

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
ITAIPULÂNDIA- PR

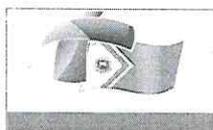
1

Ata nº. 04/2019

Data e Horário	Dia 04 de abril de 2019 - 14h00min
Local	Sala de Reunião da Prefeitura
Presidente	Dulce Elias Onorato
Tipo de Reunião	3ª Extraordinária
Secretária Executiva	Jocemeri Juliana Machado
Secretária	Loreci Cristina Lipke

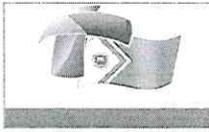
Pautas da Reunião: 1º) Verificação de quórum; 2º) Leitura da Ata da 2ª reunião extraordinária de 2019; 3º) Aprovação do regulamento de eleição da mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde de Itaipulândia; 4º) Posse da mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde de Itaipulândia; 5º) Assuntos Gerais.

1



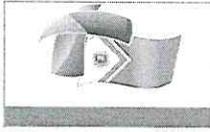
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ITAIPULÂNDIA- PR

Aos quatro dias mês de abril de dois mil e dezenove, às catorze horas, reuniram-se na Sala de reuniões do Paço Municipal Tancredo Neves os novos membros do Conselho Municipal de Saúde de Itaipulândia, para a terceira reunião extraordinária do CMS referente ao ano de 2019, onde foi discutida a pauta acima descrita. De acordo com o Regimento interno deste Conselho, esta reunião será presidida pelo membro mais idoso do Conselho, diante desta determinante, esta reunião extraordinária foi novamente convocada e presidida pela Presidente Interina, Sra. Dulce Elias Onorato que fez a abertura da reunião, cumprimentando os presentes e agradecendo a presença de todos declarou aberta a reunião. Fez se a leitura da Ata da 2ª reunião extraordinária de 2019 e na sequencia foi lido o regulamento do processo eleitoral da mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde de Itaipulândia, que segue anexo a esta Ata. Jocemeri lembrou que este regulamento foi elaborado pela Comissão Eleitoral que é composta pelos seguintes conselheiros: Herberto, Ademir, Cecilia, Nadia, Jocemeri, Liane e Lirio e foi instituída conforme Resolução nº. 004 de 29 de março de 2019; Esclareceu alguns pontos relevantes e informou todas as normas e critérios destinados a assegurar a organização e o funcionamento correto do processo eleitoral da mesa diretora; explicou que a eleição será por chapas; que a mesa diretora será eleita pelos membros titulares e ou suplentes em condição de voto; que a eleição será aberta e o voto é pessoal; que o candidato inscrito em uma determinada chapa não pode participar de outra chapa; que os integrantes da diretoria executiva serão eleitos anualmente, podendo seus membros ser reeleitos uma única vez; que a mesa diretora deverá ser formada por um presidente, um vice presidente, um secretário e um 2º secretário considerando a paridade da mesa sendo: 50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestão e prestador. Jocemeri também informou que de acordo com o regulamento a inscrição, verificação de elegibilidade e divulgação das chapas inscritas acontecerá na data de hoje, assim como a organização e a realização do pleito eleitoral, a contagem dos votos, a apuração e a divulgação do resultado; após estes feitos será empossada a mesa diretora. Todos tiveram um bom entendimento do regulamento e o mesmo foi aprovado por unanimidade. Após ser aprovado o Regulamento foi assinado pela Presidente Interina do Conselho, Sra. Dulce Onorato e publicado no Diário Oficial Eletrônico do Município de Itaipulândia – Edição nº. 1299 nas páginas seis, sete e oito, no dia quatro de abril de dois mil e dezenove. A reunião teve seguimento e já estando no horário determinado para iniciar o processo eleitoral, ou seja quinze horas e trinta minutos, a Presidente Interina solicitou que os interessados apresentassem as chapas para realizar a inscrição das mesas. Somente uma chapa foi inscrita e verificado a elegibilidade da mesma, confirmou se a legalidade da mesma uma vez que está de acordo com o



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ITAIPULÂNDIA- PR

regulamento do pleito eleitoral. Após a avaliação foi divulgado os nomes dos conselheiros que compõe a mesma, sendo: Para presidente: Jaqueline Silvestri, representante do segmento governamental; vice presidente: Sidinei Hither, representante do segmento dos trabalhadores; 1º secretário: Ediocezar Oswaldo Fleck, representante do segmento dos usuários e 2ª secretária: Dulce Elias Onorato também representante dos usuários de saúde. Foi anunciado que outras chapas poderiam ser formuladas, porem nenhum conselheiro manifestou interesse. Desta forma, a única chapa inscrita apresentou se e em seguida sucedeu se a votação. Foram contabilizados os votos e divulgado o resultado, sendo que a chapa inscrita foi eleita por unanimidade de votos. Prosseguindo os trabalhos a Comissão Eleitoral realizou a posse da Mesa Diretora e desta forma a Presidente eleita, Sra. Jaqueline, passou a conduzir os trabalhos. Passou-se para os assuntos gerais e conforme previsto no Regimento Interno deste Conselho, foi analisada uma pauta que a Sra. Marcia solicitou que diz respeito aos valores a serem utilizados como parâmetros para o credenciamento de hospitais como complementação a rede urgência e emergência e cirurgias eletivas de média e alta complexidade hospitalar fora do território do Município de Itaipulândia, as quais não são possíveis serem realizados no Hospital e Maternidade Itaipulândia; Para analisar e discutir este assunto a Secretária de Saúde solicitou a participação da Prefeita, Sra. Cleide; da oficial administrativa, Sra. Denise e do Secretário de Administração, Sr. Laercio Wolmuth. Marcia declarou aos presente que se sente bastante ansiosa em relação à contratação destes serviços, uma vez que atualmente, tem sessenta e quatro pacientes aguardando por algum tipo de cirurgia. Marcia destacou que tem trinta pacientes aguardando para realizar cirurgia de hérnia de hiato, onze pacientes aguardando para realizar cirurgias urológicas, vinte e duas pessoas para realizar procedimento com otorrinolaringologista, uma pessoa necessitando de laparoscopia e uma precisa realizar uma cirurgia de laparotomia. A Conselheira, Sra. Cecilia observou que essas demandas irão gerar gastos que deverão ser bem administrados, uma vez que se trata de cirurgias de custo elevado. Dr. Walter alertou que a gestão dos recursos é de responsabilidade da gestora da pasta e que o Conselho não irá definir como utilizar os recursos e sim irá avaliar a execução das ações. A Secretária de Saúde citou que por duas vezes foi aberto processo licitatório onde foi utilizado a tabela SUS para definir o valor dos procedimentos. Segundo a Secretária, no primeiro processo licitatório 79/2018, o valor foi de 2 (duas) vezes a tabela SUS, porém não houve hospitais interessados, diante disso foi aberto um novo processo licitatório 220/2018, neste, o valor lançado foi de 2,5 a tabela SUS para procedimentos normais e 3 vezes a tabela SUS para procedimentos por vídeo, porem novamente não houve interessados. Num segundo momento, foi trazido a este Conselho a proposta de lançar

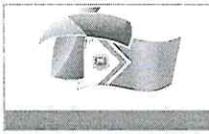


CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ITAIPULÂNDIA- PR

4

um edital com os seguintes valores: 04 (quatro) vezes a Tabela SUS para os procedimentos convencionais e 06 (seis) vezes para procedimentos por vídeo conforme os valores da Tabelas SUS. Porém, naquele momento os conselheiros lembraram este assunto já havia sido analisado por este conselho por pelo menos duas vezes e que inclusive foi solicitado ao celeridade quanto a contratação de hospitais fora do território de Itaipulândia para atender as urgências, emergências e cirurgias eletivas, e que os valores a serem pagos à estes hospitais, fossem atualizados e condizentes com o mercado, visando não somente a economicidade, mas acima de tudo a qualidade nos atendimentos prestados à população. Os conselheiros mencionaram que em todos os momentos em que este assunto foi analisado neste Conselho, o mesmo sugeriu a utilização das tabelas CBHPM, Fehospar e Brasindice, para que desta forma os hospitais que se credenciarem possam prestar serviços de qualidade recebendo adequadamente pelo atendimento prestado aos pacientes. O conselheiro, Sr. Claudinei, ressaltou que a tabela CBHPM, é a classificação brasileira e hierarquizada de procedimentos médicos e serve de parâmetro para honorários médicos, visando garantir uma remuneração digna e equilibrada dos serviços. Segundo ele, esta tabela foi desenvolvida pelo Conselho Federal de Medicina, juntamente com a Associação Medica Brasileira e a Federação Nacional dos Médicos e tornou se referência após a resolução nº1.673/2003. De acordo com o Artigo 199 da Constituição Federal, as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo, diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convenio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, ou seja, uma tabela legalizada. A Sra. Jaqueline lembrou ainda que o conselho também já aprovou o valor de R\$300.000,00 (trezentos mil reais) a ser destinados para a contratação de hospitais. A secretária de saúde solicitou que a Sra. Denise explique aos conselheiros sobre o Termo de Ajustamento de Conduta - TAC assinada pelo secretário anterior. Denise cumprimentou os presentes e informou que desde o ano de 2017, o Secretário de Saúde Sr. Cleiton, já vinha sendo orientado pela Regional de Saúde a cumprir as diretrizes estabelecidas pela Portaria 3.410 de 2013, a qual estabelece as normas para as contratualizações de hospitais. Denise informou que o Secretário anterior, assinou o TAC se comprometendo a cumprir as regras estabelecidas, entre elas, que para efeito de remuneração os serviços contratados sejam pagos conforme Tabela de Procedimentos SUS. Dr. Walter, conselheiro representante do segmento dos trabalhadores, disse que, já, por duas vezes o processo licitatório para contratação de hospitais, ficou deserto, sem interessados e que no seu ponto de vista, isso poderia ter sido objeto de questionamento junto ao Tribunal de Contas, para que de acordo com o parecer, a Secretaria tivesse uma orientação correta. Outros conselheiros lembraram que os

4



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ITAIPULÂNDIA- PR

valores pagos pela tabela do SUS são tão reduzidos que não despertam interesse e que por este motivo o Sistema Único de Saúde está insuficiente. O conselheiro Claudinei, expressou que no seu ponto de vista, o Estado está deixando de atender as suas obrigações e com isso os municípios estão tendo que contratualizar serviços de média e as vezes até alta complexidade para não deixar seus pacientes sem atendimento. A Prefeita explicou que o que está sendo proposto não é pagar os mesmos valores da tabela do SUS, mas sim, utiliza-la como parâmetro multiplicador; Pediu para que o Sr. Lirio apresente, através de slides, as tabelas com os valores da tabela CBHPM e da Tabela Sigtap para que haja uma comparação. De forma clara e bem explicada, foi informado para os presentes que os valores da tabela Sigtap serão multiplicados por um determinado número, até chegar a um valor condizendo com o mercado atual. Assim sendo a administração propõe que seja utilizado 4 vezes o valor da tabela SUS para os procedimentos convencionais e 5 vezes o valor da tabela SUS para os procedimentos que utilizam vídeo, segue anexo planilha demonstrativa. A conselheira Jocemeri solicita que seja encaminhado, a este Conselho, a documentação que dê respaldo a estas informações, como por exemplo, onde cita que não é juridicamente correto utilizar a tabela CBHPM para pagamento de contratualizações de serviços médico hospitalares. A administração se comprometeu em enviar a documentação para anexar a esta Ata. Todos os conselheiros são cientes que esta contratação deve ser realizada o mais breve possível para que os pacientes tenham suas cirurgias realizadas e com isso consigam ter qualidade de vida. Os conselheiros também orientam que a fila de espera seja seguida rigorosamente e que somente sejam autorizadas as cirurgias que realmente não possam ser realizadas aqui no Hospital e Maternidade Itaipulândia. Depois de extensiva análise os conselheiros por unanimidade, entenderam prudente, aprovar os valores sugeridos. A presidente do Conselho, Sra. Jaqueline, informa que, ainda nesta reunião, deve ser referendado pela plenária o nome de uma secretária executiva que terá como funções: encaminhar as correspondências; preparar reuniões, enviar os convites, preparar os informes e outras providências; encaminhar as convocações aos conselheiros; responsabilizar-se pela guarda dos documentos, os quais deverão ficar na Sala do Conselho; dar suporte técnico e exercer outras funções que lhe forem conferidas por este Conselho. A presidente lembra que a secretária executiva deve fazer parte do quadro efetivo do município, conforme previsto no Regimento Interno. Depois de avaliar os possíveis nomes, em sua totalidade os conselheiros indicaram o nome do conselheiro Sr. Lirio de Lima para assumir o ofício designado. Ainda nesta reunião ficou decidido que as reuniões ordinárias acontecerão sempre nas segundas quartas-feiras de cada mês, as treze horas e trinta minutos, na Sala de Reuniões do Paço Municipal; na próxima reunião



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
ITAIPULÂNDIA- PR

os conselheiros já receberão o calendário atualizado. A secretária de saúde foi questionada sobre o Relatório Anual de Gestão e a mesma respondeu que entrou em contato com a Sra. Ana Ferrarri da Regional de Saúde e, esta, informou que as funcionalidades do SARGSU estão sendo migradas para o DIGISUS, porém em decorrência de problemas relacionados aos desenvolvimento deste sistema o mesmo não está funcionando corretamente e por este motivo alguns municípios não estão conseguindo enviar as informações através do sistema. Marcia informou ainda que a Sra. Ana Ferrari se responsabilizou em enviar, através de e-mail, um relatório que deve ser preenchido manualmente e posteriormente será enviado para este conselho. A presidente conduziu a reunião e informou que a próxima reunião ordinária ficou agendada para o dia oito de maio e que eventualmente uma reunião extraordinária poderá ser agendada. A Sra. Jaqueline agradeceu o apoio de todos os que elegeram a mesa diretora e disse que se esforçará para bem conduzir os trabalhos deste Conselho. Deixou em aberta a reunião e nada mais havendo a tratar, encerrou a reunião, da qual eu, Loreci Cristina Lipke, lavrei a presente ata que após lida e aprovada, seguirá assinada por mim e pelos demais presentes, conforme lista de presença.



DIÁRIO OFICIAL ELETRÔNICO

MUNICÍPIO DE ITAIPULÂNDIA - PR

QUINTA-FEIRA, 4 DE ABRIL DE 2019

ANO: VI

EDIÇÃO Nº: 1299- 16Pág(s)

ATOS DO PODER EXECUTIVO E LEGISLATIVO**RESOLUÇÃO N.º005**

04 de abril de 2019.

Dispõe sobre aprovação do regimento do processo Eleitoral da Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde Itaipulândia.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Itaipulândia, em reunião extraordinária, realizada 04 de abril de 2019, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal n.º 8.080, de 19/09/90, Lei Federal n.º 8.142, de 28/12/90, e pela Lei Municipal n.º 898 de 10/10/2007 e decreto municipal n.º77/2019;

- Considerando o Regimento Interno deste conselho, nas atribuições da Mesa Diretora, bem como a orientação específica do artigo 31º;

- Considerando a deliberação (unanime) na 2º Reunião Extraordinária de 2019 que aprovou a criação e instalação da Comissão Eleitoral e os respectivos nomes que irão coordenar o processo de sucessão dos integrantes da Mesa Diretora deste conselho;

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar, após ampla apreciação, por unanimidade, o regimento do processo Eleitoral da Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde Itaipulândia.

REGULAMENTO DE ELEIÇÃO DA MESA DIRETORA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.**TÍTULO I****DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º O presente Regulamento contém as normas e critérios destinados a assegurar a organização e o funcionamento do processo eleitoral da Mesa Diretora do

Conselho Municipal de Saúde do Itaipulândia, em cumprimento ao Regimento Interno.

Art. 2º A eleição será por chapas.

Art. 3º A Mesa Diretora será eleita pelos membros do Conselho Municipal de Saúde em condições de voto (titulares e/ou suplentes) em pleito direto, mediante voto aberto e pessoal.

§ 1º O candidato Conselheiro que estiver inscrito em uma chapa para concorrer a cargo na eleição da Mesa Diretora não poderá participar de outra chapa.

§ 2º Os integrantes da Diretoria Executiva serão eleitos anualmente, podendo seus membros ser reeleitos, uma única vez, sendo a maioria absoluta de 2/3 (dois terços) será da plenária soberana para substituir quando da atuação de algum membro da mesa diretora não for compatível com o regimento interno do Conselho Municipal de Saúde.

§ 3º O mandato dos membros da Mesa Diretora se iniciará sempre nos 04 de abril e se encerrará um dia anterior dos 04 de abril de cada ano.

Art. 4º A Diretoria executiva será formada por um Presidente, um Vice-Presidente, um Secretário, um 2º Secretário, considerando a paridade da mesa. (50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestão e prestador

Art. 5º A eleição será por chapas e o processo eleitoral constituído de etapas, em um mesmo dia:

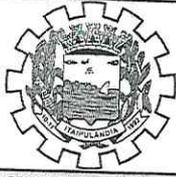
I. Inscrição, verificação de elegibilidade e divulgação das chapas inscritas;

II. Organização e realização do pleito eleitoral;



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil e Protocolado com Carimbo de Tempo SCT de acordo com a Medida Provisória 2200-2 do Art. 10º de 24.08.01 da ICP-Brasil

Arquivo Assinado Digitalmente por PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAIPULÂNDIA. A Prefeitura Municipal de Itaipulândia dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através de <http://www.itaipulandia.pr.gov.br> link Diário Oficial.



ATOS DO PODER EXECUTIVO E LEGISLATIVO

III. Contagem dos votos, apuração e divulgação do resultado;

IV. Posse da Mesa Diretora.

TÍTULO II

DA COMISSÃO ESPECIAL DE ELEIÇÃO

Art. 6º Será constituída a Comissão Especial de Eleição composta por conselheiros no Plenário do Conselho Municipal de Saúde

§ 1º A coordenação do processo eleitoral é de responsabilidade da Comissão Especial de Eleição, desde as orientações à Plenária, acompanhamento e avaliação do referido processo, obedecidas determinações deste Regulamento.

§ 2º Os membros da Comissão Especial de Eleição não serão elegíveis e não poderão atuar como fiscais.

Art. 7º Será garantido o direito de fiscalização pelas chapas concorrentes em todas as etapas do processo eleitoral.

§ 1º Cada chapa pode designar um fiscal.

§ 2º Os membros das chapas são fiscais natos.

Art. 8º A Comissão Especial de Eleição de que trata o artigo 5º será constituída paritariamente de, no mínimo, 05 (cinco) membros.

Art. 9º Compete à Comissão Especial de Eleição:

I. Orientar o Plenário sobre as normas e procedimentos do processo eleitoral;

II. Estabelecer prazo para a inscrição das chapas, prorrogável, se necessário, por decisão do Plenário do Conselho Municipal de Saúde;

III. Analisar os documentos enviados pelas chapas concorrentes à Mesa Diretora, verificando os requisitos de elegibilidade;

IV. Inscrever as chapas concorrentes para a Mesa Diretora e divulgá-las à Plenária antes do pleito;

V. receber os nomes dos fiscais das chapas concorrentes que fiscalizarão a realização da eleição e a computação dos votos;

VI. Orientar e supervisionar a realização do pleito eleitoral;

VII. Proceder à apuração dos votos;

VIII. Proclamar o resultado eleitoral;

IX. Dar posse da Mesa Diretora eleita.

TÍTULO III

DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 10. O processo eleitoral acontecerá no dia 04 de abril de 2019, no Paço Municipal de Itaipulândia, às 15h30 em reunião Extraordinária.

Art.11. Cada chapa deverá, por meio de um representante, apresentar-se demonstrando ter ciência das atribuições da Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde e justificando a candidatura.

§ 1º Cada chapa disporá de três minutos para sua apresentação, prorrogáveis por no máximo dois minutos.





DIÁRIO OFICIAL ELETRÔNICO

MUNICÍPIO DE ITAIPULÂNDIA - PR

QUINTA-FEIRA, 4 DE ABRIL DE 2019

ANO: VI

EDIÇÃO Nº: 1299-16 Pág(s)

ATOS DO PODER EXECUTIVO E LEGISLATIVO

§ 2º Será garantida a manifestação de um conselheiro favorável à chapa por três minutos improrrogáveis.

Art.12. As chapas deverão ser organizadas livremente e inscritas junto à Comissão Especial de Eleição.

§ 1º As chapas serão enumeradas por ordem de inscrição.

§ 2º O conselheiro candidato deverá participar de apenas uma das chapas.

Art.13. A homologação e a posse da Mesa Diretora eleita deverá acontecer imediatamente após a eleição da mesma, assumindo esta a coordenação dos trabalhos no Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo único - Após o término do processo eleitoral a Plenária do Conselho Municipal de Saúde homologará o resultado da eleição e não mais aceitará qualquer recurso interposto.

Art. 14. Os casos omissos serão solucionados pela Comissão Especial de Eleição recorrendo, se necessário, ao Plenário do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 15º - Revogam-se todas as disposições em contrário.

Itaipulândia, 04 de abril de 2019.

Dulce Onorato

Presidente Interina do Conselho Municipal de Saúde



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil e Protocolado com Carimbo de Tempo SCT de acordo com a Medida Provisória 2200-2 do Art. 10º de 24.08.01 da ICP-Brasil

Arquivo Assinado Digitalmente por PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAIPULÂNDIA. A Prefeitura Municipal de Itaipulândia da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através de <http://www.itaipulandia.pr.gov.br> no link Diário Oficial.

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.034, DE 5 DE MAIO DE 2010 (*)

Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

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 que, segundo o art. 30, inciso VII, da Constituição, e os arts. 18, inciso I, e 17, inciso III da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, compete ao Município e, supletivamente, ao Estado, gerir e executar serviços públicos de atendimento à saúde da população, podendo ambos recorrer, de maneira complementar, aos serviços ofertados pela iniciativa privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária;

Considerando o contido no art. 16, inciso XIV, da Lei nº 8.080, de 1990, segundo o qual compete à direção nacional "elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde";

Considerando a aplicabilidade aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal das normas gerais da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e da legislação complementar, especialmente o que estabelecem os arts. 17, inciso X, 24 a 26 e 43 da Lei nº 8.080, de 1990;

Considerando a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, e a Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a necessidade de implementar a contratação de serviços de assistência à saúde pelos gestores públicos, baseada em critérios uniformes; e

Considerando a Resolução nº 71, de 2 de setembro de 1993, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aponta a necessidade do disciplinamento da contratação de instituições prestadoras de serviços complementares de saúde, resolve:

Art. 1º Dispor sobre a participação de forma complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o gestor estadual ou municipal poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, desde que:

I - comprovada a necessidade de complementação dos serviços públicos de saúde e,

II - haja a impossibilidade de ampliação dos serviços públicos de saúde.

§ 1º A complementação dos serviços deverá observar aos princípios e as diretrizes do SUS, em especial, a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade do acesso.

§ 2º Para fins de organização da rede de serviços e justificativa da necessidade de complementaridade, deverá ser elaborado um Plano Operativo para os serviços públicos de saúde, nos termos do art. 7º da presente Portaria.

§ 3º A necessidade de complementação de serviços deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar no Plano de Saúde respectivo.

Art. 3º A participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante contrato ou convênio, celebrado entre o ente público e a instituição privada, observadas as normas de direito público e o disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. Para a complementaridade de serviços de saúde com instituições privadas com ou sem fins lucrativos serão utilizados os seguintes instrumentos:

I - convênio, firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde;

II - contrato administrativo, firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde.

Art. 4º O Estado ou o Município deverá, ao recorrer às instituições privadas, dar preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos, observado o disposto na legislação vigente.

Art. 5º As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos deixarão de ter preferência na contratação com o SUS, e concorrerão em igualdade de condições com as entidades privadas lucrativas, no respectivo processo de licitação, caso não cumpram os requisitos fixados na legislação vigente.

Parágrafo único. As entidades filantrópicas e sem fins lucrativos deverão satisfazer, para a celebração de instrumento com a esfera de governo interessada, os requisitos básicos contidos na Lei nº 8.666, de 1993, e no art. 3º da Lei nº 12.101, independentemente das condições técnicas, operacionais e outros requisitos ou exigências fixadas pelos gestores do SUS.

Art. 6º Após ter sido dada a devida preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, e ainda persistindo a necessidade de complementação da rede pública de saúde, será permitido ao ente público recorrer à iniciativa privada, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 1993.

Art. 7º O Plano Operativo é um instrumento que integrará todos os ajustes entre o ente público e a instituição privada, devendo conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas.

~~Art. 8º As instituições privadas de assistência à saúde contratadas ou conveniadas com o SUS devem atender às seguintes condições:~~

~~I - manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;~~

~~II - submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNAS;~~

~~III - submeter-se à regulação instituída pelo gestor;~~

~~IV - obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;~~

~~V - atender às diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH; e~~

~~VI - submeter-se ao Controle Nacional de Auditoria - SNA, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, desde que solicitado.~~

Art. 8º As instituições privadas de assistência à saúde contratadas ou conveniadas com o SUS devem atender às seguintes condições: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.114 de 07.10.2010)

I - manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.114 de 07.10.2010)

II - submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNAS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.114 de 07.10.2010)

III - submeter-se à regulação instituída pelo gestor; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.114 de 07.10.2010)

IV - obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.114 de 07.10.2010)

V - atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.114 de 07.10.2010)

VI - submeter-se ao Controle Nacional de Auditoria (SNA), no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, desde que solicitado; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.114 de 07.10.2010)

VII - obrigar-se a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento documento comprobatório informando que a assistência foi prestada pelo SUS, sem custos adicionais para o paciente; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.114 de 07.10.2010)

VIII - garantir o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício do seu poder de fiscalização. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.114 de 07.10.2010)

Art. 9º Os contratos e convênios firmados deverão atender aos seguintes requisitos:

I - os serviços contratados e conveniados ficam submetidos às normas do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios;

II - para efeito de remuneração, os serviços contratados deverão utilizar como referência a Tabela de Procedimentos SUS;

III - os estabelecimentos deverão ser identificados no contrato pelo código do CNES, de acordo com os dados que constem nesse cadastro.

Art. 10. Os Estados, os Municípios e o Distrito Federal adotarão instrumentos de controle e avaliação dos serviços contratados, além daqueles já previstos no âmbito do SNA, visando garantir o acesso da população a serviços de saúde de qualidade.

Art. 11. Para efeito da contratação dos serviços de assistência à saúde, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal poderão suplementar o objeto desta Portaria, para atender às necessidades e peculiaridades locais.

Art. 12. Os Estados, os Municípios e o Distrito Federal adaptarão seus contratos e convênios ao disposto nesta Portaria, no prazo máximo de 1 (um ano), a contar da data de sua publicação, não mais se admitindo, transcorrido esse prazo, ajustes sem os respectivos termos de contrato ou convênio.

Parágrafo único. É obrigatório o preenchimento dos campos referentes ao contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES.

Art. 13. O Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde no SUS estará disponível no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br/sas>).

Art. 14. A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS promoverá a articulação com as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, para a implementação do processo de contratação de serviços de saúde.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Fica revogada a Portaria nº 3.277/GM, de 22 de dezembro de 2006, publicada no Diário Oficial da União - DOU nº 246, de 26 de dezembro de 2006, seção 1, página 253.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 85, de 6/5/2010, Seção 1, pág. 58, com incorreção no original.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde



Memorando n.º 02/2018 - SGS

Curitiba, 14 de fevereiro de 2018.

Da: Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde - SGS

Para: Regionais de Saúde

Assunto: *Contratação pelo Gestor Municipal do SUS, de prestadores de serviços ambulatoriais e, principalmente hospitalares, localizados em municípios cuja Gestão do SUS é de outro município, ou do estado.*

Senhor(a) Diretor(a)

Atualmente a SESA tem recebido questionamentos do Tribunal de Contas do Estado - TCE e do Ministério Público Estadual quanto aos contratos paralelos que alguns municípios têm realizado com prestadores de serviços ambulatoriais e/ou hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS, localizados em municípios que ampliaram a gestão de saúde em seu território, bem como com prestadores sob gestão do Estado.

Para a abordagem do assunto é importante observar a legislação, em parte relatada a seguir.

A Constituição Federal de 1988, ao criar o SUS, estabeleceu em seus artigos nº 196 e 200 que as ações e serviços públicos de saúde que integram a rede regionalizada e hierarquizada, devem observar as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. As instituições privadas podem participar no SUS de forma complementar, por meio de contrato administrativo ou convênio, devendo ser dada preferência às entidades filantrópicas sem fins lucrativos, conforme prevê o Art. 199, parágrafo 1º da referida Constituição.

A Lei Federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, em seu Art. 24, estabelece que quando as disponibilidades de serviços públicos forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o gestor do SUS pode recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

A Constituição do Paraná e a Lei Estadual nº 13.331, de 23 de novembro de 2001, da mesma forma disciplinam a participação complementar da iniciativa privada nos serviços prestados ao SUS.

A Emenda Constitucional nº 29/2000, assegura recursos mínimos para financiamento das ações e serviços públicos de saúde, definindo percentuais a serem aplicados pelos entes, sendo 15% para os Municípios, 12% para os Estados e, para a União o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do PIB. No caso da União o dispositivo foi alterado pela Emenda Constitucional 86/2015, que estabeleceu aplicação progressiva de percentuais de recursos da receita corrente líquida e, posteriormente, a EC 96/2016 congelou o gasto federal a partir de 2017.

O Decreto Federal n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei Federal nº 8.080 de 1990 dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a



articulação interfederativa. Refere que deve ser assegurada a continuidade do cuidado em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e outras unidades integrantes da Rede de Atenção à Saúde, de forma pactuada em suas comissões intergestores (Art. 12 parágrafo único).

A Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou 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. No seu capítulo I, que trata das disposições gerais, refere que o financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

A Lei Complementar 141/2012, que regulamentou a Lei Federal nº 8.080/90, incluiu em seu texto o conceito de financiamento tripartite solidário e o critério de rateio, além de outros dispositivos. Em seu Art. 21 dispõe que os estados e os municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar, entre si, parcelas de recursos dos Fundos de Saúde, derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, e que serão administradas segundo a modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

A Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do SUS e estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde, definindo em seu capítulo II, que o financiamento é tripartite pactuado entre as 3 esferas de gestão.

A Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, estabeleceu as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a PNHOSP, citando em seu art. 5º, inciso III, a competência dos entes federativos de financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizados conforme pactuação, considerando a oferta das ações e serviços pelos entes, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada.

A Portaria GM/MS nº 2.567, de 25 de novembro de 2016, dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e do credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS.

A Lei Estadual n.º 18.976, de 05 de abril de 2017, estabelece normas sobre a participação complementar da iniciativa privada no Sistema único de Saúde no âmbito do Estado do Paraná.

Considerando que compete aos Municípios garantir, de forma solidária com o Estado e União, a integralidade da atenção à saúde de sua população, participar do financiamento tripartite do SUS, organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a Rede de Atenção à Saúde, por meio de processos de integração e articulação dos serviços com os demais níveis do sistema, com base no processo de Programação Pactuada e Integrada – PPI;

Considerando ser a Direção do SUS, conforme o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, tripartite, gerida no âmbito da esfera da União pelo Ministério da Saúde, no âmbito da esfera dos Estados e Distrito Federal pelas respectivas Secretarias de Saúde e no âmbito dos



Municípios pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde, tendo as instâncias de gestão autonomia para realizarem, dentro das normas do SUS, pactuações e contratualizações;

Considerando ser responsabilidade de cada Gestor do SUS, a sua participação na formação das linhas de cuidado e da rede de assistência, de modo a garantir que os moradores em seu território, usuários do SUS, tenham a garantia de acesso a atendimento de qualidade, dentro e fora do seu território, devendo realizar pactuações e repactuações, organizando os fluxos e referências;

Considerando que as pactuações e repactuações devem ser sempre aprovadas pelas Comissões Intergestores Bipartite Regionais – CIRs localizadas em cada uma das 22 Regionais de Saúde do Estado, podendo também ser aprovadas na Comissão Intergestores Bipartite Estadual – CIB Estadual, quando necessário;

Considerando que, para atender as necessidades de saúde da população, alguns municípios têm contratualizado com prestadores ambulatoriais e/ou hospitalares, mesmo não tendo a Gestão da Média e Alta Complexidade, portanto com prestadores de serviços localizados em municípios sob Gestão do Estado ou de outro Município;

Determinamos que cada uma das 22 Regionais de Saúde, adotem as seguintes providências:

1. Realizem reunião com todos os Gestores Públicos Municipais, com a presença do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde e demais responsáveis pela realização de contratos com estabelecimentos de saúde localizados nos municípios da abrangência da Regional de Saúde. Da reunião deverá ser confeccionada ata assinada por todos os presentes devendo tratar dos seguintes assuntos:
 - a) Esclarecer sobre a possibilidade dos municípios aderirem a Gestão Ampliada de todo sistema do SUS, passando a ser responsáveis pela contratação de todos os prestadores de serviços localizados em seu território e, conseqüentemente, passando a receber na conta do Fundo Municipal de Saúde os recursos federais e estaduais. Estes recursos deverão, juntamente com os recursos municipais, compor o bojo financeiro dos contratos a serem celebrados pelo Gestor Municipal com os prestadores de serviços situados em seu território (ambulatorial e hospitalar);
 - b) Informar que a via regular para obtenção de atendimentos aos usuários do SUS em prestadores de serviços situados no território de outro gestor municipal ou na gestão do Estado são as pactuações e repactuações com aprovação na CIR e/ou CIB Estadual, quando for necessário;
 - c) Deixar claro a todos que, independentemente da forma de gestão, na impossibilidade de atender às necessidades da população através de pactuações e repactuações entre gestores, não poderá haver, sob a ótica da Lei, duplicidade ou sobreposição de objeto no momento da contratação de prestadores de serviços situados no território de outro Gestor Municipal em Gestão Ampliada ou de prestadores de serviços que estejam sob Gestão do Estado;



- d) Observar que municípios que decidirem contratar serviços/procedimentos de média e alta complexidade devem estar cumprindo os requisitos da oferta na atenção básica, com qualidade e suficiência aos seus cidadãos, incluindo os atendimentos de urgência e emergência, não podendo haver nos eventuais contratos qualquer denotação de privilégio/priorização do acesso, devido ao fato da regulação ser uma atribuição do Gestor de Saúde;
- e) Reiterar que, para a contratação em seu território, a melhor forma é que seja feita a mudança para Gestão Ampliada, e que para acessar serviços sob outra gestão, a melhor opção é por meio de pactuações e repactuações. Porém, devido a decisão de contratar, ou não contratar, ser um ato de responsabilidade do Poder Executivo Municipal, recomendamos que aqueles que decidirem celebrar contratos para média e alta complexidade adotem as seguintes providências:
- Solicitem a avaliação prévia de sua assessoria jurídica;
 - Verifiquem diretamente com outros gestores (Município ou Estado), ou através da CIR, quanto a não existência de conflito ou duplicidade de objeto com os contratos já existentes;
 - Pactuem na CIR e, quando for o caso na CIB Estadual, inserindo o serviço contratado na rede do SUS, sob regulação do gestor;
 - Prefiram a solução conjunta para as necessidades dos municípios, o que pode ser feito através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.
 - Antes de pagar por procedimentos realizados a usuários do SUS, solicitem ao gestor do SUS que tem a gestão dos recursos federais, informação sobre ter efetuado, ou não, pagamentos pelos procedimentos que estão sendo assumidos pelo Município. No caso do gestor ser a SESA solicitar à respectiva Regional de Saúde
- f) As Regionais de Saúde deverão colocar sua equipe a disposição dos Gestores Municipais e da CIR, para que, quando consultados, emitam relatório sobre contratações pretendidas, verificando o que foi exposto e, principalmente, se não existe duplicidade dos procedimentos que serão contratados ou sobreposição de objeto quando comparados com os contratos mantidos pela SESA. Para tanto, deverão manter em arquivo todos os contratos existentes entre a SESA e prestadores de serviços ao SUS de sua área de abrangência.
2. Realizar reunião com os diretores dos hospitais da área de abrangência da Regional de Saúde, também com confecção de ata, para tratar dos seguintes assuntos:
- a) Lembrar que para atendimentos aos usuários do SUS não é permitida a cobrança de complementação a qualquer título;
 - b) Informar que no SUS o contrato do prestador de serviços deve ser sempre com o Gestor do SUS que possui a Gestão da média e alta complexidade;



- c) Esclarecer que a via adequada para acesso à assistência por prestadores de serviços sob gestão de outro município, é assumir a gestão ampliada da média e alta complexidade (prestador localizado no próprio município) e que, para estabelecimentos localizados em outros municípios ou quando a opção escolhida foi a de não assumir a gestão ampliada, a forma de acesso deve ser a pactuação e repactuação entre gestores com aprovação na CIR;
 - d) Informar que a celebração de contrato com outros gestores do SUS é irregular: d1) quando houver duplicidade de procedimentos e/ou sobreposição do objeto em comparação aos contratos vigentes com o Gestor do SUS; d2) se implicar em priorização/privilégio do acesso; d3) se não houver a previsão de que a regulação é atribuição do gestor do SUS.
 - e) Esclarecer que estabelecimentos detectados realizando dupla cobrança pelo mesmo procedimento poderão responder a Procedimento Administrativo e, quando for o caso, poderão responder também na esfera ética e legal.
3. Repassar aos participantes das reuniões e também aos prestadores de serviços ambulatoriais e/ou hospitalares o conteúdo deste memorando.
 4. Solicitamos que as cópias das atas das referidas reuniões, com os gestores municipais e com os prestadores de saúde, sejam encaminhadas para a SGS até o dia 30/05/2018.
 5. Observar que este assunto foi discutido na Câmara Técnica de Gestão da Comissão Intergestores Bipartite – CIB Estadual, assim como em reuniões com representantes do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONAS, Associação dos Municípios do Paraná - AMP e Ministério da Saúde.
 6. Informamos que está prevista oficina a ser realizada em parceria com o COSEMS, que poderá servir de capacitação para as Regionais de Saúde, que provavelmente será realizada na segunda semana do mês março, para alinhamento conceitual referente ao assunto, bem como para as orientações necessárias para subsidiar as discussões com os gestores municipais e prestadores de serviço SUS. A data e local da capacitação será informada posteriormente por memorando específico.

Atenciosamente

Irvando Luiz Carula
Superintendente de Gestão de Sistemas de Saúde



Nº 2 - Seção 1, sexta-feira, 3 de janeiro de 2014

Ministério da Saúde

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 3.410, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013{*}

Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

considerando o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais;

considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, 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;

considerando a Portaria Interministerial nº 22/MS/MEC, de 11 de janeiro de 1999, que trata do repasse financeiro efetuado por meio da descentralização diretamente às respectivas Unidades Gestoras dos Hospitais Universitários Federais vinculados ao Ministério da Educação;

considerando a Portaria nº 1.702/GM/MS, de 17 de agosto de 2004, que cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS;

considerando a Portaria nº 1.721/GM/MS, de 21 de setembro de 2005, que cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS;

considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

considerando a Portaria nº 161/GM/MS, de 21 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o art. 3º da Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos;

considerando a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 5 de maio de 2010, que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS;

considerando a Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

considerando a Portaria nº 2.617/GM/MS, de 1º de novembro de 2013, que estabelece prazo para o pagamento de incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao SUS; e

considerando a Portaria nº 3.390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - Ficam estabelecidas as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Art. 2º - As disposições desta Portaria se aplicam a todos os entes federativos que possuam sob sua gestão hospitais integrantes do SUS:

I - públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais;

II - privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; e

III - privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais, sendo pelo menos 25 (vinte e cinco) destinados ao SUS.

Art. 3º - Os entes federativos formalizarão a relação com os hospitais públicos e privados integrantes do SUS sob sua gestão, com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento formal de contratualização.

Parágrafo único - A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na PNHOSP.

CAPÍTULO II

DAS RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

Art. 4º - Compete ao Ministério da Saúde:

I - estabelecer requisitos mínimos para os instrumentos formais de contratualização, com vistas à qualidade e segurança na atenção hospitalar;

II - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizados, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada;

III - estabelecer financiamento específico, de fonte federal, para a atenção à saúde indígena nos hospitais;

IV - acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização e realizar auditorias, quando necessário;

V - desenvolver metodologia e sistema informatizado para acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização por meio de indicadores gerais e indicadores das redes temáticas e Segurança do Paciente;

VI - garantir a manutenção, adequação e aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação em saúde no âmbito da atenção hospitalar;

VII - realizar cooperação técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS);

IX - promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e

X - estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo.

Art. 5º - Compete aos entes federativos contratantes:

I - definir a área territorial de abrangência e a população de referência dos hospitais sob sua gestão, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas;

II - definir as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sócio-demográficas da região de saúde, conforme pactuação na CIB e na CIR, bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas;

III - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizadas, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada;

IV - prever metas e compromissos específicos para a atenção à saúde indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e suas especificidades socioculturais, conforme pactuação no âmbito do subsistema de saúde indígena;

V - gerenciar os instrumentos formais de contratualização sob sua gestão, visando à execução das ações e serviços de saúde e demais compromissos contratualizados;

VI - realizar a regulação das ações e serviços de saúde contratualizados, por meio de:

a) estabelecimento de fluxos de referência e contra referência de abrangência municipal, regional, estadual e do Distrito Federal, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR;

b) implementação de protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares e definição dos pontos de atenção, bem como suas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar; e

c) regulação do acesso às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação;

VII - instituir e garantir o funcionamento regular e adequado da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32;

VIII - controlar, avaliar, monitorar e auditar, quando couber, as ações e serviços de saúde contratualizadas, na forma de:

a) dispositivos de autorização prévia dos procedimentos ambulatoriais e de internação hospitalar, salvo em situações em que fluxos sejam definidos *a priori* com autorização *a posteriori*;

b) monitoramento da produção, avaliando sua compatibilidade com a capacidade operacional e complexidade do hospital e de acordo com o previsto no instrumento formal de contratualização;

c) monitoramento e avaliação das metas por meio de indicadores quali-quantitativos; e

d) monitoramento da execução orçamentária com periodicidade estabelecida no instrumento formal de contratualização;

IX - alimentar o sistema de informação previsto no inciso V do art. 4º, quando disponibilizado;

X - apresentar prestação de contas do desempenho dos hospitais contratualizados com formatos e periodicidade definidos, obedecida à legislação vigente;

XI - realizar investigação de denúncias de cobrança indevida de qualquer ação ou serviço de saúde contratualizado prestada pelo hospital ou profissional de saúde;

XII - cumprir as regras de alimentação e processamentos dos seguintes sistemas:

a) Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

b) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS);

c) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS);

d) Sistema Nacional de Agravo de Notificação (SINAN);

e) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC);

f) Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); e

g) outros sistemas que venham a ser criados no âmbito da atenção hospitalar no SUS;

XIII - promover, no que couber, a transferência gradual das atividades de atenção básica realizadas pelos hospitais para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme a pactuação local;

XIV - promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das RAS;

XV - promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e

XVI - estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo.

CAPÍTULO III

DAS RESPONSABILIDADES DOS HOSPITAIS

Art. 6º - As responsabilidades dos hospitais, no âmbito da contratualização, se dividem nos seguintes eixos:

I - assistência;

II - gestão;

III - ensino e pesquisa; e

IV - avaliação.

Seção I

Do Eixo de Assistência

Art. 7º - Quanto ao eixo de assistência, compete aos hospitais:

I - cumprir os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência;

II - cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de alta complexidade e determinações de demais atos normativos;

III - utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores;

IV - manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco;

V - realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização;

VI - assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP;

VII - implantar e/ou implementar as ações previstas na Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações:

a) implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente;

b) elaboração de planos para Segurança do Paciente; e

ADVERTÊNCIA: Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União.

- c) implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;
- VIII - implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);
- IX - garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;
- X - garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado;
- XI - garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Documento Descritivo de que trata o inciso II do art. 23;
- XII - promover a visita ampliada para os usuários internados;
- XIII - garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas;
- XIV - prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;
- XV - disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;
- XVI - notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica; e XVII - disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica.

Seção II Do Eixo de Gestão

- Art. 8º - Quanto ao eixo de gestão, compete aos hospitais:
- I - prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada;
 - II - informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;
 - III - garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico;
 - IV - disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor;
 - V - dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica;
 - VI - dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica;
 - VII - garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS;
 - VIII - disponibilizar brinquedoteca quando oferecer serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local;
 - IX - dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;
 - X - garantir, em permanente funcionamento e de forma integrada, as Comissões Assessoras Técnicas, conforme a legislação vigente;
 - XI - divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;
 - XII - assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;
 - XIII - dispor de Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma;
 - XIV - alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;
 - XV - registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor;
 - XVI - disponibilizar aos gestores públicos de saúde dos respectivos entes federativos contratantes os dados necessários para a alimentação dos sistemas de que trata o inciso XII do art. 5º; e XVII - participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32.

Seção III Do Eixo de Ensino e Pesquisa

- Art. 9º - Quanto ao eixo de ensino e pesquisa, compete aos hospitais:
- I - disponibilizar ensino integrado à assistência;
 - II - oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional;
 - III - garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário;
 - IV - ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com o gestor público de saúde local;
 - V - desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída, conforme pactuado com o gestor público de saúde; e
 - VI - cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos, caso o estabelecimento seja certificado como Hospital de Ensino (HE).

Seção IV Do Eixo de Avaliação

- Art. 10 - Quanto ao eixo de avaliação, compete aos hospitais:
- I - acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;
 - II - avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;
 - III - avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;
 - IV - participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;
 - V - realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e
 - VI - monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.
- Art. 11 - Os hospitais contratualizados monitorarão os seguintes indicadores gerais:
- I - taxa de ocupação de leitos;
 - II - tempo médio de permanência para leitos de clínica médica;
 - III - tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos; e
 - IV - taxa de mortalidade institucional.

ADVERTÊNCIA: Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União.

Art. 12 - Os hospitais contratualizados que disponham de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) monitorarão, ainda, os seguintes indicadores:

- I - taxa de ocupação de leitos de UTI; e
- II - densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC).

Art. 13 - Poderão ser criados outros indicadores a serem monitorados, além dos dispostos nesta Portaria, através de pactuação entre o gestor público de saúde e os hospitais.

§ 1º - Os hospitais que compõem as Redes temáticas de Atenção à Saúde monitorarão e avaliarão todos os compromissos e indicadores previstos nos atos normativos específicos de cada rede e de Segurança do Paciente.

§ 2º - O Ministério da Saúde criará ferramenta que viabilize o monitoramento do rol mínimo de indicadores previstos nesta Portaria, além dos indicadores das redes temáticas e de Segurança do Paciente.

CAPÍTULO IV DO FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS

Art. 14 - Todos os recursos públicos de custeio e investimento que compõem o orçamento do hospital serão informados no instrumento formal de contratualização, com identificação das respectivas fontes, quais sejam, federal, estadual, distrital ou municipal.

Parágrafo único - No instrumento formal de contratualização será informado, ainda, o valor estimado relativo às renúncias e isenções fiscais e subvenções de qualquer natureza na hipótese de contratualização com hospitais privados sem fins lucrativos.

Art. 15 - Para efeito desta Portaria, considera-se:

I - incentivo financeiro: todo valor pré-fixado destinado ao custeio de um hospital, repassado de forma regular e automática aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou diretamente às universidades federais, condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas específicos, definidos por regimentos próprios;

II - orçamentação global: modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio, apresentados em planilha separadamente;

III - orçamentação parcial: a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado;

IV - valor pós-fixado: todo valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal; e

V - valor pré-fixado: a parte dos recursos financeiros provisionada ao hospital contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para desembolso no período contratado.

Art. 16 - Os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos serão financiados, preferencialmente, por orçamentação parcial, de acordo com o perfil assistencial, infraestrutura, recursos humanos e seu papel na RAS.

Art. 17 - O valor pré-fixado será composto:

I - pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade; e

II - por todos os incentivos de fonte federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas quali-quantitativas.

§ 1º - Integram o componente pré-fixado dos instrumentos formais de contratualização os seguintes incentivos financeiros:

I - Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH);

II - Incentivo de custeio das Redes Temáticas de Atenção à Saúde;

III - Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI);

IV - recursos do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF);

V - valores referentes ao Fator de Incentivo ao Ensino e Pesquisa (FIDEPS), extinto pela Portaria nº 1.082/GM/MS, de 2005;

VI - Incentivo de Integração ao SUS (Integrarus);

VII - outros recursos pré-fixados de fonte estadual ou municipal; e VIII - outros recursos financeiros pré-fixados que venham a ser instituídos.

§ 2º - O IGH será regulamentado em ato normativo específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 18 - A parte pós-fixada será composta pelo valor de remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do FAEC, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante.

Art. 19 - O gestor público de saúde do ente federativo contratante poderá definir valores adicionais às partes pré-fixada e pósfixada, caso tenha capacidade de financiamento com fonte própria.

Art. 20 - Quando acordado entre as partes, a contratualização poderá ser feita no modelo de orçamentação global, sendo que o repasse dos recursos será condicionado ao cumprimento das metas e compromissos formalizados, monitorados e avaliados periodicamente e que será calculada levando em consideração:

I - a infraestrutura tecnológica (porte, equipamentos e serviços);

II - o perfil assistencial;

III - a capacidade e produção de serviços (recursos humanos e desempenho de produção); e

IV - o custo regional de materiais e serviços.

CAPÍTULO V DA CONTRATUALIZAÇÃO

Seção I

Do Instrumento Formal de Contratualização

Art. 21 - A contratualização será formalizada por meio de instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar.

Parágrafo único - Para fins da contratualização hospitalar, recomenda-se que todos os instrumentos formais de contratualização que envolvam a prestação de ações e serviços de saúde em um mesmo estabelecimento sejam celebrados pelo gestor público de saúde do respectivo ente federado contratante, mesmo havendo a oferta e cofinanciamento de ações e serviços por outro ente federado.

Art. 22 - O instrumento formal de contratualização será composto por duas partes indissociáveis:

I - o termo do instrumento formal de contratualização propriamente dito, respeitadas as legislações pertinentes, especialmente quanto aos prazos de vigência; e

II - o Documento Descritivo de que trata a Seção II deste Capítulo.

ADVERTÊNCIA: Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União.

- Art. 23 - O instrumento formal de contratualização conterá, no mínimo:
- I - as responsabilidades do hospital quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa;
 - II - as responsabilidades da União, Estado, Distrito Federal e Municípios;
 - III - os recursos financeiros, suas fontes e a forma de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade na assistência prestada;
 - IV - as sanções e penalidades conforme legislação específica;
 - V - a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32;
 - VI - o Documento Descritivo, contendo as metas quali-quantitativas e indicadores de monitoramento.
- Art. 24 - A contratualização poderá ser firmada, dentre outros, pelos seguintes instrumentos:
- I - Convênio: firmado entre o gestor do SUS com entidades beneficentes sem fins lucrativos, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 5 de maio de 2010, e com Empresas e Fundações Públicas;
 - II - Contrato Administrativo: firmado entre o gestor do SUS e entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto de contrato for compra de ações e serviços de saúde, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 2010;
 - III - Contrato de Gestão: firmado entre gestores do SUS e a entidade privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social (OS), conforme Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998;
 - IV - Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP):
é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando estabelecimentos públicos de saúde situados no território de um Município estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, conforme a Portaria nº 161/GM/MS, de 21 de janeiro de 2010;
 - V - Termo de Parceria: instrumento firmado entre o gestor do SUS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), conforme a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999;
 - VI - Termo de Compromisso ou Contrato de Gestão: firmado entre o gestor do SUS e o hospital sob sua gerência e gestão.
- § 1º - As regras do PCEP não se aplicam aos hospitais universitários federais, conforme a Portaria nº 161/GM/MS, de 2010.
- § 2º - As alterações no instrumento de contratualização dar-se-ão mediante assinatura das partes em termos próprios (Termo Aditivo, Apostilamento ou outros) e publicação em Diário Oficial pelo gestor contratante, conforme normativa de cada esfera de Governo.

Seção II Do Documento Descritivo

- Art. 25 - O Documento Descritivo é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa de acordo com o estabelecido nesta Portaria, acrescido das especificidades locais e anexo ao termo do instrumento formal de contratualização.
- Art. 26 - O Documento Descritivo conterá, no mínimo:
- I - a definição de todas as ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital;
 - II - a definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizadas;
 - III - a definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados;
 - IV - a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização;
 - V - a definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho; e
 - VI - a definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme modelo anexo a esta Portaria.
- Art. 27 - O Documento Descritivo terá validade máxima de 24 (vinte e quatro) meses, devendo ser renovado após o período de validade, podendo ser alterado a qualquer tempo quando acordado entre as partes.
- Parágrafo único - As alterações do Documento Descritivo serão objeto de publicação oficial.

Seção III Do Repasse dos Recursos Financeiros

- Art. 28 - O repasse dos recursos financeiros pelos entes federativos aos hospitais contratualizados será realizado de maneira regular, conforme estabelecido nos atos normativos específicos e no instrumento de contratualização, e condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Documento Descritivo.
- § 1º - O valor pré-fixado dos recursos de que trata o *caput* serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma:
- I - 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas; e
 - II - 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas.
- § 2º - Os percentuais de que tratam os incisos I e II poderão ser alterados, desde que pactuados entre o ente federativo contratante e o hospital e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas.
- § 3º - O não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local.
- Art. 29 - O hospital que não atingir pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e Documento Descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local.
- Art. 30 - O hospital que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% (cem por cento) por 12 (doze) meses consecutivos terá as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados, com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária.
- Art. 31 - Os incentivos de fonte federal serão repassados de forma regular aos hospitais, de acordo com normas específicas de cada incentivo, previstas no instrumento formal de contratualização.
- § 1º - A variação ou suspensão dos valores dos repasses dos incentivos federais deverão constar em cláusula contratual de acordo com percentuais estabelecidos no § 1º do art. 28.
- § 2º - Salvo em caso de descumprimento de cláusulas contratuais, o não repasse dos valores dos incentivos federais ao prestador incorrerá na suspensão prevista no inciso II do art. 37 da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, ou no art. 2º da Portaria nº 2.617/GM/MS, de 1º de novembro de 2013, conforme o caso.

Seção IV Da Comissão de Acompanhamento da Contratualização

- Art. 32 - Será instituída pelo ente federativo contratante a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que será composta, no mínimo, por 1 (um) representante do ente federativo contratante e um representante do hospital contratualizado.
- ADVERTÊNCIA: Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União.*

- § 1º - A Comissão de que trata o caput monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados, devendo:
- I - avaliar o cumprimento das metas quali-quantitativas e físico-financeiras;
 - II - avaliar a capacidade instalada; e
 - III - readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias.
- § 2º - A composição da Comissão de que trata o caput será objeto de publicação no Diário Oficial do ente federativo contratante ou publicação equivalente.

CAPÍTULO VI
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 33 - Caberá a todas as esferas de gestão do SUS o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada esfera de gestão.

Parágrafo único - O monitoramento e avaliação poderão ser executados por meio de sistemas de informações oficiais e visitas *in loco*.

Art. 34 - Caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), a avaliação da correta aplicação dos recursos financeiros de que trata esta Portaria.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35 - A regulamentação dos processos de contratualização dos hospitais públicos e privados com fins lucrativos com menos de 50 (cinquenta) leitos operacionais e dos hospitais sem fins lucrativos com menos de 30 (trinta) leitos operacionais serão objeto de atos normativos específicos do Ministro de Estado da Saúde.

Parágrafo único - As contratualizações ocorridas antes da publicação dos atos normativos específicos de que trata o caput deverão ocorrer em consonância com os princípios e diretrizes da PNHOSP.

Art. 36 - O Ministério da Saúde desenvolverá e implementará sistema de monitoramento para contratualização dos hospitais integrantes do SUS.

Art. 37 - A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicará no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, em até 30 (trinta) dias contado da publicação desta Portaria, documento instrutivo sobre a gestão dos incentivos das Redes Temáticas Assistenciais.

Art. 38 - Os gestores do SUS terão o prazo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contado da data de publicação desta Portaria, para firmar os instrumentos formais de contratualização com os hospitais sob sua gestão.

Art. 39 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 40 - Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 1.702/GM/MS, de 17 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 159, do dia seguinte, seção 1, página 79;

II - a Portaria nº 1.703/GM/MS, de 17 de agosto de 2004, publicada no DOU nº 159, do dia seguinte, seção 1, página 81;

III - a Portaria nº 2.352/GM/MS, de 26 de outubro de 2004, publicada no DOU nº 208, do dia 28 seguinte, seção 1, página 83;

IV - a Portaria nº 1.721/GM/MS, de 21 de setembro de 2005, publicada no DOU nº 183, do dia seguinte, página 51; e

V - a Portaria nº 3.123/GM/MS, de 7 de dezembro de 2006, publicada no DOU nº 235, do dia seguinte, seção 1, página 100.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO

Programação Orçamentária		
Pós-Fixado	Mensal R\$	Anual R\$
Alta Complexidade		
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC		
Subtotal		
Pré-Fixado	Mensal R\$	Anual R\$
Média da Produção de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Série Histórica definida em Portaria específica)		
Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)		
Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)		
INTEGRASUS		
FIDEPS		
Incentivo financeiro 100% SUS Portaria nº 929/GM/MS de 10 de maio de 2012.		
Programa de Reestruturação dos Hospitais Federais - REHUF		
Recursos Financeiros de fonte Municipal (citar objeto ou programa)		
Recursos Financeiros de fonte do Estadual ou Distrito Federal (citar objeto ou programa)		
Incentivo Redes Temáticas de Atenção à Saúde (citar rede)		
Outras fontes de Recursos Financeiros (citar a fonte)		
Subtotal		
Total		

(*) Publicada nesta data por ter sido omitida no DOU de 2/1/2014.

ADVERTÊNCIA: Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União.



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ITAIPULÂNDIA - PR

Lista de presença

2ª Reunião Extraordinária, a realizar-se no dia ~~20 de março~~ ^{04 Abril}, as 13h30min, sala de reuniões do Paço municipal, Centro, Itaipulândia – PR

Membros atuais:	Assinatura:
Ademir Fank	Ademir Fank
Cecília Romano Orellana	Cecília Maria Romano Orellana
Claudinei Ferreira	Claudinei Ferreira
Andreia Bonhemberg	Andreia Bonhemberg
Vera Lucia Tomazi	Vera Lucia Welter Tomazi
Dulce Elias Onorato	Dulce Elias Onorato
Helberto Kolberg	Helberto Kolberg
Jaqueline Silvestri	Jaqueline Silvestri
Joceméri J Machado Kestring	Joceméri J. Machado Kestring
Loraine Ficher Fin	Loraine J. Fin
Loreci Cristina Lipke	Loreci Cristina Lipke
Sidnei Huther	Sidnei Huther
Liane Marlize Lipke Borges	Liane Marlize Lipke Borges
Walter O.Hurtado	Walter O.Hurtado
Katiussa Maiara dos Santos	Katiussa m. dos Santos
Marcia Tak Parizotto	Marcia Tak Parizotto
Nádia Lorena Gonzales Mendoza	suplente.
Izaias Cardoso de Souza	
Joao Batista Rodrigues	
Edioezar Osvaldo Fleck	Edioezar O. Fleck
Eloi Seibert	
Patrícia Rodrigues da Silva	
Francisca Maria Dos Santos Badeca	Francisca Maria dos S. Badeca
Edna Fiuza de Andrade	Edna Fiuza de Andrade
Dilson furtado	suplente
Silvane G. Lang	suplente
Marli Werle	suplente.
Lenir Fernandes Klajn	suplente.
Lirio de Lima	Lirio de Lima

