da Saúde promoverão e apoiarão processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Bipartite;

O detalhamento deste processo, no que se refere à descentralização de ações realizadas hoje pelo Ministério da Saúde, será objeto de portaria específica.

## **Regionalização**

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI, detalhados no corpo deste documento.

O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

### **2.1 - OBJETIVOS DA REGIONALIZAÇÃO:**

Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal;

Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;

Garantir a integralidade na atenção a saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;

Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região;

Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

## **Regiões de Saúde**

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território;

A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado;

A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social;

Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessário a pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares;

O conjunto de responsabilidades não compartilhadas se refere à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por cada município;

As ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhados e integrados a fim de garantir a resolutividade e a integralidade de acesso;

Os estados e a união devem apoiar os municípios para que estes assumam o conjunto de responsabilidades;

O corte no nível assistencial para delimitação de uma Região de Saúde deve estabelecer critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade;

Quando a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento, junto com a definição dos investimentos, quando necessário;

O planejamento regional deve considerar os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso;

Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma Região em uma macrorregião;

O ponto de corte da média complexidade que deve estar na Região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado. Em alguns estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região.

As regiões podem ter os seguintes formatos:

Regiões intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;

Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;

Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;

Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

Nos casos de regiões fronteiriças o Ministério da Saúde deve envidar esforços no sentido de promover articulação entre os países e órgãos envolvidos, na perspectiva de implementação do sistema de saúde e conseqüente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas Regiões e participando do colegiado de gestão regional.

### **Mecanismos de Gestão Regional**

Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional. A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB;

O Colegiado de Gestão Regional se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços

de atenção à saúde, integrada e resolutiva;

O Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do (s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.

Nos casos onde as CIB regionais estão constituídas por representação e não for possível a imediata incorporação de todos os municípios da Região de Saúde deve ser pactuado um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados regionais.

O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção a saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado;

Os colegiados de gestão regional deverão ser apoiados através de câmaras técnicas permanentes que subsidiarão com informações e análises relevantes.

**- Etapas do Processo de Construção da Regionalização**

**- Critérios para a composição da Região de Saúde, expressa no PDR:**

Contigüidade entre os municípios;

Respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural;

Existência de infra-estrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios;

Existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde;

Considerar a rede de ações e serviços de saúde, onde:

Todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde;

O desenho da região propicia relativo grau de resolutividade àquele território, como a suficiência em Atenção Básica e parte da Média Complexidade.

A suficiência está estabelecida ou a estratégia para alcançá-la está explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos.

O desenho considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso.

O desenho garante a integralidade da atenção e para isso as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, se necessário com agregação de mais de uma região em uma macrorregião; o ponto de corte de média e alta-complexidade na região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado.

**- Constituição, Organização e Funcionamento do Colegiado de Gestão Regional:**

A constituição do colegiado de gestão regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a Região e da representação estadual.

Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da Região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor prazo possível, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais;

Constituir uma estrutura de apoio ao colegiado, através de câmara técnica e eventualmente, grupos de trabalho formados com técnicos dos municípios e do estado;

Estabelecer uma agenda regular de reuniões;

O funcionamento do Colegiado deve ser organizado de modo a exercer as funções de:

Instituir um processo dinâmico de planejamento regional

Atualizar e acompanhar a programação pactuada integrada de atenção em saúde

Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos

Priorizar linhas de investimento

Estimular estratégias de qualificação do controle social

Apoiar o processo de planejamento local

Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional

#### **- Reconhecimento das Regiões**

As Regiões Intramunicipais deverão ser reconhecidas como tal, não precisando ser homologadas pelas Comissões Intergestores.

As Regiões Intraestaduais deverão ser reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para conhecimento e acompanhamento do MS.

As Regiões Interestaduais deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação da Comissão Intergestores Tripartite.

As Regiões Fronteiriças deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação na Comissão Intergestores Tripartite.

O desenho das Regiões intra e interestaduais deve ser submetida a aprovação pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde.

Financiamento do Sistema Único de Saúde

#### **3.1 - São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:**

Responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde;

Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social;

Repasse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;

Financiamento de custeio com recursos federais constituído, organizados e transferidos em blocos de recursos;

O uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo as especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica;

As bases de cálculo que formam cada Bloco e os montantes financeiros destinados para os Estados, Municípios e Distrito Federal devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

- Os blocos de financiamento para o custeio são:

Atenção básica

Atenção de média e alta complexidade

Vigilância em Saúde

Assistência Farmacêutica

Gestão do SUS

Bloco de financiamento para a Atenção Básica

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais compõem o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois componentes: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável e seus valores serão estabelecidos em Portaria específica, com memórias de cálculo anexas.

O Piso de Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros, que agregam as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde;

Os recursos financeiros do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal.

O Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável consiste em um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

O PAB Variável passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégias:

Saúde da Família;

Agentes Comunitários de Saúde;

Saúde Bucal;

Compensação de especificidades regionais

Fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas

Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário

Os recursos do PAB Variável serão transferidos ao Município que aderir e implementar as estratégias específicas a que se destina e a utilização desses recursos deve estar definida no Plano Municipal de Saúde;

O PAB Variável da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde passam a compor os seus Blocos de Financiamento respectivos.

Compensação de Especificidades Regionais é um montante financeiro igual a 5% do valor mínimo do PAB fixo multiplicado pela população do Estado, para que as CIBs definam a utilização do recurso de acordo com as especificidades estaduais, podendo incluir sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados.

Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT.

#### **b) Bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade**

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidade em saúde compõem o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios.

Os recursos destinados ao custeio dos procedimentos pagos atualmente através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC serão incorporados ao Limite Financeiro de cada Estado, Município e do Distrito Federal, conforme pactuação entre os gestores.

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC se destina, assim, ao custeio de procedimentos, conforme detalhado a seguir:

Procedimentos regulados pela CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade;

Transplantes;

Ações Estratégicas Emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido;

Novos procedimentos: cobertura financeira de aproximadamente seis meses, quando da inclusão de novos procedimentos, sem correlação à tabela vigente, até a formação de série histórica para a devida agregação ao MAC.

### **c) Bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde**

Os recursos financeiros correspondentes às ações de Vigilância em Saúde compõem o Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária;

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois componentes: da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e o componente da Vigilância Sanitária em Saúde;

O financiamento para as ações de vigilância sanitária deve consolidar a reversão do modelo de pagamento por procedimento, oferecendo cobertura para o custeio de ações coletivas visando garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação, avançando em ações de regulação, controle e avaliação de produtos e serviços associados ao conjunto das atividades.

O Limite Financeiro de Vigilância em Saúde será transferido em parcelas mensais e o valor da transferência mensal para cada um dos Estados, Municípios e Distrito Federal, bem como o Limite Financeiro respectivo será estabelecido em Portaria específica e detalhará os diferentes componentes que o formam, com memórias de cálculo anexas.

Comporão ainda, o bloco do financiamento da Vigilância em Saúde – Sub-bloco Vigilância Epidemiológica, os recursos que se destinam às seguintes finalidades, com repasses específicos:

Fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II)

Campanhas de Vacinação

Incentivo do Programa DST/AIDS

Os recursos alocados tratados pela Portaria MS/GM nº 1349/2002, deverão ser incorporados ao Limite Financeiro de Vigilância em Saúde do Município quando o mesmo comprovar a efetiva contratação dos agentes de campo.

No Componente da Vigilância Sanitária, os recursos do Termo de Ajuste e Metas – TAM, destinados e não transferidos aos estados e municípios, nos casos de existência de saldo superior a 40% dos recursos repassados no período de um semestre, constituem um Fundo de Compensação em VISA, administrado pela ANVISA e destinado ao financiamento de gestão e descentralização da Vigilância Sanitária.

Em Estados onde o valor per capita que compõe o TAM não atinge o teto orçamentário mínimo daquele Estado, a União assegurará recurso financeiro para compor o Piso Estadual de Vigilância Sanitária – PEVISA.

#### **d) Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde.

O Bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica se organiza em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS.

O Componente Básico é composto de uma Parte Fixa e de uma Parte Variável, sendo:

Parte Fixa: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica para a Atenção Básica, transferido Municípios, Distrito Federal e Estados, conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos estados e dos municípios.

Parte Variável: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

A parte variável do Componente Básico será transferida ao município ou estado, conforme pactuação na CIB, à medida que este implementa e organiza os serviços previstos pelos Programas específicos.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica de programas estratégicos.

O financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os Programas Estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde e reúne:

Controle de Endemias: Tuberculose, Hanseníase, Malária e Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

Programa de DST/AIDS (anti-retrovirais);

Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados;

Imunobiológicos;

Insulina;

O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional consiste em financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação excepcional, para tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do SIA/SUS.

A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação e a dispensação, responsabilidade do Estado.

O Ministério da Saúde repassará aos Estados, mensalmente, valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, de acordo com as informações encaminhadas pelos Estados, com base nas emissões das Autorizações para Pagamento de Alto Custo – APAC.

O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional será readequado através de pactuação entre os gestores do SUS, das diretrizes para definição de política para medicamentos de dispensação excepcional.

As Diretrizes a serem pactuadas na CIT, deverão nortear-se pelas seguintes proposições:

Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas.

Definição de percentual para o co-financiamento entre gestor federal e gestor estadual;

Revisão periódica de valores da tabela;

Forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

### **e) Bloco de financiamento para a Gestão do Sistema Único de Saúde**

O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS.

O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos:

Regulação, controle, avaliação e auditoria

Planejamento e Orçamento

Programação

Regionalização

Participação e Controle Social

Gestão do Trabalho

Educação em Saúde

Incentivo à Implementação de políticas específicas

Os recursos referentes a este Bloco serão transferidos fundo a fundo e regulamentados por portaria específica.

#### **- Financiamento para Investimentos**

Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde.

Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a re-adequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos:

Estímulo à Regionalização - Deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais, considerando os PDI (Plano de Desenvolvimento Integrado) atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e de escopo com equidade no acesso.

Investimentos para a Atenção Básica - recursos para investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme disponibilidade orçamentária, transferidos fundo a fundo para municípios que apresentarem projetos selecionados de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

## **4 – PLANEJAMENTO NO SUS**

### **4.1 – O trabalho com o Planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes:**

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.

Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais, regionais e nacionais.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

### **4.2 - Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:**

Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;

Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS;

Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;

Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;

Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento;

Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS;

Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;

Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento;

Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

### 4.3 - Pontos de pactuação priorizados para o Planejamento

Considerando a conceituação, caracterização e objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, configuram-se como pontos essenciais de pactuação:

Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;

Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;

Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes;

Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

#### Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI

APPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

APPI deve explicitar os pactos de referencia entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;

Os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente.

A programação é realizada prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para compor o rol de ações de maior complexidade;

A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;

A programação da assistência deverá buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;

Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.

O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;

A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras.

A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.

A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

#### Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

Para efeitos destas diretrizes, serão adotados os seguintes conceitos:

Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Contratação - o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.

Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

Complexos Reguladores - uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

Auditoria Assistencial ou clínica – processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que:

Cada prestador responde apenas a um gestor;

A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:

- da descentralização, municipalização e comando único;
- da busca da escala adequada e da qualidade;
- considerar a complexidade da rede de serviços locais;
- considerar a efetiva capacidade de regulação;
- considerar o desenho da rede estadual da assistência;
- a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes;

A operação dos complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:

Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.

Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.

Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;

Modelos que diferem do item 'd' acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

São metas para este Pacto, no prazo de um ano:

Contratualização de todos os prestadores de serviço;

Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;

Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

Participação e Controle Social

A participação social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), e é parte fundamental deste pacto.

### **7.1 - As ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, dentro deste pacto são:**

Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros;

Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;

Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto;

Gestão do Trabalho

### **8.1 - As diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS são as seguintes:**

A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho;

Estados, Municípios e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores de saúde;

O Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS;

Desenvolver, pelas três esferas de gestão, estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;

As Diretrizes para Planos de Cargos e Carreira do SUS devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no Sistema;

Promover relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do Estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho;

Desenvolver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com o apoio técnico e financeiro aos Municípios, pelos Estados e União, conforme legislação vigente;

Os atores sociais envolvidos no desejo de consolidação dos SUS atuarão solidariamente na busca do cumprimento deste item, observadas as responsabilidades legais de cada segmento;

Estimular processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação de Mesas de Negociação junto às esferas de gestão estaduais e municipais do SUS;

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de Recursos Humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde;

### **8.2 - Serão priorizados os seguintes componentes na estruturação da Gestão do Trabalho no SUS:**

Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS - Esse componente trata das necessidades exigidas para a estruturação da área de Gestão do Trabalho integrado pelos seguintes eixos: base jurídico-legal; atribuições específicas; estrutura e dimensionamento organizacional e estrutura física e equipamentos. Serão priorizados para este Componente, Estados, Capitais, Distrito Federal e nos Municípios com mais de 500 empregos públicos, desde que possuam ou venham a criar setores de Gestão do Trabalho e da Educação nas secretarias estaduais e municipais de saúde;

Capacitação de Recursos Humanos para a Gestão do Trabalho no SUS - Esse componente trata da qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Estão previstos, para seu desenvolvimento, a elaboração de material didático e a realização de oficinas, cursos presenciais ou à distância, por meio das estruturas formadoras existentes;

Sistema Gerencial de Informações - Esse componente propõe proceder à análise de sistemas de informação existentes e desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na área de Gestão do Trabalho.

Educação na Saúde

### **9.1 – A - As diretrizes para o trabalho na Educação na Saúde são:**

Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;

Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas;

Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente;

Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo;

Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a conseqüente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS;

Centrar, o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e conseqüentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde;

Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

## B - RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

Este capítulo define as Responsabilidades Sanitárias e atribuições do Município, do Distrito Federal, do Estado e da União. A gestão do Sistema Único de Saúde é construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo através de compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

Algumas responsabilidades atribuídas aos municípios devem ser assumidas por todos os municípios. As outras responsabilidades serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

No que se refere às responsabilidades atribuídas aos estados devem ser assumidas por todos eles.

Com relação à gestão dos prestadores de serviço fica mantida a normatização estabelecida na NOAS SUS 01/2002.

As referências na NOAS SUS 01/2002 às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

### RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

#### – MUNICÍPIOS

Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união;

Todo município deve:

- garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;

- promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;

- participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

- assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

- assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela união;

- com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

- desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

- formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

- organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e

equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;

garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

## **– ESTADOS**

Responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e união, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso;

Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios;

Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;

Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;

Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;

Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade;

Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;

Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;

Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;

Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

#### **– DISTRITO FEDERAL**

Responder, solidariamente com a união, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;

Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;

Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pela união;

Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;

Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;

Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a união, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito do seu território, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;

Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

## **– UNIÃO**

Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso;

Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;

Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;

Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;

Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;

Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;

Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;

Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;

Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/ RNLSP – nos aspectos relativos à vigilância em saúde;

Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;

Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

## **RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO**

### **– MUNICÍPIOS**

Todo município deve:

contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados de gestão regionais.

participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regionais.

#### **– ESTADOS**

Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;

Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;

Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;

Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

#### **– DISTRITO FEDERAL**

Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;

Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;

Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;

Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes,

participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

### **– UNIÃO**

Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;

Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade inter-regional e interestadual;

Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

## **RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO**

### **– MUNICÍPIOS**

Todo município deve:

formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;

formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;

operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES; e quando couber, os sistemas: Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;

elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

## **– ESTADOS**

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;

Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

## **– DISTRITO FEDERAL**

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal;

Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;

Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES; Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;

Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

## **– UNIÃO**

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de

ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde.

#### **– FUNASA;**

Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;

Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;

Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

### **RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

#### **– MUNICÍPIOS**

Todo município deve:

monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;

adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;

adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;

controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares

e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a co-gestão com o Estado e outros Municípios, das referências intermunicipais.

Executar o controle do acesso do seu município aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;

Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

Monitorar e fiscalizar e o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;

Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;

Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

## **– ESTADOS**

Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;

Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;

Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;

Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;

Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;

Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;

Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;

Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referencia intermunicipal, conforme pactuação;

Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;

Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;

Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;

Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;

Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;

Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;

Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;

Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;

Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;

Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;

Avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais de saúde;

Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

## **DISTRITO FEDERAL**

Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;

Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;

Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;

Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia;

Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;

Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida;

Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas Executar o controle do acesso do seu usuário aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;

Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;

Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde;

Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas;

Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;

Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;

Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

## UNIÃO

Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;

Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;

Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;

Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;

Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;

Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;

Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;

Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;

Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos;

Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;

Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;

Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;

Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

## **5 – RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO**

### **5.1 - MUNICÍPIOS**

Todo município deve:

promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;

adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local;

Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

### **5.2 – ESTADOS**

Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

### **5.3 – DISTRITO FEDERAL**

Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;

Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito Federal;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

#### **5.4 – UNIÃO**

Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes à força de trabalho descentralizada;

Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;

Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

### **RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

#### **6.1 - MUNICÍPIOS**

Todo município deve:

formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;

apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;

incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

## **6.2 – ESTADOS**

Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;

Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;

Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;

Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;

## **6.3 – DISTRITO FEDERAL**

Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;

Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;

Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;

Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

#### **6.4 – UNIÃO**

Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;

Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;

Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção;

### **RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL**

#### **7.1 - MUNICÍPIOS**

Todo município deve:

apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;

estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

#### **7.2 – ESTADOS**

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

### **7.3 – DISTRITO FEDERAL**

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

### **7.4 - UNIÃO**

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;

Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

## **V - IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO**

### **A - PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO**

Para a implantação destes Pactos ficam acordados os seguintes pontos:

A implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas, pactuadas na CIT.

Fica definido o Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal, como o documento de formalização deste Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão.

O Termo de Compromisso de Gestão, a ser regulamentado em normatização específica, contém as metas e objetivos do Pacto pela Vida, referidas no item I deste documento; as responsabilidades e atribuições de cada gestor, constantes do item III e os indicadores de monitoramento.

Os Termos de Compromisso de Gestão devem ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.

Nos Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, podem ser acrescentadas as metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação;

Anualmente, no mês de março, devem ser revistas as metas, os objetivos e os indicadores do Termo de Compromisso de Gestão.

O Termo de Compromisso de Gestão substitui o atual processo de habilitação, conforme detalhamento em portaria específica.

Fica extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/– 96 e na NOAS SUS 2002.

Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

## **B - PROCESSO DE MONITORAMENTO**

O processo de monitoramento dos Pactos deve seguir as seguintes diretrizes:

Ser um processo permanente, de cada ente com relação ao seu próprio âmbito, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da união com relação aos estados, municípios e Distrito Federal;

Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

Estabelecer um processo de monitoramento dos cronogramas pactuados nas situações onde o município, estado e DF não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão;

Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

## **VI - DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO DO SUS**

A direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde.

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. Um dos representantes dos municípios é, necessariamente, o Secretário de Saúde da Capital. Como parte do processo de constituição das regiões de saúde devem ser constituídos Colegiados de Gestão Regionais.

A definição sobre o número de membros de cada CIB deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.

As decisões da CIB e CIT serão tomadas sempre por consenso.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB serão formalizadas em ato próprio do gestor respectivo.

As decisões das Comissões Intergestores que versarem sobre matéria da esfera de competência dos Conselhos de Saúde deverão ser submetidas à apreciação do Conselho respectivo.

## PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007

Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que trata do repasse de recursos federais de saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que trata da comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios;

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

Considerando a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a necessidade, de qualificar o processo de descentralização, organização e gestão das ações e serviços do SUS, assim como de fortalecer seus compromissos e responsabilidades sanitárias, com base no processo de pactuação intergestores;

Considerando a responsabilidade conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a necessidade de fortalecer mecanismos gerenciais que permitam ao gestor um melhor acompanhamento das ações de saúde realizadas no âmbito do SUS, resolve:

**Art. 1** – Regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

### CAPÍTULO I

#### Das Disposições Gerais

**Art. 2** O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

**Art. 3** Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

**Parágrafo Único:** Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.

**Art. 4** Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:

I - Atenção Básica

- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica; e
- V - Gestão do SUS.

**Art. 5** Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

§ 1º Os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos conforme seus atos normativos, devendo ser movimentados conforme legislação em conta bancária específica, respeitadas as normas estabelecidas em cada acordo firmado.

§ 2º Os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco.

**Art. 6** Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

§ 1º Aos recursos relativos às unidades públicas próprias não se aplicam as restrições previstas no caput deste artigo.

§ 2º Os recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do SUS, devem ser utilizados considerando que fica vedada a utilização desse para pagamento de:

I servidores inativos;

II servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;

III gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;

IV pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e

V obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

§ 3º Os recursos do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente do bloco.

§ 4º A possibilidade de remanejamento dos recursos entre os blocos será regulamentada em portaria específica no prazo de 90 (noventa) dias.

**Art. 7** Aos recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento poderão ser acrescidos de recursos específicos, para atender a situações emergenciais ou inusitadas de riscos sanitários e epidemiológicos, devendo ser aplicados, exclusivamente, em conformidade com o respectivo ato normativo.

**Art. 8** Os recursos que compõem cada bloco de financiamento poderão ser acrescidos de valores específicos, conforme respectiva pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

## CAPÍTULO II

### Dos Blocos De Financiamento

#### Seção I

Do Bloco de Atenção Básica

**Art. 9** O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

- I - Componente Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo; e
- II - Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável.

**Art. 10** O Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

**Parágrafo Único:** Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da Funasa, incorporados ao Componente PAB Fixo, podem ser aplicados no financiamento dessas unidades.

**Art. 11** O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

- I Saúde da Família;
- II Agentes Comunitários de Saúde;
- III Saúde Bucal;
- IV Compensação de Especificidades Regionais;
- V Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- VI Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e
- VIII outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º Os recursos do Componente PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

§ 2º Os recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais correspondem a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado.

§ 3º Os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB e levados ao conhecimento do plenário da CIT, devendo atender a especificidades estaduais e transferidos mediante ato normativo específico do Ministério da Saúde.

§ 4º Os recursos federais referentes aos incentivos para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e

internação provisória, poderão ser transferidos ao Distrito Federal, aos Estados e aos Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

§ 5º Os recursos do Componente PAB Variável correspondentes atualmente às ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a integrar o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.

**Art. 12** O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Atenção Básica está definido nas Portarias GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, nº 649, de 28 de março de 2006, nº 650, de 28 de março de 2006, nº 822, de 17 de abril de 2006, nº 847, de 2 de junho de 2005, na Portaria SAS/MS nº 340, de 14 de julho de 2004, na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 e na Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004.

## Seção II

Do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

**Art. 13** O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes:

- I Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC; e
- II Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

**Art. 14** O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios será destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente.

§ 1º Os incentivos do Componente Limite Financeiro MAC incluem aqueles atualmente designados:

- I Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
- II Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;
- III Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- IV Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos;
- V Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;
- VII Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI;
- VII Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS; e
- VIII outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

§ 2º Os recursos federais de que trata este artigo, serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

**Art. 15** Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, atualmente financiados pelo FAEC, serão gradativamente incorporados ao Componente Limite Financeiro MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e devem ser publicados em portarias específicas, conforme cronograma e critérios a serem pactuados na CIT.

**Parágrafo Único:** Enquanto o procedimento não for incorporado ao componente Limite financeiro MAC, este será financiado pelo Componente FAEC.

**Art. 16** O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, considerando o disposto no artigo 15, será composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC;

II transplantes e procedimentos vinculados;

III ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e

IV novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

§ 1º Projetos de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade são financiados por meio do Componente FAEC, classificados no inciso III do caput deste artigo.

**Art. 17** Os procedimentos da atenção básica, atualmente financiados pelo FAEC, serão incorporados ao bloco de Atenção Básica dos Municípios e do Distrito Federal, conforme o cronograma previsto no artigo 15 desta Portaria:

I 0705101-8 Coleta de material para exames citopatológicos;

II 0705103-4 Coleta de sangue para triagem neonatal;

III 0707102-7 Adesão ao componente I – Incentivo à Assistência pré-natal; e

IV 0707103-5 Conclusão da Assistência Pré-natal.

### Seção III

Do Bloco de Vigilância em Saúde

**Art. 18** Os recursos que compõem o Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Municípios, do Distrito Federal e dos Estados representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária.

**Art. 19** O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes:

I Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde; e

II Componente da Vigilância Sanitária.

§ 1º Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente.

§ 2º Os recursos deste bloco de financiamento devem ser utilizados conforme a Programação Pactuada e Integrada e a orientação do respectivo Plano de Saúde.

**Art. 20** O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS e também pelos seguintes incentivos:

I Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;

II Laboratórios de Saúde Pública;

III Atividade de Promoção à Saúde;

IV Registro de Câncer de Base Populacional;

V Serviço de Verificação de Óbito;

VI Campanhas de Vacinação;

VII Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*;

VIII Contratação dos Agentes de Campo;

IX DST/Aids; e

X outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados ao Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, na medida em que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

§ 2º Serão incorporados ao item II deste artigo - Laboratórios de Saúde Pública, os recursos da Vigilância Sanitária destinados a ações de apoio laboratorial.

**Art. 21** No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados às seguintes finalidades:

I fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios (VIGISUS II); e

II Programa DST/AIDS.

**Art. 22** O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, denominado Teto Financeiro de Vigilância Sanitária – TFVISA, o qual será regulamentado em portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde.

**Art. 23** O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Vigilância em Saúde está definido na Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, na Portaria nº 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004, na Portaria nº 2.607/GM, de 28 de dezembro de 2005, na Portaria nº 2.608/GM, de 28 de dezembro de 2005 e na Portaria nº 2.606/GM, de 28 de dezembro de 2005.

#### Seção IV

Do Bloco de Assistência Farmacêutica

**Art. 24** O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes:

I Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

II Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e

III Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

**Art. 25** O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica.

§ 1º O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

§ 2º A Parte Financeira Fixa do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em um valor per capita, destinado à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em atenção básica, transferido aos Estados, ao Distrito Federal e (ou) Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB.

§ 3º Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros, medicamentos ou insumos, conforme

pactuação na CIB e normatização da Política de Assistência Farmacêutica vigente.

§ 4º A Parte Financeira Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em valores per capita, destinados à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

§ 5º Os recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica referentes a medicamentos para os Programas de Asma e Rinite, Hipertensão e Diabetes, devem ser descentralizados para Estados, Distrito Federal ou Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

§ 6º Os demais recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e, posteriormente, nas Comissões Intergestores Bipartite, mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nesses programas.

§ 7º Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes, serão executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação na CIT.

**Art. 26** O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

I controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II anti-retrovirais do programa DST/Aids;

III sangue e hemoderivados; e

IV imunobiológicos.

**Art. 27** O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional – CMDE destina-se ao financiamento de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos, conforme critérios estabelecidos em portaria específica.

§ 1º O financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional é de responsabilidade do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

§ 2º Os recursos do Ministério da Saúde aplicados no financiamento do CMDE terão como base a emissão e aprovação das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo – APAC, emitidas pelos gestores estaduais, vinculadas à efetiva dispensação do medicamento e de acordo com os critérios técnicos definidos na Portaria nº 2.577/GM, de 27 de outubro de 2006.

§ 3º Trimestralmente, o Ministério da Saúde publicará portaria com os valores a serem transferidos mensalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, apurados com base na média trimestral das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo – APAC, emitidas e aprovadas conforme critérios e valores de referência indicados para o Grupo 36 da Tabela SIA/SUS.

## Seção V

### Do Bloco de Gestão do SUS

**Art. 28** O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema.

**Art. 29** O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

- I Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e
- II Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde;

**Parágrafo Único:** O detalhamento do financiamento das ações referentes a esses componentes, para 2007, encontra-se no Anexo II a esta Portaria.

**Art. 30** O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

- I Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;
- II Planejamento e Orçamento;
- III Programação;
- IV Regionalização;
- V Gestão do Trabalho;
- VI Educação em Saúde;
- VII Incentivo à Participação e Controle Social;
- VIII Informação e Informática em Saúde;
- IX Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e
- X outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º A transferência dos recursos no âmbito deste Componente dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico e no Anexo II a esta Portaria, com incentivo específico para cada ação que integra o Componente.

**Art. 31** O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:

- I implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- II qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;
- III implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- IV fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
- V inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- VI implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
- VII implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;

VIII reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;

IX implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;

X adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e

XI outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

I - Regulação, Controle, Avaliação,

**Parágrafo Único:** A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

### CAPÍTULO III

#### Do Monitoramento e Controle dos Recursos Financeiros Transferidos Fundo a Fundo.

**Art. 32** A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, far-se-á para o Ministério da Saúde, mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 1º A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Portaria nº 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006.

§ 2º A regulamentação do fluxo para a comprovação da aplicação dos recursos fundo a fundo, objeto desta Portaria, será realizada em portaria específica, no prazo de 60 (sessenta) dias.

**Art. 33** Os órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde devem proceder à análise dos relatórios de gestão, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na sua área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA, podendo ser integrada com os demais componentes.

**Art. 34** As despesas referentes ao recurso federal transferido fundo a fundo devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da Administração Pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido.

**Art. 35** Os recursos que formam cada bloco e seus respectivos componentes, bem como os montantes financeiros transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, devem estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, respeitada a especificidade de cada bloco conforme modelos constantes no Anexo I (a, b, c, d, e).

**Art. 36** O controle e acompanhamento das ações e serviços financiados pelos blocos de financiamento devem ser efetuados, por meio dos instrumentos específicos adotados pelo Ministério da Saúde, cabendo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a prestação de informações de forma regular e sistemática, sem prejuízo do estabelecido no artigo 32.

**Art. 37** As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e os Municípios serão suspensas nas seguintes situações:

I referentes ao bloco da Atenção Básica, quando da falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no prazo de um ano e para o bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial

e Hospitalar quando se tratar dos Bancos de Dados Nacionais SIA, SIH e CNES;

II referentes ao bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, quando do não-pagamento aos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, excetuando-se as situações excepcionais devidamente justificadas;

III referentes ao bloco de Vigilância em Saúde, quando os recursos nos estados, no Distrito Federal e nos Municípios estiverem sem movimentação bancária e com saldos correspondentes a seis meses de repasse, sem justificativa;

IV quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do Estado, do Distrito Federal ou do Município envolvido, para o bloco de Financiamento correspondente à ação da Auditoria.

**Parágrafo Único:** A regularização do repasse da parcela mensal do Bloco de Vigilância em Saúde dar-se-á a partir do mês de competência da apresentação dos documentos comprobatórios do comprometimento de pelo menos 60% do saldo existente no bloco.

**Art. 38** Fica estabelecido o Termo de Ajuste Sanitário – TAS como um instrumento formalizado entre os entes do Sistema Único de Saúde, no qual são constituídas obrigações para a correção de impropriedades no funcionamento do sistema, com o prazo de 60 (sessenta) dias para ser regulamentado.

**Parágrafo Único:** Não será aplicável a utilização do TAS quando for comprovada a malversação de recursos.

**Art. 39** Os recursos federais referente aos cinco blocos de financiamento onerarão as ações detalhadas no Anexo III a esta Portaria.

**Art. 40** Esta Portaria altera a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, no Anexo II – Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS - no que se refere:

I ao bloco de financiamento da Atenção Básica, o item Financiamento das Estratégias que compõem o PAB Variável passa a vigorar com a seguinte redação:

“O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

I Saúde da Família;

II Agentes Comunitários de Saúde;

III Saúde Bucal;

IV Compensação de Especificidades Regionais;

V Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;

VI Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

VII Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e

VIII outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.” (NR)

II ao bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade, Ambulatorial e Hospitalar, o item Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, passa a vigorar com a seguinte redação:

“O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, é composto pelos recursos

destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

II transplantes e os procedimentos vinculados;

III ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido;

IV novos procedimentos, não-relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.” (NR)

III ao bloco de financiamento para a Vigilância à Saúde, o item componente Vigilância Epidemiológica, no que se refere a repasses específicos, passa a vigorar com a seguinte redação:

“No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados às seguintes finalidades:

I fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios (VI-GISUS II); e

II programa DST/Aids.” (NR)

IV ao bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, o item Componente Estratégico, passa a vigorar com a seguinte redação:

“O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

I controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II Programa DST/Aids (anti-retrovirais);

III Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados;

IV Imunobiológicos.” (NR)

V ao bloco de financiamento da Gestão do SUS, passa a vigorar com a seguinte redação:

“O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes: Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde”.

**Art. 41** Revogam-se as Portarias GM/MS nº 59, de 16 de janeiro de 1998; nº 531, de 30 de abril de 1999, nº 2.425 de 30 de dezembro de 2002, e nº 698, de 30 de março de 2006.

**Art. 42** A consonância normativa decorrente da publicação desta Portaria deverá ser realizada no prazo de 120 (cento e vinte) dias.

**Art. 43** Esta Portaria entra em vigor a partir da competência fevereiro de 2007.

**JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA**

## ANEXO I - a

### BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA MEMÓRIAS DE CÁLCULO

PAB VARIÁVEL										
UF	Municípios	PAB Fixo	Saúde da Família (SF)	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Saúde Bucal (SB)	Compensação das Especificidades Regionais	Incentivo aos Povos Indígenas	Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário	Atenção Adolescente em conflito com a Lei	Outros

### MEMÓRIA DE CÁLCULO DO BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA PARA ESTADOS

PAB VARIÁVEL	
UF	Atenção Adolescente em conflito com a Lei
	Outros

## ANEXO I - b

### BLOCO DE FINANCIAMENTO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

MEMÓRIAS DE CÁLCULO																		
BLOCO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DA ASSISTENCIA																		
Componente Limite Financeiro MAC																		
		Teto MAC		CEO	SAMU	CEREST	FIDEPS	IAPI	INTEGRASUS	Incentivo de contratualização Hospitais de Ensino	Incentivo de contratualização Hospitais de Pequeno Porte	Incentivo de contratualização Hospitais Filantrópicos	Outros	CNRAC	Transplantes	Novos Procedimentos	Outros	
UF	Municípios	FAEC																

O Componente FAEC não tem valores fixo, dependendo da produção de serviços.

## ANEXO I - c

### BLOCO DE FINANCIAMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

MEMÓRIAS DE CÁLCULO											
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL										VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
UF	Municipi os	NÚCLEO	PROMOÇ ÃO À SAÚDE	RESISTÊN CIA	CÂNC ER DE BASE POP	LACE N	VIGIS US II	CAMPAN HA DE VACINAÇ ÃO	DS T/ AID S	CONTRATAÇ ÃO DE AGENTE	TAXA S
		VIG EPIDEMIO HOSPITAL AR	SV O	CIA A INSETICID A	POP	N	US II	VACINAÇ ÃO	S	AGENTE	M S

## ANEXO I - d

### BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

MEMÓRIAS DE CÁLCULO											
UF	Municípios	COMPONENTE BÁSICO									
		PARTE FIXA					PARTE VARIÁVEL				
		Incentivo a assistência farmacêutica básica	Hipertensão e Diabetes	Asma e Rinite	Saúde da Mulher	Saúde Mental	Combate ao Tabagismo	Alimentação e Nutrição			
		Endemias	Anti-retrovirais do Programa DST/Aids	Imunobiológicos	Sangue e Hemoderivados						
		COMPONENTE ESTRATÉGICO									
		COMPONENTE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL									
		Medicamentos da Tabela de procedimentos SIA/SUS									

## ANEXO I-e

### BLOCO DE FINANCIAMENTO DA GESTÃO DO SUS MEMÓRIAS DE CÁLCULO

COMPONENTE PARA A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS										
UF	Municípios	Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento	Planejamento e Orçamento	Programação	Regionalização	Gestão do Trabalho	Educação em Saúde	Incentivo à Participação e Controle Social	Informação e Informática em Saúde	Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica

COMPONENTE PARA A IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE											
UF	Municípios	Implantação de Centros de Atenção Psicossocial	Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial	Implantação e Residências Terapêuticas em Saúde Mental	Fomento para ações de redução de danos em CAPS ad	Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas	Implantação de Centros de Especialidade Odontológicas – CEO	Implantação do serviço de atendimento móvel de Urgência – SAMU	Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase	Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador	Adesão à Contratação dos Hospitais de Ensino

## ANEXO II

### BLOCO DE FINANCIAMENTO DE GESTÃO DO SUS COMPONENTE DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

AÇÃO	OBJETIVO	MONTANTE DE RECURSO ANUAL - 2007	VALOR DE CADA PARCELA	PARCELA	CRITÉRIOS
Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	Apoiar funcionamento dos Complexos Reguladores	60 milhões		Única	Projeto de Regulação aprovado na CIB
	Apoiar os sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal de Auditoria	860 mil		Única	A ser definido em portaria específica
	Implantar ações de monitoramento e avaliação nos estados e municípios	2 milhões		Anual	A ser definido em portaria específica
Planejamento e Orçamento	Apoiar as áreas de planejamento na implementação do Planejamento do SUS	18 milhões		Única	Elaboração e pactuação na CIB de programa de trabalho para organização e/ou reorganização
					das ações de planejamento, com vistas à efetivação do Sistema de Planejamento do SUS e a consequente formulação dos instrumentos básicos do Planejamento.
					Conforme Portaria GM/MS nº 3.085, de 01/12/2006

Regionalização	Apoiar o desenvolvimento e manutenção do PDR	10 milhões	R\$ 20.000,00 por região de saúde <sup>1</sup>	Anual	Formação de Colegiado de Gestão Regional com reconhecimento pela CIB – Estadual e informação a CJT para conhecimento
	Apoiar a organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional				
	SIS Fronteira	R\$ 15.254.778,00	De acordo com a fase do Projeto	3 vezes	Adesão dos Municípios de até 10 Km da fronteira ao Projeto - Início Fase I.
Educação na Saúde	Promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira e contribuir para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços				Conclusão da Fase I e início da Fase II. Início da Fase III Conforme PT/GM nº 1.188 de 5/06/2006 e PT GM/MS nº 1.189 de 5/06/2006
	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	35 Milhões	Conforme Portaria específica a ser publicada.	Trimestral	A ser definido em portaria específica
	Formação de Profissionais de Nível Técnico	50 Milhões	Conforme Portaria específica a ser publicada.	Trimestral	A ser definido em portaria específica
Gestão do Trabalho	Fortalecer as áreas de gestão do trabalho e educação na saúde nas SES e SMS.	R\$ 6.356.500,00	Conforme estabelecido nas 4 etapas do componente I do ProgeSUS	Única	Critérios fixados na Portaria GM/MS nº 2261, de 26/09/ 2006

Incentivo à Participação do controle social	Ampliar mobilização dos movimentos sociais em defesa do SUS e da reforma sanitária; Fortalecer o processo de controle social, informatização, educação permanente e monitoramento.	R\$ 11 milhões	Bianual	A ser definido em portaria específica.
Informação e Informática em Saúde	Gestão da Informação - Modelo BVS/Rede BiblioSVS - Política Editorial	2 milhões	Bianual	Projeto aprovado na CIB Realizar ações em pelo menos 1 dos 4 eixos
	- Gestão arquivológica - Patrimônio cultural da saúde			De acordo com a PT GIM/MS nº 1.958 de 16/09/2004
Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica	Estruturar e organizar os serviços e ações de assistência farmacêutica.	R\$ 6 milhões	Anual	A ser definido em portaria específica.

– Os recursos referentes às regiões de saúde intramunicipais serão transferidas aos FMS e aqueles referentes às demais regiões aos FES.

**COMPONENTE DE IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

AREA	OBJETIVO	VALOR DE CADA PARCELA	CRITÉRIOS	PORTARIA EXISTENTE	
Incentivo à implantação e/ou qualificação de políticas específicas	Implantação de Centros de Atenção Psicossocial	R\$ 20.000,00 (CAPS I)	Epidemiológico Populacional	PT GM/MS nº 245/05, de 18/02/2005	
		R\$ 30.000,00 (CAPS II e I)		PT GM/MS nº 1935/04, de 16/09/2004	
		R\$ 50.000,00 (CAPS III e ad )			
	Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial	R\$ 10.000,00 em 3 parcelas	Projeto técnico do programa de qualificação dos CAPS De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 1.174/05, de 08/07/2005	
		R\$ 10.000,00	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 246/05, de 18/02/2005	
	Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental	R\$ 50.000,00	Existência de CAPS ad Região Metropolitana	PT GM/MS nº 1.059/05, de 05/07/2005	
		R\$ 5.000,00	Existência de geração de renda em curso	PT GM/MS nº 1.169/05, de 08/07/2005	
		R\$ 10.000,00			
	Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas	R\$ 15.000,00			
		R\$ 40.000,00 (CEO I)	Epidemiológico populacional	PT GM/MS nº 1572, de 29/07/2004	
R\$ 50.000,00 (CEO II)		PT GM/MS nº 283, de 22/02/2005			
R\$ 80.000,00 (CEO III)	PT GM/MS nº 599, de 23/03/2006				
Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO				PT GM/MS nº 600, de 23/03/2006	

	Implantação do serviço de atendimento móvel de Urgência – SAMU	R\$ 50.000,00 R\$ 100.000,00	De acordo com as Portarias	PT GM/MS nº 1863, de 29/09/2003 PT GM/MS nº 1864, de 29/09/2003 PT GM/MS nº 1828, de 2/09/2004
	Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase	Variável	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 585, de 06/04/2004
	Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador	R\$ 50.000,00	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 2437, de 09/12/2005
	Adesão à Contratação dos Hospitais de Ensino	Variável	De acordo com as Portarias	PT GM/MS nº 1702, de 17/08/2004 MEC/MS nº 1006, de 27/04/2004

## ANEXO III

### CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA

BLOCO DE FINANCIAMENTO	CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	DESCRIPTOR
ATENÇÃO BÁSICA	10.301.1214.8577	Atendimento Assistencial básico nos Municípios Brasileiros
	10.301.1214.0589	Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso da Atenção Básica
	10.301.1214.6838	Atenção à Saúde Bucal
	10.301.1214.8573	Expansão e Consolidação da Saúde da Família
	10.301.1312.6177	Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem
	10.302.1312.8527	Serviço de atenção à saúde da população do Sistema Penitenciário Nacional
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	10.128.1311.6199	Formação de Profissionais Técnicos de Saúde
	10.302.1220.8585	Atenção à saúde da população nos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos estados habilitados em Gestão Plena/avançada
	10.301.1214.6838	Atenção à Saúde Bucal
	10.301.1312.6188	Atenção à Saúde do Trabalhador
VIGILANCIA EM SAÚDE Componente: Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde	10.305.1203.0829	Incentivo Financeiro aos estados, municípios e Distrito Federal certificados para Vigilância em Saúde
	10.305.1203.3994	Modernização do Sistema de Vigilância em saúde
	10.302.1306.0214	Incentivo Financeiro aos estados, municípios e Distrito Federal para Ações de Prevenção e Qualificação – HIV/Aids

Componente: Vigilância Sanitária	10.304.1289.0990	Incentivo Financeiro aos municípios e ao Distrito Federal habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica para ações de Vigilância Sanitária
	10.304.1289.0852	Incentivo Financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para execução de ações de médio e alto risco sanitário
	10.304.1289.6134	Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde
	10.304.1289.6133	Vigilância Sanitária de Produtos
ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA	10.303.1293.0593	Incentivo Financeiro a municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica – PAB para Assistência Farmacêutica Básica
	10.303.1293.4368	Promoção da oferta e da cobertura dos serviços de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos no Sistema Único de Saúde
	10.303.1293.4705	Assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais
	10.303.1293.0804	Apoio à estruturação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública
GESTÃO DO SUS	10.302.1220.6839	Fomento ao Desenvolvimento da Gestão, Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde
	10.183.1300.6152	Cartão Nacional de Saúde
	10.302.1312.8529	Serviços extra-hospitalares de atenção aos portadores de transtornos mentais e decorrentes do uso de AD
	10.122.1311.6488	Apoio às escolas técnicas de saúde, escolas de saúde pública, centros formadores e centros colaboradores
	10.122.1300.7666	Investimento para humanização e ampliação do acesso a atenção à saúde
	10.571.1312.8525	Fomento a estudos e pesquisa sobre a saúde de grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravo
	10.302.1303.2821	Cooperação Técnica para qualificação da atenção à saúde das pessoas em situações de violência e outras causas externas
	10.846.1311.0847	Apoio à capacitação de formuladores de políticas em áreas específicas dos estados e municípios.
	10.128.1311.6199	Formação de profissionais técnicos de saúde

10.122.1311.6196	Serviço civil profissional em saúde
10.364.1311.8541	Formação de recursos humanos em educação profissional e de pós-graduação stricto e lato sensu.
10.122.0016.8287	Qualificação da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde
10.573.1311.6200	Promoção dos princípios da Educação Popular em Saúde
10.122.1314.2272	Gestão e Administração do Programa
10.131.1314.6804	Mobilização da sociedade para a Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde
10.131.1314.6806	Controle Social no Sistema Único de Saúde
10.422.1314.6182	Ouvidoria Nacional de Saúde
10.845.1311.0851	Apoio à formação permanente de agentes para o Controle Social
10.125.1220.8537	Sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal de Auditoria

## LEI Nº 12.401, DE 28 DE ABRIL DE 2011

Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

A **PRESIDENTA DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1** O Título II da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VIII:

### CAPÍTULO VIII

#### Da Assistência Terapêutica e da Incorporação de Tecnologia em Saúde”

“**Art. 19-M** A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em:

I dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.”

“**Art. 19-N** Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.”

“**Art. 19-O** Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

**Parágrafo Único:** Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo.”

“**Art. 19-P** Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas

as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde.”

**“Art. 19-Q** A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.”

**“Art. 19-R** A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei no 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II (VETADO);

III realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º - (VETADO).”

“**Art. 19-S** (VETADO).”

“**Art. 19-T** São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.”

“**Art. 19-U** A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite.”

**Art. 2** Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação.

**Brasília, 28 de abril de 2011; 190o da Independência e 123o da República.**

**DILMA ROUSSEFF**

*Guido Mantega*

*Alexandre Rocha Santos Padilha*

## LEI Nº 12.466, DE 24 DE AGOSTO DE 2011

Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.

A **PRESIDENTA DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1** O Capítulo III do Título II da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 14-A e 14-B:

“**Art. 14-A** As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Parágrafo Único:** A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.”

“**Art. 14-B** O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.”

**Art. 2** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.



