

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO
Secretaria Municipal de Administração

PROJETO DE:

LEI Nº. DE DE DE 2021.

“Estabelece Diretrizes para regulamentação da Política Municipal de Assistência Farmacêutica aos usuários do Sistema Público de Saúde do Município de Sant’Ana do Livramento”.

F.F, PREFEITA MUNICIPAL DE SANT’ANA DO LIVRAMENTO.

FAÇO saber, em cumprimento ao disposto no art. 102, Inciso IV, da Lei Orgânica do Município, que a Câmara Municipal aprovou e Eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

Art.1º- Fica criada a Política Municipal de Assistência Farmacêutica que visa garantir o uso racional de medicamentos aos usuários do Sistema Público de Saúde do Município de Sant’Ana do Livramento.

Parágrafo Único: A Política Municipal de Assistência Farmacêutica aos usuários do Sistema Público de Saúde, consiste num conjunto de ações envolvendo desde a aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e orientação de uso, até protocolos de atendimento e processos de avaliação, cujo objetivo principal é o aprimoramento do sistema, especialmente quanto à utilização de medicamentos, buscando potencializar a eficácia e eficiência dos tratamentos de saúde da população, por meio do uso racional de medicamentos.

Capítulo I- Das Diretrizes

Art. 2º- Em conformidade com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, bem como com a Política Nacional de Medicamentos, a Política Municipal de Assistência Farmacêutica aos usuários do Sistema Público de Saúde do Município de Sant’Ana do Livramento será pautada pelas seguintes diretrizes:

- I- Fortalecimento do Controle Social;
- II- Promoção do uso racional de medicamentos;
- III- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
- IV- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Art.3º- Visando a transparência e o fortalecimento do controle social, a Secretaria Municipal de Saúde será responsável por medir e divulgar os resultados do impacto desta Política por meio de parâmetros e indicadores que serão periodicamente monitorados, de forma que os resultados possam orientar na adoção das medidas corretivas necessárias, re-direcionamento de ações e/ou reorientação, projetos e atividades objetivando a eficiência e qualidade em sua operacionalização.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO
Secretaria Municipal de Administração

§1º- A política será avaliada periodicamente a cada 1 ano, utilizando-se dos seguintes instrumentos indicadores:

- a) Pesquisas de opinião e satisfação com os usuários do Sistema Público de Saúde;
- b) Dados estatísticos, controles e relatórios de prestação de atendimento e serviços;
- c) Reuniões com gestores, funcionários e população;
- d) Outros sistemas de avaliação utilizados em nível estadual e federal, adequados ao município e ao propósito desta lei.

§2º- O acompanhamento e a avaliação desta Política são de responsabilidade dos órgãos da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, que deverão se reunir periodicamente a cada ano com a pauta específica de avaliação deste programa.

Art. 4º- A promoção do uso racional de medicamentos prevê:

- a) Orientações específicas aos pacientes quanto ao uso de medicamentos;
- b) Acompanhamento quanto ao uso correto do medicamento;
- c) Avaliação ao final do tratamento;
- d) Informações relativas ao receituário médico;
- e) O processo educativo dos usuários acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos.

Art.5º- Deverão ser estabelecidas ações e procedimentos de modo a garantir que os medicamentos adquiridos atendam as normas do sistema nacional de vigilância sanitária quanto ao registro, certificação de boas práticas de fabricação e laudos técnicos de qualidade.

Art.6º- A Secretaria Municipal de Saúde deverá garantir o contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades de forma que se possa dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade para provimento adequado e oportuno.

Parágrafo único: Ficam encarregados os órgãos e autoridades gestoras dessa política da criação de um plano contínuo de capacitação, desenvolvimento, qualificação e aperfeiçoamento dos agentes envolvidos no programa.

Capítulo II- Da execução

Art. 7º- Com objetivo de cumprir o disposto nessa Lei, o Poder Executivo Municipal se encarregará de tomar as seguintes medidas necessárias para a implantação da política:

- I- Proporcionar estrutura física adequada ao almoxarifado e às farmácias públicas, de acordo com as normas técnicas, sanitárias e de biossegurança vigentes para armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, inclusive para que as farmácias tenham condições de realizar o fracionamento de medicamentos;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO
Secretaria Municipal de Administração

II- Prover gradativamente em todas as Unidades Básicas de Saúde, o Serviço de Farmácia, com área física compatível com a demanda atendida e com a presença de tantos farmacêuticos e técnicos de saúde da área de farmácia, sob a supervisão do **farmacêutico responsável pela Assistência Farmacêutica Municipal, que será o Coordenador de todas as modalidades da Assistência Farmacêutica do Município, compreendendo a assistência básica e os componentes estratégico e especializado e com cargo remunerado**, de forma a garantir assistência e atenção farmacêutica à comunidade, de maneira integral, visando a humanização do atendimento e propiciando melhoria da qualidade da dispensação. Cada unidade de farmácia que for criada terá o farmacêutico, obrigatoriamente, como técnico responsável perante o Conselho de Classe e em período integral que o estabelecimento estiver em funcionamento.

III- Garantir o abastecimento adequado dos medicamentos essenciais;

IV- Agilizar os processos de aquisição de medicamentos;

V- Fortalecer a Comissão de Farmácia e Terapêutica do Município garantindo sua atuação e realização de revisões periódicas da REMUNE;

VI- A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Município, além de outras atribuições que lhes são inerentes, deverá avaliar novas padronizações em conjunto com os demais profissionais da saúde, observando o custo/benefício, racionalidade e a necessidade, conforme perfil epidemiológico da região;

VII- A Comissão de Farmácia Terapêutica deverá contar com o apoio das vigilâncias sanitária e epidemiológica;

VIII- Criar mecanismos, em atendimento às situações eventuais, para compra de medicamentos não padronizados, tais como:

a. Formar uma comissão composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e assessoria jurídica para analisar as prescrições médicas de medicamentos não padronizados, com apoio da Comissão de Farmácia e Terapêutica e;

b. Elaborar formulário de requisição de medicamento não padronizado para preenchimento do médico.

IX- Garantir o atendimento de todas as receitas do SUS, de medicamentos constantes na REMUNE atualizada, desde que as prescrições estejam adequadas às normas vigentes, mediante a identificação do usuário através de cartão SUS atualizado. O Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011 determina que o acesso universal e igualitário à Assistência Farmacêutica do SUS pressupõe, cumulativamente, que o usuário seja assistido por ações e serviço de saúde públicos; tenha sido o medicamento prescrito por profissional de saúde em exercício regular de suas funções no SUS; esteja a prescrição em conformidade com a REMUNE e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e que a dispensação seja realizada em Unidades de Saúde indicadas pelo Gestor Municipal de Saúde;

X- Criar um sistema de controle de aviação de receitas internas, utilizando o cartão SUS, para propiciar melhor programação das necessidades nas farmácias da rede, identificando a procedência e garantindo a rastreabilidade da receita;

XI- Incorporar novas tecnologias aos sistemas de distribuição de medicamentos visando otimização de recursos, eficácia e segurança na sua utilização;

XII- Criação de sistemas regulatórios para integrar a atenção básica aos atendimentos hospitalares para a continuidade do tratamento;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO
Secretaria Municipal de Administração

XIII- Referenciar unidades e/ou a Farmácia Central para atendimento ambulatorial de receitas provenientes dos serviços de urgência/emergência;

XIV- Implementar ações de fármaco vigilância de forma integrada, com o envolvimento de todos os profissionais de saúde;

XV- Reservar, a Secretaria Municipal de Saúde, o direito de solicitar a qualquer momento amostras para análise qualitativa, quantitativa ou microbiológica a fim de comprovar a qualidade do produto ofertado, com o objetivo de qualificar os fornecedores. Se o medicamento apresentar suspeita de irregularidade, o fornecedor deverá arcar com os custos da análise, em laboratório Reblas (Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde), sendo que os laudos emitidos serão considerados suficientes para exigir a substituição do produto quando o resultado for desfavorável;

XVI- Criar fóruns de discussão e programas de educação aos usuários, com enfoque para:

a. Condições sanitárias: higiene, hábitos alimentares e outros hábitos saudáveis e sua relação com a qualidade de vida;

b. Importância da assistência farmacêutica;

c. Uso correto de medicamentos;

XVII- Proibir a propaganda de medicamentos e a presença dos representantes de laboratórios dentro dos serviços de saúde municipais;

XVIII- Garantir que os recursos financeiros específicos do bloco da Assistência Farmacêutica recebido do ente estadual pelo Município contemplem o componente da organização da Assistência Farmacêutica relativos a custeio de ações e serviços;

XIX- Dar preferência à compra de medicamentos produzidos por laboratórios estatais e procurar estabelecer parcerias para a aquisição financeiramente vantajosa para o município, tipo consórcios;

XX- Garantir que a fiscalização da Vigilância Sanitária nas farmácias, seja realizada de forma integrada com o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio Grande do Sul e o Conselho Municipal de Saúde, quando solicitado por alguns dos órgãos/entidades;

XXI- Disponibilizar em local visível para os usuários o horário de funcionamento das farmácias das unidades;

XXII- Disponibilizar a lista de medicamentos da Farmácia nos consultórios das Unidades de Saúde e em local visível para os usuários;

XXIII- Criar mecanismos para implementar a Atenção Farmacêutica, visando o uso racional de medicamentos, adesão ao tratamento e melhoria na qualidade de vida dos pacientes;

XXIV - Elaborar normas para o recebimento de medicamentos doados por indústrias ou distribuidoras, após avaliação da SMS/Vigilância Sanitária, ficando vedado o recebimento de amostras grátis ou medicamentos que necessitem refrigeração, dos laboratórios farmacêuticos, pelos órgãos ligados a Secretaria de Saúde do município. Não receber produtos por doação que não apresentarem garantia da qualidade de conservação, que não fizerem parte do elenco da REMUME ou que estejam com prazo de validade menores do que 06(seis) meses;

XXV - Disponibilizar no site da Prefeitura Municipal de Sant'Ana do Livramento:

a) As atas de registro de preços e contratos de fornecimento de medicamentos;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO
Secretaria Municipal de Administração

b) A relação municipal de medicamentos essenciais - REMUME e unidades referenciadas para sua dispensação.

§ 1º - As informações tratadas no inciso XXV devem estar dispostas de forma que usuários e profissionais da saúde tenham acesso, objetivando a diminuição das receitas de medicamentos não padronizados na secretaria municipal de saúde;

§ 2º - Todos os serviços de farmácia deverão contar com farmacêutico presente durante todo o horário de funcionamento, com assunção de responsabilidade técnica perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio Grande do Sul, na forma da Lei.

Art. 8º – São atribuições do Farmacêutico, além de outras previstas nas normativas vigentes:

I- Estabelecer critérios técnicos para todas as etapas da Assistência Farmacêutica como: seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, independentemente da forma de gestão dos serviços de saúde;

II- Atuar em conjunto com a equipe multiprofissional de saúde;

III- Elaborar manual da assistência farmacêutica com ampla participação dos setores envolvidos, contemplando as etapas do ciclo da assistência;

IV- Revisar anualmente o manual da assistência farmacêutica, atualizando informações e procedimentos a fim de melhorar sua qualidade, padronizando as condutas de atendimentos nos serviços de farmácia da rede municipal;

V- Apresentar relatórios semestrais ao Conselho Municipal de Saúde sobre a cobertura de abastecimento de medicamentos constantes da REMUME, com análise das possíveis faltas e providências adotadas;

VI- Garantir o direito do paciente a informações sobre seu tratamento e em especial sobre seus medicamentos, desde a prescrição até a dispensação, com especial atenção aos medicamentos que tenham sido indicados para tratamento de doenças que não constem da bula do medicamento e exigindo, como condição para dispensação, que seja emitido termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelo paciente e o prescritor;

VII- Desenvolver instrumentos de orientação para dispensação de medicamentos a pessoas com necessidades especiais, incluindo idosos, analfabetos, deficientes físicos e outros;

VIII- Gerenciar o estoque de medicamentos e outros produtos armazenados nas farmácias das unidades básicas e no almoxarifado da farmácia central;

IX- Estabelecer cotas de medicamentos e soluções para atender a demanda mensal, em conjunto com os técnicos de saúde da área de farmácia;

X- Estabelecer prazos para a revisão das cotas das unidades a fim de garantir o bom gerenciamento dos estoques;

XI- Orientar os técnicos de saúde da área de farmácia sobre a dispensação de medicamentos para a rede básica, incluindo orientações sobre prescrições, diluição, validade, qualidade dos medicamentos e apresentação;

XII- Estabelecer rigoroso controle sobre prazos de validade dos medicamentos e fluxo para itens com validade curta;

XIII- Providenciar remanejamento para outras unidades dos medicamentos que não serão consumidos no local, com pelo menos 6(seis) meses antes do término do prazo de validade;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO
Secretaria Municipal de Administração



XIV- Orientar pacientes que necessitam de medicamentos não disponíveis na rede básica a procurarem o Programa Farmácia Popular, quando os produtos estiverem disponíveis no referido programa;

XV - Criar o consultório clínico farmacêutico nas Unidades que possuírem farmácia e/ou disponibilizar um ou mais profissionais farmacêuticos para atendimento da demanda nas unidades de saúde. O farmacêutico está vinculado a procedimentos remunerados pelo Sistema Único de Saúde, por meio da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM).

Art. 9º – O poder executivo do município regulamentará, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação da presente Lei, o que for necessário para a execução das ações desta Política.

Art. 10º - As despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias previstas em lei.

Art. 11º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Sant'Ana do Livramento, de de 2021.

Prefeita Municipal

Registre-se e Publique-se:

Secretário Municipal de Administração



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO
Secretaria Municipal de Administração

JUSTIFICATIVA

Estamos encaminhando, para apreciação desse Egrégio Legislativo Municipal, o projeto de lei que: ***“Estabelece Diretrizes para regulamentação da Política Municipal de Assistência Farmacêutica aos usuários do Sistema Público de Saúde do Município de Sant’Ana do Livramento”***.

A Lei Federal nº 8.080, de setembro de 1990 e a Lei Federal nº 8.142, de dezembro de 1990, regulamenta as determinações da Constituição Federal e consagram os princípios da descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão.

O artigo 6º da Lei Federal nº 8.080/90 assegura o provimento da Assistência Terapêutica Integral, incluindo a Assistência Farmacêutica como uma das ações a serem executadas e, também, a formulação de uma Política de Medicamentos, Equipamentos e Imunobiológicos.

A Política Nacional de Medicamentos publicada em 1998 e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica de 2004 apontaram como diretriz fundamental a reorientação da Assistência Farmacêutica. Essa reorientação compreendia a descentralização das ações de Assistência Farmacêutica para Estados e Municípios, bem como que estas ações são bem mais do que a simples aquisição e distribuição de medicamentos.

Segundo a Política Nacional de Medicamentos, a Assistência Farmacêutica é conceituada como: “grupo de atividades relacionadas com o medicamento destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”. (MS, 1998).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica propõe a incorporação de processo de avaliação e gestão, a orientação da tomada de decisão baseada em evidência e fortalecimento dos processos de descentralização de gestão de forma estruturada e organizada, potencializando a capacidade gerencial em nível dos Estados e Municípios.

Em 2006 com a publicação da Portaria GM/MS nº 399 que divulga o pacto pela vida e da publicação da Portaria GM/MS nº 699, que regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão no termo de compromisso de gestão é que se estabelece que todas as esferas de gestão do SUS responsáveis por 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 pactuação estabelecida.

A Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007, prevê financiamento para a estruturação dos serviços e a organização de ações da Assistência Farmacêutica e a Portaria GM/MS Nº 2.982 DE 26 DE NOVEMBRO DE 2.009, aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, a Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2.013, dispõe sobre as normas de financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), valores alterados pela Portaria GM/MS nº 2.001, de 03 de agosto de 2017, consolidada pela Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, 28 de setembro de 2017 e atualizados pela portaria nº 3.193 de 19 de dezembro de 2019.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO
Secretaria Municipal de Administração



Conceitualmente, a Assistência Farmacêutica é definida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto de ações envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

As ações de Assistência Farmacêutica envolvem também as ações referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades e compromissos na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o paciente visando à melhoria da qualidade de vida e melhor compreensão da sua doença ou condição, da proposta terapêutica, do uso correto, seguro e racional dos medicamentos e da importância do seguimento adequado do seu plano de cuidado.

Neste debate é de fundamental importância compreender que a Assistência Farmacêutica deve estar associada à atenção integral dos usuários do SUS, e ser entendida como parte integrante do processo de produção do cuidado com foco nas necessidades de saúde das pessoas e não apenas restrita à entrega do produto medicamento.

E, é exatamente com esta compreensão que se propõe a Política Municipal de Assistência Farmacêutica de Sant'Ana do Livramento. Além de atentar para o perfil epidemiológico do nosso município, no qual, assim como no restante do país, as tendências demográficas mostram um envelhecimento da população.

Nas últimas décadas podemos observar ainda modificações nos padrões de morbimortalidade, com um aumento relativo das mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis e as causas externas

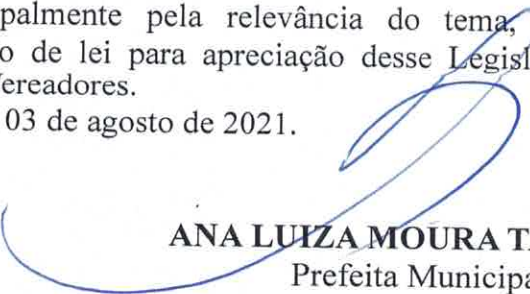
A transição demográfica e epidemiológica resultante do envelhecimento e do aumento da expectativa de vida, com o consequente aumento das doenças crônicas, e a busca da integralidade da assistência passa pelo desafio da gestão municipal em avançar na estruturação da assistência farmacêutica como área estratégica.

Por fim, a elaboração desta proposta tem fundamentação teórica encontrada em documentos relacionados ao tema, na necessidade de ações de adequação da assistência farmacêutica às necessidades da população.

O Programa aponta os rumos estratégicos de atuação, em linhas gerais, visando reforçar a ação governamental eficiente.

Pelo exposto e, principalmente pela relevância do tema, é que estamos encaminhando o presente projeto de lei para apreciação desse Legislativo, esperando aprovação por parte dos ilustres Vereadores.

Sant'Ana do Livramento, 03 de agosto de 2021.


ANA LUIZA MOURA TAROUCO
Prefeita Municipal



LEI ORGÂNICA MUNICIPAL

TÍTULO I
Da Organização Municipal
CAPÍTULO I

Art. 1º - Todo poder emana do povo que o exerce através de representantes eleitos ou diretamente, nos termos das Constituições Federal, Estadual e desta Lei Orgânica.

Art. 2º - Constituem objetivos fundamentais do Município, contribuir para:

- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II - promover o bem comum de todos os munícipes;
- III - contribuir para erradicar a miséria e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais.

Art. 3º - Os direitos e deveres individuais e coletivos consignados na Constituição Federal integram esta Lei Orgânica e devem ser afixados em todas as repartições públicas do Município, nas Escolas, nos Hospitais e nos locais de recreação em local de acesso públicos, para que possam, permanentemente tomar ciência, exigir o cumprimento por parte das autoridades e cumprir sua parte, o que cabe a cada habitante deste município.

Art. 4º - O Município de Sant'Ana do Livramento, pessoa jurídica de direito público interno, parte integrante da República Federativa do Brasil e do Estado do Rio Grande do Sul, no pleno uso de sua autonomia política, administrativa e financeira e em atendendo ao seu peculiar interesse, reger-se-á por esta Lei Orgânica e demais leis que adotar, respeitando os princípios nas Constituições Federal e Estadual.

Art. 5º - São poderes do Município, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo e o Executivo.

§ 1º - É vedada a delegação de atribuições entre os poderes, salvo as exceções previstas nesta Lei Orgânica.

§ 2º - Quem for investido na função de um deles não poderá exercer a de outro.

Art. 6º - É mantido o atual território do Município, cujos limites só podem ser alterados desde que preservada a continuidade e a unidade histórica-cultural do ambiente urbano, nos termos da legislação estadual.

§ 1º - O território do Município fica dividido em distritos, em números de sete, cujo limites deverão ser definidos em lei.

§ 2º - A cidade de Sant'Ana do Livramento, localizada no 1º Distrito, é a sede do Município.

§ 3º - Fica criada a função de subprefeito, em número de sete, sendo um para cada Distrito.

Art. 98 - O Prefeito e o Vice-Prefeito serão eleitos para mandato de quatro anos, devendo a eleição realizar-se até noventa dias antes do término do mandato daqueles a quem devem suceder.

Art. 99 - O Prefeito e o Vice-Prefeito tomarão posse na Sessão Solene de instalação da Câmara Municipal, após a posse dos Vereadores, prestarão o compromisso de manter e defender e cumprir a Constituição, observar as leis e administrar o Município, visando ao bem geral dos munícipes.

Parágrafo único - Se o Prefeito e o Vice-Prefeito não tomarem posse decorridos dez dias da data fixada, salvo motivo de força maior, o cargo será declarado vago.

Alterado:

Art. 100 - O Vice-Prefeito substituirá o Prefeito em seus impedimentos e ausências e suceder-lhe-á no caso de vago.

Alteração: (Caput alterado da Lei Orgânica pela Emenda 07 - em 14/02/95)

Art. 100 - O Vice-Prefeito substituirá o Prefeito em seus impedimentos e ausências, superiores a cinco dias úteis, e suceder-lhe-á no caso de vago.

§ 1º - O Vice-Prefeito, além de outras funções específicas que lhe forem conferidas por lei, auxiliará o Prefeito sempre que por ele for convocado.

§ 2º - Em caso de impedimento do Prefeito e do Vice-Prefeito ou vacância dos respectivos cargos, serão sucessivamente chamados ao exercício da chefia do Executivo Municipal o Presidente, Vice-Presidente e o 1º Secretário da Câmara Municipal.

Art. 101 - Vagando os cargos de Prefeito e Vice-Prefeito, far-se-á a eleição noventa dias depois de aberta a última vaga.

Parágrafo único - Ocorrendo vacância após cumpridos três quartos do mandato do Prefeito, a eleição para ambos os cargos será feita, trinta dias depois da última vaga, pela Câmara Municipal.

[Retornar ao Sumário](#)

SEÇÃO II

Da Competência do Prefeito

Art. 102 - Compete privativamente ao Prefeito:

I - representar o Município em juízo e fora dele;

II - nomear, exonerar os Secretários Municipais, os Diretores de Autarquias e Departamentos, além de titulares de instituições de que participe o Município, na forma da lei;

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. 1º - 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. 2º - 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 reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos 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. 3º - 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. 4º - 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 a saúde.

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

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º - Dos 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 artigo 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. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

I - a execução de ações:

- 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 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 - 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 a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente 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 apresentem riscos à saúde do trabalhador;



IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam á saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente 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 o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º 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 artigo 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 um 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 sua utilização pelo usuário;

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



- III - iniciar o processo legislativo na forma e nos casos previstos nesta Lei;
- IV - sancionar, promulgar e fazer publicar as leis, bem como expedir decretos e regulamentos para a sua fiel execução;
- V - dispor sobre a organização e o funcionamento da administração municipal, na forma da lei;
- VI - vetar Projetos de Lei, total ou parcialmente;
- VII - declarar a utilidade ou necessidade Pública ou o interesse social, de bens para fins de desapropriação ou serviços administrativos;
- VIII - expedir atos próprios de sua atividade administrativa;
- IX - contratar prestação de serviços e obras observado o processo licitatório;
- X - planejar e promover a execução dos serviços públicos municipais;
- XI - prover cargos públicos e expedir os demais atos referentes a situação funcional dos servidores;
- Alterado: XII - enviar ao Poder Legislativo o Plano Plurianual, o Projeto de Lei de Diretrizes orçamentárias e as propostas do orçamento previstos nesta lei;**
- Alteração: (Item alterado da Lei Orgânica pela Emenda N_02 - em 06/11/91)**
- XII - disciplinar o uso, obedecidas as normas urbanísticas aplicáveis, das vias públicas e logradouros públicos;**
- XIII - prestar anualmente, ao Poder Legislativo, dentro de sessenta dias, após a abertura do ano legislativo, as contas referentes ao exercício anterior e remete-las, em igual prazo ao Tribunal de Contas do Estado;
- XIV - prestar à Câmara Municipal, dentro de dez dias as informações solicitadas, sobre fatos relacionados ao Poder Executivo e sobre matéria legislativa em tramitação na Câmara ou sujeita a fiscalização do Poder Legislativo;
- XV - colocar a disposição da Câmara Municipal, dentro de quinze dias de sua requisição, as quantias que devem ser despendidas de uma só vez e até o dia 10 de cada mês, a parcela correspondente ao duodécimo de sua dotação orçamentária;
- XVI - resolver os requerimentos, reclamações ou representações que lhe forem em matéria de competência do Executivo Municipal;
- XVII - oficializar, obedecidas as normas urbanísticas aplicáveis, as vias e logradouros públicos;



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. 1º. 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. 2º. 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. 3º. 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. 4º. 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. 5º. É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

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

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

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

FERNANDO COLLOR



Alceni Guerra

DECRETO Nº 1.232, DE 30 DE AGOSTO DE 1994 - Regulamenta o repasse fundo a fundo.

Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.

O PRESIDENTE 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, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **DECRETA:**

Art. 1º. Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão a estes transferidos, obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional, independentemente de convênio ou instrumento congênere e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e exigências contidas neste decreto.

§ 1º. Enquanto não forem estabelecidas, com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstas no art. 35 da Lei nº 8.080, de 1990, as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, a distribuição dos recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas as exigências deste decreto.

§ 2º. Fica estabelecido o prazo de 180 dias, a partir da data de publicação deste decreto, para que o Ministério da Saúde defina as características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais referidas no parágrafo anterior.

Art. 2º. A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

§ 1º. Os planos municipais de saúde serão consolidados na esfera regional e estadual e a transferência de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde dos Municípios fica condicionada à indicação, pelas Comissões



Bipartites da relação de Municípios que, além de cumprirem as exigências legais, participam dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados naquelas comissões, assim como à compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos.

§ 2º. O plano de saúde discriminará o percentual destinado pelo Estado e pelo Município, nos respectivos orçamentos, para financiamento de suas atividades e programas.

§ 3º. O Ministério da Saúde definirá os critérios e as condições mínimas exigidas para aprovação dos planos de saúde do município.

Art. 3º. Os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União.

Art. 4º. 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 da saúde.

Art. 5º. O Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde.

Art. 6º. A descentralização dos serviços de saúde para os Municípios e a regionalização da rede de serviços assistenciais serão promovidas e concretizadas com a cooperação técnica da União, tendo em vista o direito de acesso da população aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e à igualdade do atendimento.

Art. 7º. A cooperação técnica da União com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, previstas no art. 16, inciso XIII, da Lei Orgânica da Saúde, e no art. 30, inciso VII, da Constituição Federal, será exercida com base na função coordenadora da direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista a realização das metas do Sistema e a redução das desigualdades sociais e regionais.

Art. 8º. A União, por intermédio da direção nacional do SUS, incentivará os Estados, o Distrito Federal e os Municípios a adotarem política de recursos humanos caracterizada pelos elementos essenciais de motivação do pessoal da área da saúde, de sua valorização profissional e de remuneração adequada.

Art. 9º. A União, por intermédio da direção nacional do SUS, sem prejuízo da atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, exercerá o controle finalístico global do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando-se, nesse sentido, dos instrumentos de coordenação



de atividades e de avaliação de resultados, em âmbito nacional, previstos na Lei Orgânica da Saúde e explicitados neste decreto.

Art. 10. O atendimento de qualquer natureza na área do Sistema Único de Saúde (SUS), quando prestado a paciente que seja beneficiário de plano de saúde, deverá ser ressarcido pela entidade mantenedora do respectivo plano.

Art. 11. O Ministério da Saúde, por intermédio de seus órgãos competentes, adotará as medidas administrativas destinadas à operacionalização do disposto neste decreto.

Art. 12. Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de agosto de 1994; 173º da Independência e 106º da República.

ITAMAR FRANCO

Henrique Santillo

DECRETO Nº 1.651, DE 28 DE SETEMBRO DE 1995 - Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição. com fundamento nos artigos 15, inciso I, 16, inciso XIX e 33, § 4º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no artigo 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993,

DECRETA:

Art. 1º. O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Art. 2º. O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.



Parágrafo único. Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

Art. 3º. Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA. nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

I - à análise:

- a) do contexto normativo referente ao SUS;
- b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;
- c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;
- d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;
- e) de indicadores de morbimortalidade;
- f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;
- g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação;
- h) do desempenho da rede de serviços de saúde;
- i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;
- j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas; e
- l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;

II - à verificação:

- a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais; e
- b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;

III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação, ao Ministério Público, se verificada a prática de crime, e o chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde.

Art. 4º. O SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS.

§ 1º. O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria - DCAA, criado pelo § 4º do art. 6º da Lei nº 8.689, de 1993, é o órgão de atuação do SNA, no plano federal.

§ 2º. Designada pelo Ministro de Estado da Saúde, para funcionar junto ao DCAA, integra, ainda, o SNA uma Comissão Corregedora Tripartite, representativa do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da direção nacional do SUS, que indicarão, cada qual, três membros para compô-la.

§ 3º. A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal

e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

Art. 5º. Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

I - no plano federal

- a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994;
- b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional em conformidade com a política nacional de saúde;
- c) os serviços de saúde sob sua gestão;
- d) os sistemas estaduais de saúde; e
- e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;

II - no plano estadual

- a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios. de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;
- b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;
- c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;
- d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde; e
- e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;

III - no plano municipal:

- a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;
- b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados; e
- c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

§ 1º. À Comissão Corregedora Tripartite caberá:

I - velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;

II - identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;

III - resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;

IV - requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades, que julgue procedentes; e

V - aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em Estados ou Municípios, quando o órgão a cargo do qual estiverem afetas mostrar-se omissa ou sem condições de executá-las.



§ 2º. Os membros do Conselho Nacional de Saúde poderão ter acesso aos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Corregedora Tripartite, sem participação de caráter deliberativo.

Art. 6º. A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á:

I - para o Ministério da Saúde, mediante:

a) prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congênere, celebrados para a execução de programas e projetos específicos; e

b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde;

II - para o Tribunal de Contas, a que estiver jurisdicionado o órgão executor, no caso da alínea b do inciso anterior, ou se destinados a pagamento contra a apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de legislação estruturante do SUS, remunerados de acordo com os valores de procedimentos fixados em tabela aprovada pela respectiva direção do SUS, de acordo com as normas estabelecidas.

§ 1º. O relatório de gestão de que trata a alínea b do inciso I deste artigo será também encaminhado pelos Municípios ao respectivo Estado.

§ 2º. O relatório de gestão do Ministério da Saúde será submetido ao Conselho Nacional de Saúde, acompanhado dos relatórios previstos na alínea b do inciso I deste artigo.

§ 3º. O relatório de gestão compõe-se dos seguintes elementos:

I - programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;

II - comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8 142, de 1990;

III - demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS; e

IV - documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

Art. 7º. Os órgãos do SNA exercerão atividades de controle, avaliação e auditoria nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, com as quais a respectiva direção do SUS tiver celebrado contrato ou convênio para realização de serviços de assistência à saúde.

Art. 8º. É vedado aos dirigentes e servidores dos órgãos que compõem o SNA e os membros das Comissões Corregedoras serem proprietários, dirigente, acionista ou sócio quotista de entidades que prestem serviços de saúde no âmbito do SUS.

Art. 9º. A direção do SUS em cada nível de governo apresentará trimestralmente o Conselho de Saúde correspondente e em audiência



pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembléias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Art. 10. Em caso de qualquer irregularidade, assegurado o direito de defesa, o órgão competente do SNA encaminhará, segundo a forma de transferência do recurso prevista no art. 6º, relatório ao respectivo Conselho de Saúde e ao DCAA, sem prejuízo de outras providências previstas nas normas do Estado ou Município.

Art. 11. Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Art.12. Os Conselhos de Saúde, por maioria de seus membros, poderão, motivadamente, recomendar, à descrição dos órgãos integrantes do SNA e da Comissão Corregedora Tripartite, a realização de auditorias e avaliações especiais.

Art. 13. O DCAA integrará a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 14. Fica o Ministro de Estado da Saúde autorizado a expedir normas complementares a este Decreto.

Art. 15. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Revoga-se o Decreto nº 1.105, de 6 de abril de 1994.

Brasília, 28 de setembro de 1995; 174º da Independência e 107º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Adib Jatene



EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2000

Altera os artigos 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. 1º. 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."

Art. 2º. 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."

Art. 3º. O parágrafo 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:"

"I - ser progressivo em razão do valor do imóvel; e"

"II - ter alíquotas diferentes de acordo com localização e o uso do imóvel."

"....."

Art. 4º. O parágrafo único do art. 160 passa 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:

I - ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;

II - ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º e incisos II e III "



Art. 5º. 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 artigos 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 artigos 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;"

""

Art. 6º. O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes parágrafos:

"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."

" 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 art. 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 artigos 158 e 159, inciso 1, 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."

Art. 7º. O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77: "Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:"

" I - no caso da União:

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;"



b) no ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;"

" II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento da arrecadação de impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea , a, e inciso II deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios; e "

" 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 artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º."

" **§ 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."

" **§ 2º** . Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo serão a aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei."

" **§ 3º** . Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados à 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."

" **§ 4º** . Na ausência de 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."

Art. 8º. Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.



Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 Pacto pela Saúde

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,

R E S O L V E:



Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, alteram várias dimensões do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, necessitando de normatizações específicas para sua regulamentação;

Considerando que a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal são os documentos de formalização do Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão;

Considerando que a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal é a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal substituem o atual processo de habilitação,

RESOLVE:

Art. 1º Regulamentar a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas.

Art. 2º Estabelecer que as responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor, as metas e objetivos do Pacto pela Vida, que definem as prioridades dos três gestores para o ano em curso e os indicadores de monitoramento, que integram os diversos processos de pactuação de indicadores existentes serão afirmadas publicamente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo I), Estadual (Anexo II), do Distrito Federal (Anexo III), e Federal (Anexo IV).

§ 1º A unificação total dos processos de pactuação de indicadores existentes dar-se-á no ano de 2007. Para o ano de 2006 continuam em separado o Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde /PPI-VS, com a pactuação no Termo de Compromisso de Gestão das metas do Pacto pela Vida e de alguns indicadores para orientar o monitoramento global dos pactos.

§ 2º Nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal e Estadual podem ser acrescentadas outras metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação.

§ 3º As metas nacionais servem de referência para a pactuação das metas municipais, estaduais e do DF, no que se refere às prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida.

§ 4º Deverá constar no verso dos documentos dos Termos de Compromisso de Gestão um glossário para facilitar sua compreensão.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão terá os seguintes Anexos, que ficam instituídos conforme respectivos modelos:

- I - Extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, quando couber – Anexo V;
- II - A Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal – Anexo VI;
- III - O Termo do Limite Financeiro Global do Município e do Estado e do DF – Anexo VII; e
- IV - Relatório dos Indicadores de Monitoramento, a ser implantado a partir de 2007.

Art. 3º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos, cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, Conass e Conasems em portaria específica, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra.

§ 1º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos deve conter as metas e um plano operativo de acordo.

§ 2º As unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção.

§ 3º A transferência de recursos, objeto do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, deverá seguir a seguinte conformidade pactuação.

[enviar e-mail](#)[imprimir](#)

PORTARIA Nº 3.439, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2010

Altera os arts. 3º, 15, 16 e 63 e os Anexos I, II, III, IV e V à Portaria Nº 2.981/GM/MS, de 26 de novembro de 2009, republicada em 1º de dezembro de 2009.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a necessidade de aprimorar os instrumentos e estratégias que asseguram e ampliam o acesso da população aos serviços de saúde, incluído o acesso aos medicamentos em estreita relação com os princípios da Constituição e da organização do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria Nº 2.981/GM/MS, de 26 de novembro de 2009, que regulamenta e aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica;

Considerando que, de acordo com o art. 18 da Portaria Nº 2.981/GM/MS, de 26 de novembro de 2009, e os seus parágrafos 1º e 2º, a incorporação, a exclusão ou a substituição de medicamentos ou a ampliação de cobertura para medicamentos já padronizados no âmbito desse Componente, ocorrerá mediante os critérios estabelecidos pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC/MS, conforme o ato normativo específico e pactuação na CIT;

Considerando que, de acordo com o art. 19 da Portaria Nº 2.981/GM/MS, de 26 de novembro de 2009, a incorporação efetiva de um medicamento nos Grupos 1, 2 e 3 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ocorrerá somente após a publicação na versão final do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas específico, pelo Ministério da Saúde, observadas as pactuações na CIT;

Considerando a Portaria Nº 3.128/GM/MS, de 14 de outubro de 2010, que centraliza a aquisição do medicamento Clozapina;

Considerando as Portarias Nº 719/SAS/GM de 28 de dezembro de 2007 e Nº 508/SAS/MS de 28 de setembro de 2010, que incluem no Sistema de Informações Ambulatorial e Hospitalar (SIA/SUS e SIH/SUS) os campos Raça/Cor e Etnia, respectivamente;

Considerando a publicação em versão final de novos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

Considerando a pactuação na reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 16 de setembro de 2010; e



Considerando a necessidade de efetuar adequações sistemáticas da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses e Próteses e Materiais Especiais - OPM, do SUS, resolve:

Art. 1º Alterar os arts. 3º, 15, 16 e 63 da Portaria Nº 2.981/GM/MS, de 26 de novembro de 2009, que passam a vigorar com a seguinte redação, respectivamente:

"Art. 3º Incluir no Grupo 06 - Medicamentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais o Subgrupo 04 - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de acordo com as formas de organizações descritas no Anexo IV e manter o Subgrupo 01 - Medicamentos de Dispensação Excepcional com os medicamentos excluídos por esta Portaria, conforme o prazo estabelecido no art. 21 desta Portaria."

"Art. 15. Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 sob a responsabilidade da União, dos Estados e do Distrito Federal compõem o Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, na forma e redação estabelecidas no Anexo IV a esta Portaria."

"Art. 16. As formas de organização dos procedimentos do Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde foram redefinidas segundo os critérios de classificação da Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) da Organização Mundial da Saúde."

"Art. 63. Trimestralmente, o Ministério da Saúde publicará Portaria com os valores a serem transferidos mensalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, apurados com base na média das Autorizações de Procedimento de Alto Custo - APAC, emitidas e aprovadas conforme critérios e valores de referência indicados para o Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde."

Art. 2º Alterar e Atualizar os anexos I, II, III e V à Portaria Nº 2.981/GM/MS, de 26 de novembro de 2009, que passam a vigorar com a redação descrita nos anexos I, II, III e V desta Portaria.

Art. 3º Atualizar os atributos para procedimentos padronizados e incorporar novos procedimentos no Grupo 06 - Medicamentos Subgrupo 04 - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais - OPM, do SUS, conforme o Anexo IV a esta Portaria, de acordo com as definições dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Alfaepoetina, Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Reposição de Ferro, Anemia Aplástica Adquirida, Anemia Aplástica, Mielodisplasia e Neutropenias Constitucionais - Uso de Fatores Estimulantes de Crescimento de Colônias de Neutrófilos, Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha, Dermatomiosite e Polimiosite, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Epilepsia, Esclerose Multipla, Espasticidade, Espondilose, Hipoparatiroidismo, Insuficiência Adrenal Primária - Doença de Addison, Miastenia Gravis, Osteodistrofia Renal, Raquitismo e Osteomalácia e Uveítes Posteriores não Infecciosas.

Parágrafo único. A Tabela completa dos procedimentos com as adequações realizadas estará disponível no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP, no sítio <http://sigtap.datasus.gov.br> a partir da vigência desta Portaria.

Art. 4º Estabelecer que caberá ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC/SAS/MS, por meio da Coordenação Geral de Sistemas de Informação



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 8º Andar
CEP: 70.058-900 - Brasília - DF



Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013

Perguntas e respostas mais frequentes

Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, publicada no DOU de 31 de julho de 2013, está estruturada em cinco capítulos, a saber:

Capítulo I – Das disposições gerais
Capítulo II – Do financiamento
Capítulo III – Das responsabilidades executivas
Capítulo IV – Do controle e monitoramento
Capítulo V – Das disposições finais

Veja abaixo as dúvidas e algumas orientações básicas após a publicação da portaria:

Capítulo II – Do financiamento

1- O que é possível ser financiado com o recurso do Componente Básico?

A Portaria nº 533, de 28 de março de 2012, estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme o Art 1º fica estabelecido o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com o Art. 3º da Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, é possível o financiamento dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos **Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS.**

Fique de Olho:

A partir da publicação da Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, vigora como elenco atual a RENAME publicada na Portaria nº 533, de 28 de março de 2012.

2- Como utilizar o recurso tripartite?

A- Valores financeiros:

Conforme o Art. 3º, o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, Estados, do Distrito Federal e dos

Municípios, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

- I- União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano;
- II- Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano;
- III- Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano.

A alteração ocorrida aos valores dos Estados, DF e Municípios (acréscimo de R\$ 0,50 por habitante/ano) refere-se à inclusão do recurso destinado à aquisição dos insumos para insulino dependentes (conforme Art. 8º da Portaria nº 4.217/2010) nos valores financeiros estaduais, do DF e municipais de suas contra- partidas.

“Art. 8º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pelo financiamento dos insumos complementares tiras reagentes, lancetas e seringas com agulha acoplada, definidos pela Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, destinados aos usuários insulino dependentes, cujo valor a ser aplicado por cada uma dessas esferas de gestão é de R\$ 0,50 por habitante/ano.” (PT 4217/2010)

B- Aquisição:

- Aquisição de medicamentos constantes no Anexo I:

A aquisição dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Anexo I da RENAME) se dará pela utilização dos **valores financeiros repassados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios;**

- Aquisição de insumos para usuários insulino dependentes (conforme Portaria nº 2583/GM/MS, de 10 de outubro de 207):

A aquisição dos insumos para usuários insulino dependentes se dará pela utilização dos **valores financeiros repassados pelos Estados e Municípios de acordo com a pactuação CIB que deverá descrever as responsabilidades, financeiras, executivas e de controle e monitoramento de cada ente quanto a estes insumos.**

Fique de Olho:

Apesar de estar todo o recurso em conta única, os insumos para insulino dependentes deverão ser adquiridos com a contrapartida dos valores dos Estados e Municípios. Os demais insumos referentes ao CBAF presentes no Anexo IV poderão ser adquiridos com a contrapartida dos três entes federados.

- Aquisição de insumos constantes no Anexo IV:

A aquisição dos insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (presentes no Anexo IV da RENAME) se dará pela utilização dos **valores financeiros repassados da União, Estados, Distrito Federal e Municípios**, ressaltando que os mesmos devem ser de uso na atenção básica.

Fique de Olho:

De acordo com o §1º do Art. 3º da Portaria, o Distrito Federal aplicará, no mínimo, o somatório dos valores definidos pelos Estados (R\$ 2,36) e Municípios (R\$ 2,36) para



ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

**[Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual.
até 28.09.2017]**

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

*Consolidação das normas sobre o
financiamento e a transferência dos
recursos federais para as ações e os
serviços de saúde do Sistema Único de
Saúde.*

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

Art. 1º O financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde dar-se-ão na forma de blocos de financiamento com o respectivo monitoramento e controle. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 1º)

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (Origem: PRT MS/GM 204/2007, CAPÍTULO I)

Art. 2º O financiamento das ações e serviços públicos de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal, na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

Art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

§ 1º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento serão transferidos, fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única para cada Bloco, mantidas em instituições financeiras oficiais federais e movimentadas conforme disposto no Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

§ 2º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo ser observados: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 10/12/2019 | Edição: 238 | Seção: 1 | Página: 112

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro



PORTARIA Nº 3.193, DE 9 DE DEZEMBRO DE 2019

Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, SUBSTITUTO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 537.

I - União: os valores a serem repassados para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS serão definidos com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), conforme classificação dos municípios nos seguintes grupos:

- a) IDHM muito baixo: R\$ 6,05 (seis reais e cinco centavos) por habitante/ano;
- b) IDHM baixo: R\$ 6,00 (seis reais) por habitante/ano;
- c) IDHM médio: R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) por habitante/ano;
- d) IDHM alto: R\$ 5,90 (cinco reais e noventa centavos) por habitante/ano; e
- e) IDHM muito alto: R\$ 5,85 (cinco reais e oitenta e cinco centavos) por habitante/ano; e

.....
.....

§ 2º Para fins de alocação dos recursos federais, estaduais e municipais utilizar-se-á a população estimada nos referidos entes federativos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 1º de julho de 2019, enviada ao Tribunal de Contas da União.

.....
.....

§ 4º Para evitar a redução no custeio deste Componente, os Municípios que teriam diminuição na alocação dos recursos nos termos do IBGE 2019 terão os recursos federais, estaduais e municipais alocados de acordo com a população estimada de maior quantitativo populacional, nos termos do IBGE 2016, 2011 ou 2009.

.....
....." (NR)

Art. 3º Fica revogado o § 3º do art. 537 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOÃO GABBARDO DOS REIS



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

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. 1º 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. 2º 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. 3º 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. 4º 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. 5º 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. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º 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. 8º 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. 9º 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 Medicamentos Essenciais - RENAME

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.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

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

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro



PORTARIA Nº 2.982 DE 26 DE NOVEMBRO DE 2009(*)

Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto na Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Resolução nº 338, do Conselho Nacional de Saúde, de 6 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos;

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que 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;

Considerando a Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006, que dispõe sobre o fornecimento de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e o monitoramento da glicemia capilar;

Considerando a Portaria nº 2.583/GM, de 10 de outubro de 2007, que define o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus;

Considerando a Portaria nº 2.012/GM, de 24 de setembro de 2008, que aprova a 6ª Edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2008;

Considerando a Portaria nº 3.176/GM, de 24 de dezembro de 2008, que aprova orientações acerca da elaboração da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão;

Considerando o Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, que aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;

Considerando a Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS;

Considerando a Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008, que aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;

Considerando a importância dos medicamentos para garantia das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, acompanhadas no âmbito da Atenção Básica; e

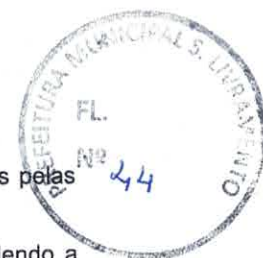
Considerando a pactuação na reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 24 de setembro de 2009, resolve:

Art. 1º Regular e aprovar as normas de financiamento e de execução do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, e definir o Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, conforme os anexos I, II, III e IV a esta Portaria.

§ 1º O financiamento desse Componente destina-se à aquisição dos medicamentos e insumos complementares, descritos nos Anexos I, II e III a esta Portaria, e para estruturação e qualificação das ações da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, conforme o art. 4º desta Portaria.

§ 2º Os medicamentos e insumos para o Combate ao Tabagismo e para a Alimentação e Nutrição integram o Componente Estratégico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

Art. 2º O financiamento dos medicamentos descritos nos Anexos I, II e III é de responsabilidade das três esferas de gestão, devendo ser aplicados os seguintes valores mínimos:



- I - União: R\$ 5,10 por habitante/ano;
- II - Estados e Distrito Federal: R\$ 1,86 por habitante/ano; e
- III - Municípios: R\$ 1,86 por habitante/ano.

§ 1º Os valores das contrapartidas estaduais e municipais definidos nesta Portaria podem ser majorados pelas pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) de cada unidade federativa.

§ 2º Os recursos financeiros do Ministério da Saúde são transferidos em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos).

§ 3º As Secretarias Estaduais de Saúde que pactuarem pela transferência fundo a fundo com as Secretarias Municipais de Saúde deverão definir na CIB a periodicidade e os valores das parcelas do recurso estadual.

Art. 3º O Elenco de Referência Nacional, composto por medicamentos integrantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente, de que trata o Anexo I, e por medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, de que trata o Anexo II, destina-se a atender aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica.

§ 1º Ficam as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde responsáveis pela pactuação nas CIB, do Elenco de Referência Estadual, de acordo com a necessidade local/regional, com base nos medicamentos relacionados nos anexos I, II e III, tendo seu financiamento assegurado com os recursos definidos nesta Portaria.

§ 2º Sem prejuízo da garantia da dispensação dos medicamentos para atendimento dos agravos característicos da Atenção Básica, considerando o perfil epidemiológico local/regional, não é obrigatória a disponibilização de todos os medicamentos relacionados nos Anexos I, II e III pelos Municípios e pelo Distrito Federal.

§ 3º Desde que contemplados na RENAME vigente, os Municípios poderão definir outros medicamentos além daqueles previstos no Elenco de Referência Nacional e Estadual e poderão ser custeados com recursos previstos no art. 2º desta Portaria.

§ 4º Não poderão ser custeados com recursos previstos no art. 2º desta Portaria medicamentos não-constantes da RENAME vigente e dos anexos II e III.

Art. 4º Os medicamentos relacionados no anexo III devem ser assegurados para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de acordo com a necessidade local/regional.

Art. 5º As Secretarias Municipais de Saúde, anualmente, poderão utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros estaduais, municipais e do Distrito Federal, definidos no art. 2º desta Portaria, para atividades destinadas a adequação de espaço físico das Farmácias do SUS relacionadas à Atenção Básica, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica, e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade.

§ 1º As Secretarias Estaduais de Saúde poderão participar dos processos de aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos, conforme pactuação nas CIB.

§ 2º Essas atividades e os recursos financeiros aplicados deverão constar dos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão).

Art. 6º O Ministério da Saúde financiará, com recursos distintos aos valores indicados no art. 2º, a aquisição e a distribuição às Secretarias de Saúde dos Estados dos medicamentos Insulina Humana NPH 100 UI/mL e Insulina Humana Regular 100 UI/mL, constantes do Anexo IV a esta Portaria.

Parágrafo único. Os quantitativos desses medicamentos são adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde conforme a programação anual encaminhada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, cabendo aos gestores estaduais sua distribuição aos Municípios.

Art. 7º O Ministério da Saúde financiará ainda, com recursos distintos aos valores indicados no art. 2º, a aquisição e a distribuição dos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Anexo IV a esta Portaria, conforme segue:

I - distribuição direta aos Municípios das capitais estaduais, ao Distrito Federal e aos Municípios com população superior a 500.000 habitantes; ou

II - entrega às Secretarias Estaduais de Saúde para posterior distribuição pelos governos estaduais aos demais Municípios.

Parágrafo único. Os quantitativos dos medicamentos e insumos do Programa de Saúde da Mulher são adquiridos e distribuídos conforme os parâmetros definidos pela respectiva área técnica deste Ministério.

Art. 8º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pelo financiamento dos insumos complementares relacionados abaixo, definidos pela Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, destinados aos usuários insulino-dependentes de que trata a Lei Federal nº 11.347/2006, cujo valor a ser aplicado por cada esfera de gestão é de R\$ 0,50 por habitante/ano, ficando o repasse condicionado à comprovação pelos gestores da utilização integral dos recursos:



- I - tiras reagentes para medida de glicemia capilar;
- II - lancetas para punção digital; e
- III - seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina.

§ 1º As responsabilidades pelo fornecimento desses insumos aos usuários e a forma de comprovação da aplicação dos recursos de que trata o caput devem ser objeto de pactuação nas CIB.

§ 2º Os recursos destinados ao financiamento dos insumos para o Controle do Diabetes Mellitus deverão ser movimentados em conta distinta, à do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, na qual são movimentados os recursos tripartite.

Art. 9º Em 2010, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde deverão alocar os recursos para o financiamento deste Componente utilizando como base a população definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2009.

Parágrafo único. A partir de 2011, a população de cada Município e do Distrito Federal será atualizada anualmente, em conformidade com a população identificada pelo IBGE, e publicada, em portaria específica, pelo Ministério da Saúde.

Art. 10. A execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Municípios, do Distrito Federal e dos Estados, onde couber, a organização dos serviços e a execução das atividades farmacêuticas, entre as quais seleção, programação, aquisição, armazenamento (incluindo controle de estoque e dos prazos de validade dos medicamentos), distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos de sua responsabilidade.

§ 1º Com o objetivo de apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde podem pactuar nas CIB a aquisição de forma centralizada dos medicamentos e insumos pelo gestor estadual, na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por consórcios de saúde.

§ 2º Quando da utilização de Atas Estaduais de Registro de Preços, o edital elaborado para o processo licitatório deve dispor sobre a possibilidade da utilização pelos Municípios.

§ 3º No sentido de fortalecer a produção pública de medicamentos, as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde poderão pactuar a aplicação dos recursos da contrapartida estadual por meio da oferta de medicamentos produzidos em laboratórios públicos oficiais.

§ 4º Os medicamentos produzidos por laboratório oficial, disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde devem ter seus valores unitários informados nas CIB e corresponder àqueles constantes do Elenco de Referência Estadual pactuado, nos itens, quantitativos e cronograma de entrega que as Secretarias Municipais de Saúde programarem.

Art. 11. Nos procedimentos de aquisição, as Secretarias de Saúde devem seguir a legislação pertinente às licitações públicas no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a administração.

Art. 12. As Secretarias Estaduais de Saúde devem encaminhar ao Ministério da Saúde a Resolução/Deliberação da pactuação na CIB sobre:

- I - a transferência dos recursos federais do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou para o Fundo Estadual de Saúde;
- II - o Elenco de Referência Estadual;
- III - a forma de aplicação dos recursos estaduais e municipais destinados aos insumos para Diabetes Mellitus; e
- IV - toda e qualquer alteração referente a este Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Art. 13. O acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias Estaduais e pelas Municipais de Saúde dar-se-á por meio do Relatório Anual de Gestão.

§ 1º O Relatório Anual de Gestão, incluindo as ações de Assistência Farmacêutica Básica e sua execução orçamentária deve ser elaborado em conformidade com as orientações previstas na Portaria nº 3.176/GM, de 24 de dezembro de 2008.

§ 2º As Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde devem manter em arquivo os documentos fiscais que comprovem a aplicação dos recursos tripartite deste Componente, pelo prazo estabelecido na legislação em vigor.

§ 3º O Relatório Anual de Gestão deve estar disponível, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria.

Art. 14. A transferência dos recursos do Ministério da Saúde poderá ser suspensa quando se comprovar a não-aplicação de recursos da contrapartida das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde, nos valores definidos no art. 2º, nas seguintes situações;



I - quando constatadas, por meio de auditorias dos órgãos de controle interno e externo, irregularidades na utilização dos recursos, assegurado o direito de defesa; e

II - não-aplicação dos valores mínimos devidos e pactuados nesta Portaria pela Secretaria Estadual e pela Municipal de Saúde, quando denunciada formalmente por um dos gestores ou constatada por meio de monitoramento e auditorias realizadas por órgãos de controle interno e externo.

§ 1º O bloqueio dos recursos financeiros será realizado mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias ao gestor, e formalizado por meio de publicação de portaria específica, devidamente fundamentada.

§ 2º O repasse federal dos recursos financeiros deste componente será restabelecido tão logo seja comprovada a regularização da situação que motivou a suspensão.

Art. 15. As despesas orçamentárias estabelecidas nesta Portaria devem onerar as seguintes Funcionais Programáticas:

- I - 10.303.1293.20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde; e
- II - 10.303.1293.4368 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos.

Art. 16. No prazo de 90 dias, após a entrada em vigor desta Portaria, a mesma será objeto de avaliação da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica da CIT com vistas a novas pactuações.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2010.

Art. 18. Fica revogada a Portaria nº 3.237/GM, de 24 de dezembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 26 de dezembro de 2007, Seção 1, página 16.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO I

ELENCO DE REFERÊNCIA NACIONAL DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Medicamentos com aquisição pelos Municípios, Distrito Federal e/ou Estados, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite e financiamento tripartite.

Medicamento	Apresentação
Acetazolamida	comprimido 250 mg
Aciclovir	comprimido 200 mg
Ácido acetilsalicílico	comprimido 500 mg
Ácido acetilsalicílico	comprimido 100 mg
Ácido fólico	comprimido 5 mg
Ácido fólico	solução oral 0,2 mg/mL
Ácido salicílico	pomada 5% (F.N.)
Albendazol	comprimido mastigável 400 mg
Albendazol	suspensão oral 40 mg/mL
Alcatrão mineral	pomada 1% (F.N.)
Alendronato de sódio	comprimido 70 mg
Alopurinol	comprimido 100 mg
Alopurinol	comprimido 300 mg
Amiodarona, cloridrato de	comprimido 200 mg
Amitriptilina, cloridrato de	comprimido 25 mg
Amoxicilina	cápsula ou comprimido 500 mg
Amoxicilina	pó para suspensão oral 50 mg/mL
Amoxicilina + clavulanato de potássio	comprimido 500 mg + 125 mg
Amoxicilina + clavulanato de potássio	suspensão oral 50 mg + 12,5 mg/mL
Anlodipino, besilato	comprimido de 5 mg