



PROJETO DE LEI Nº
De 23 de fevereiro de 2024

Autoriza a transferência de recursos vinculados que especifica ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão, em estado de Intervenção, por prazo determinado, para serem destinados ao custeio de despesas mensais, com vistas ao restabelecimento e/ou manutenção dos serviços em assistência médico-hospitalar, e dá outras providências.

O PODER LEGISLATIVO DE CAMPO MOURÃO, Estado do Paraná, aprova e eu, Prefeito Municipal, sanciono a seguinte Lei:

LEI:

Art. 1º O Município de Campo Mourão fica autorizado a transferir ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão, pessoa jurídica de direito privado, instituída sem finalidade lucrativa, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 80.612.294/0001-41, os seguintes recursos vinculados, para serem destinados ao custeio de despesas mensais, com vistas ao restabelecimento e/ou manutenção dos serviços em assistência médico-hospitalar:

I - Recursos do Teto MAC, remanejado do Estado para o Município, em conformidade com as Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde - SESA, que são expedidas esporadicamente, com a fixação dos valores;

II - Recursos correspondentes ao pós-fixado alta complexidade e pós-fixado média complexidade do Contrato nº 210/2023 e seu Anexo POA – Plano Operativo Anual, celebrado entre o Município de Campo Mourão e o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão.

Parágrafo único. O motivo ensejador da autorização prevista neste artigo, que se dará pelo prazo especificado no artigo 4º desta Lei, é a Intervenção do Município de Campo Mourão no Hospital Santa Casa de Misericórdia, em face da desassistência médico-hospitalar decorrente de problemas financeiros e de gestão.

Art. 2º O Teto MAC consiste em um recurso do Fundo Nacional de Saúde, destinado a despesas com ações e serviços públicos de saúde, que são





repassados pela União na modalidade Fundo a Fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, sendo organizados e transferidos na forma Blocos de Financiamento: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, conforme Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O Teto MAC a que se refere o inciso I do artigo 1º desta Lei trata-se de recurso que o Governo Federal repassa ao Governo do Estado do Paraná como parte do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, e o Estado, nos limites de sua competência, define a forma de distribuição e contempla o Município de Campo Mourão com determinado valor para ser destinado à produção referente à estruturação da rede de urgência e emergência e rede materno infantil, para atendimento à população própria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão, tudo em conformidade com as Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde – SESA, que são expedidas esporadicamente, com a fixação dos montantes.

Art. 3º Os recursos correspondentes ao pós-fixado alta complexidade e pós-fixado média complexidade do Contrato nº 210/2023 e seu Anexo POA – Plano Operativo Anual, a que se refere o inciso II do artigo 1º desta Lei, trata-se de recurso destinado ao custeio de um Hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo Hospital e autorizada pelo gestor municipal, conforme definido pela Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, do Ministério da Saúde.

Art. 4º A autorização a que se refere o artigo 1º desta Lei vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data em que o Município de Campo Mourão decretou a Intervenção no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão, por meio do Decreto nº 10.808, de 09 de fevereiro de 2024, podendo ser prorrogado, mediante justificativa e autorização legislativa.

Art. 5º A Secretaria Municipal de Saúde ficará obrigada a fiscalizar a aplicação de todos os recursos transferidos por força desta Lei, além das demais obrigações legais e contratuais, sendo que semestralmente deverá enviar ao Poder Legislativo relatório, acompanhado de planilha de transferência e aplicação dos recursos.

Parágrafo único. Para a elaboração da planilha de transferência e aplicação de recursos a que se refere o “caput” deste artigo, a Secretaria Municipal de Saúde deverá solicitar apoio ao Interventor do Hospital, nomeado pelo Decreto nº 10.808, de 09 de fevereiro de 2024, e possíveis alterações posteriores.

Art. 6º Na hipótese de a Intervenção decretada pelo Município de Campo Mourão no Hospital Santa Casa de Misericórdia se findar antes do prazo





Município de **CAMPO MOURÃO**

Cidade Escola

previsto no Decreto nº 10.808, de 09 de fevereiro de 2024, e possíveis alterações, a autorização a que se refere esta Lei perderá automaticamente a sua eficácia.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

PAÇO MUNICIPAL "10 DE OUTUBRO"
Campo Mourão, 23 de fevereiro de 2024

Tauillo Tezelli
Prefeito Municipal

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 23/02/2024 13:57 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSSE <https://c.atende.net/p65d8ce608f3a3>.





MENSAGEM JUSTIFICATIVA AO PROJETO DE LEI Nº

Senhor Presidente;

Senhores Vereadores;

Encaminho para Vossas Senhorias o Projeto de Lei que “Autoriza a transferência de recursos vinculados que especifica ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão, em estado de Intervenção, por prazo determinado, para serem destinados ao custeio de despesas mensais, com vistas ao restabelecimento e/ou manutenção dos serviços em assistência médico-hospitalar, e dá outras providências.”

Na data de 10 de fevereiro de 2024 o Município realizou a Intervenção no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão, cujo ato administrativo foi legitimado pelo Decreto nº 10.808, de 09 de fevereiro de 2024.

Os “considerandos” registrados no referido Decreto detalham os motivos que culminaram na decisão de Intervenção Administrativa no nominado Hospital. Em suma, o fato determinante para o ato foi a desassistência médico-hospitalar decorrente de problemas financeiros e de gestão.

Pois bem: o Interventor e sua equipe, ao adentrarem no Hospital, tiveram conhecimento da real situação e constataram, de plano, que sem o pagamento dos honorários médicos e fornecedores de insumos e materiais básicos, nenhum serviço poderá ser restabelecido ou mantido. Paralelo a isso, constataram que as contas bancárias da instituição estão sem saldo.

Diante desse quadro caótico, o Sr. Prefeito solicitou uma visita do Secretário de Estado da Saúde, o qual atendeu prontamente e se deslocou a esta cidade com a sua equipe. Dentre as contribuições que o Governo do Estado fará em breve, destacam-se subvenções para a aquisição de medicamentos e cessão ou doação de equipamentos.

Além disso, a equipe da Secretaria de Estado da Saúde orientou os técnicos do Município a utilizarem recursos vinculados para o custeio de despesas mensais, de forma temporária e excepcional, para que seja possível





restabelecer e/ou manter os serviços em assistência médico-hospitalar, quais sejam:

- os recursos do Teto MAC, remanejado do Estado para o Município, em conformidade com as Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde – SESA, que são expedidas esporadicamente, com a fixação dos valores;

- os recursos correspondentes ao pós-fixado alta complexidade e pós-fixado média complexidade do Contrato nº 210/2023 e seu Anexo POA – Plano Operativo Anual (protocolo digital nº 41353/2023, processo administrativo nº 432/2023, inexigibilidade de licitação nº 057/2023), celebrado entre o Município de Campo Mourão e o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão.

Conforme Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, o Teto MAC consiste em um recurso do Fundo Nacional de Saúde, destinado a despesas com ações e serviços públicos de saúde, que são repassados pela União na modalidade Fundo a Fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, sendo organizados e transferidos na forma Blocos de Financiamento: i) Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; ii) Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

O Teto MAC objeto deste Projeto de Lei trata-se de recurso que o Governo Federal repassa ao Governo do Estado do Paraná como parte do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde. E o Estado, nos limites de sua competência, define a forma de distribuição e contempla o Município de Campo Mourão com determinado valor, para ser destinado à produção referente à estruturação da rede de urgência e emergência e rede materno infantil, para atendimento à população própria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão, tudo em conformidade com as Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde – SESA, que são expedidas esporadicamente, com a fixação dos montantes.

Já os recursos correspondentes ao pós-fixado alta complexidade e pós-fixado média complexidade do Contrato nº 210/2023 e seu Anexo POA – Plano Operativo Anual, que também é objeto deste Projeto de Lei, trata-se de recursos destinados ao custeio de um Hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, calculado a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo Hospital e autorizada





pelo gestor municipal, conforme definido pela Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, do Ministério da Saúde.

Destarte, buscando a legalidade e transparência de seus atos e, especialmente, o restabelecimento e manutenção da assistência médico-hospitalar em favor da população, elaborou-se este Projeto de Lei, para que os Nobres Edis autorizem o Poder Executivo Municipal transferir recursos vinculados ao Hospital Santa Casa de Misericórdia para o custeio de despesas mensais, pelo período de 12 (doze) meses, tempo este que acredita-se que a entidade consiga superar a crise financeira e manter as atividades em pleno funcionamento,

Por derradeiro, esclareço que deixo de apresentar a estimativa de impacto orçamentário e financeiro previsto no inciso I do artigo 16 da Lei Complementar Federal nº 101, de 4 maio de 2000, haja vista que este Projeto de Lei além de não implicar em aumento de despesas de caráter continuado, os recursos a serem liberados não são recursos próprios municipais, mas sim recursos advindos dos Governos Federal e Estadual.

Desta forma, venho mui respeitosamente submeter o presente Projeto de Lei a essa Egrégia Casa Legislativa para aprovação, solicitando sua tramitação **em regime de urgência**.

Reitero aos Nobres Edis os meus votos de profundo respeito e admiração.

PAÇO MUNICIPAL “10 DE OUTUBRO”
Campo Mourão, 23 de fevereiro de 2024



Assinado eletronicamente por:
TAUILLO TEZELLI
234.841.109-10
23/02/2024 13:56:56

Assinatura digital avançada com certificado digital não ICP-Brasil.

Tauillo Tezelli
Prefeito Municipal



ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA N 3.992, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2017.

Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde 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, 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. 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.” (NR)

“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:

I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e

II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

§ 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.

§ 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:

I - a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados;

II - o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual do Estado, do Distrito Federal e do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e

III - o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do Sistema Único de Saúde - SUS em sua respectiva esfera de competência.

§ 3º A vinculação de que trata o inciso I do § 2º é válida até a aplicação integral dos recursos relacionados a cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem ao repasse, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorreu o ingresso no fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

§ 4º Enquanto não forem investidos na sua finalidade, os recursos de que trata este artigo deverão ser automaticamente aplicados em fundos de aplicação financeira de curto prazo, lastreados em títulos da dívida pública federal, com resgates automáticos, observado o disposto no art. 1122.

§ 5º Os rendimentos das aplicações financeiras de que trata o § 4º serão obrigatoriamente aplicados na execução de ações e serviços públicos de saúde relacionados ao respectivo Bloco de Financiamento, estando sujeitos às mesmas finalidades, regras e condições de prestação de contas exigidas para os recursos transferidos.” (NR)

“Art. 4º O repasse dos recursos de que trata o artigo 3º ao Estado, ao Distrito Federal e ao Município fica condicionado à:

I - instituição e funcionamento do Conselho de Saúde, com composição paritária, na forma da legislação;

II - instituição e funcionamento do Fundo de Saúde;

III - previsão da ação e serviço público de saúde no Plano de Saúde e na Programação Anual, submetidos ao respectivo Conselho de Saúde;

IV - apresentação do Relatório Anual de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde; e

V - alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS, consoante previsto em ato específico do Ministério da Saúde.” (NR)

“Art. 5º Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio de que trata o inciso I do caput do art. 3º serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios em conta corrente única e destinar-se-ão:

I - à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde; e

II - ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio para o pagamento de:

I - servidores inativos;

II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;

III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;

IV - pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município ou do Estado; e

V - obras de construções novas, bem como de ampliações e adequações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.” (NR)

“Art. 6º Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde de que trata o inciso II do caput do art. 3º serão transferidos em conta corrente única, aplicados conforme definido no ato normativo que lhe deu origem, e destinar-se-ão, exclusivamente, à:

I - aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde;

II - obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e

III - obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.” (NR)

“Art. 7º Os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos conforme definido em seus atos normativos, devendo ser movimentados em conta corrente específica, respeitadas as normas estabelecidas em cada acordo firmado.” (NR)

“Art. 8º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento poderão ser acrescidos de recursos específicos:

I - pactuados na Comissão Intergestores Tripartite - CIT; e/ou

II - para atender a situações emergenciais ou de riscos sanitários e epidemiológicos.

Parágrafo único. Os recursos de que trata o caput devem ser aplicados em conformidade com o respectivo ato normativo.” (NR)

“CAPÍTULO I

DA OPERACIONALIZAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS FEDERAIS AOS ESTADOS, AO DISTRITO FEDERAL E AOS MUNICÍPIOS, A SEREM REPASSADOS DE FORMA AUTOMÁTICA, SOB A MODALIDADE FUNDO A FUNDO, EM CONTA CORRENTE ÚNICA PARA CADA BLOCO DE FINANCIAMENTO

Art. 1121. Ficam definidas as orientações para operacionalização das transferências de recursos federais aos Estados, Distrito Federal e Municípios, a serem repassados de forma automática, sob a modalidade fundo a fundo, em conta corrente única para cada Bloco de Financiamento de que trata esta Portaria.” (NR)

“Art. 1122. As contas correntes únicas dos Blocos de Financiamento para operacionalização das transferências de recursos federais aos Estados, Distrito Federal e Municípios serão abertas pelo Ministério da Saúde, por meio da Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS, por processo automático, para os Blocos de Financiamento de que trata o art. 3º, exclusivamente, nas seguintes instituições financeiras oficiais federais:

I - Banco do Brasil S/A; e

II - Caixa Econômica Federal.

§ 1º A Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS deverá firmar acordos de cooperação com as instituições financeiras oficiais federais de que trata este artigo, para estabelecer as regras de operacionalização.

§ 2º Cabe aos gestores dos fundos de saúde dos Estados, dos Municípios ou do Distrito Federal beneficiários dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde:

I - efetuar os registros necessários para regularização das contas correntes junto às instituições financeiras oficiais federais em até cinco dias úteis após sua abertura pela Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS; e

II - definir se os recursos deverão ser mantidos em aplicação financeira de curto prazo, lastreados em títulos da dívida pública federal, com resgates automáticos, prevista no § 4º do art. 3º, ou se serão transferidos para caderneta de poupança.

“Art. 1123. A Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS somente abrirá contas correntes, nas instituições financeiras de que trata o art. 1122, vinculadas ao Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica -CNPJ próprio do respectivo fundo de saúde, nos termos das normas editadas pela Secretaria da Receita Federal do Brasil.” (NR)

“Art. 1124. Os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão movimentados por meio de contas correntes específicas, observado o disposto no art. 7º.” (NR)

“Art. 1125. Os recursos financeiros relativos às ações vinculadas a cada Bloco de Financiamento serão transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios conforme cronograma de desembolso do Fundo Nacional de Saúde, obedecida a programação financeira da Secretaria do Tesouro Nacional.” (NR)

“Art. 1126. A solicitação de alteração do domicílio bancário pelo gestor de saúde deverá ser feita por meio de encaminhamento de expediente ao Diretor-Executivo do Fundo Nacional de Saúde, caso em que o novo domicílio bancário deve ser mantido por, no mínimo, um ano.” (NR)

“Art. 1127. As regras de formação da nomenclatura das contas correntes serão definidas em ato específico do Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS.” (NR)

“Art. 1128. A Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá expedir normas e orientações complementares para a operacionalização das transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a serem repassados de forma automática, sob a modalidade fundo a fundo.” (NR)

“Art. 1147. Sem prejuízo de outras formas de controle realizadas pelo Ministério da Saúde, a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios far-se-á, para o Ministério da Saúde, por meio do Relatório de Gestão, que deve ser elaborado anualmente e submetido ao respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre direitos e deveres dos usuários da saúde, da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde.” (NR)

“Art. 1148. Os órgãos e entidades finalísticos responsáveis pela gestão técnica das políticas de saúde e os órgãos responsáveis pelo monitoramento, regulação, controle e avaliação dessas políticas devem acompanhar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e proceder à análise dos Relatórios de Gestão, com vista a identificar informações que possam subsidiar o aprimoramento das políticas de saúde e a tomada de decisões na sua área de competência.

Parágrafo único. Sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo e do disposto no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, sempre que constatadas irregularidades, os órgãos e entidades de que trata o caput devem indicar a realização de auditoria e fiscalização específica pelo componente federal do Sistema Nacional de Auditoria - SNA que, sempre que possível, deverá atuar de maneira integrada com os demais componentes.” (NR)

“Art. 1150. Para fins de transparência, registro de série histórica e monitoramento, bem como em observância ao disposto no inciso VII do caput do art. 5º do Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001, a Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS divulgará, em seu sítio eletrônico, as informações sobre as transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o custeio e investimento de ações e serviços públicos de saúde, organizando-as e identificando-as por grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação, tais como:

I - Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde:

- a) Atenção Básica;
- b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- c) Assistência Farmacêutica;
- d) Vigilância em Saúde; e
- e) Gestão do SUS;

II - Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde:

- a) Atenção Básica
- b) Atenção Especializada
- c) Vigilância em Saúde;
- d) Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS; e
- e) Gestão do SUS.

§ 1º O Ministério da Saúde poderá estabelecer formas complementares de organização e identificação das informações sobre as transferências de recursos federais, com vistas ao monitoramento de programas, projetos e estratégias específicos relacionados à política de saúde.

§ 2º As formas complementares de organização e identificação a que se refere o § 1º não ensejarão, em hipótese alguma, necessidade de identificação, nos orçamentos dos Municípios, Estados e Distrito Federal, de Programas de Trabalho mais específicos que aqueles existentes no Orçamento Geral da União que deram origem ao repasse.” (NR)

“Art. 1154. O Órgão Setorial do Sistema Federal de Planejamento e Orçamento divulgará, anualmente, em ato específico, o detalhamento dos Programas de Trabalho das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde que serão onerados pelas transferências de recursos federais referentes a cada Bloco de Financiamento.” (NR)

Art. 2º Os saldos financeiros das contas correntes vinculadas aos recursos federais transferidos em datas anteriores à vigência desta Portaria e organizados sob a forma de Blocos de Financiamento de Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Gestão do SUS, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde poderão ser transferidos para a conta corrente única do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, devendo ser observados:

I - a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados; e

II - o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos que regulamentaram o repasse à época do ingresso dos recursos no fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

Art. 3º Os recursos pendentes de repasse referentes a propostas e projetos de investimento com execução financeira iniciada em data anterior à entrada em vigor desta Portaria serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para as mesmas contas em que foram transferidas as parcelas anteriores.

Art. 4º A Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS e o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, em articulação com as áreas técnicas pertinentes do Ministério da Saúde, adotarão as providências necessárias à implementação do disposto nesta Portaria em até trinta dias após a data de sua publicação.

Art. 5º As citações aos Blocos de Financiamento da Atenção Básica; da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; da Vigilância em Saúde; da Assistência Farmacêutica; e da Gestão do SUS, feitas nos atos normativos anteriores à data de publicação desta Portaria, devem ser interpretadas, no que couber, como referências ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, de que trata o inciso I do caput do art. 3º da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017.

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

Art. 7º Ficam revogados os Anexos I e III à Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

RICARDO BARROS

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



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.

CAPITULO 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

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 de 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 qualitativos 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.

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 regramentos 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 (Integrasus);

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 pós-fixada, 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.

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.

§ 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. [\(Prazo prorrogado por 365 dias, a partir de 31/12/2014 pela PRT GM/MS nº 2.839 de 29.12.2014\)](#)

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.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

DELIBERAÇÃO Nº 024/2024 - 18/01/2024

A Comissão Intergestores Bipartite do Paraná – CIB-PR, **considerando**:

- A pactuação entre os Gestores Estadual e Municipais;
- A necessidade da continuidade do custeio das ações de Média e Alta Complexidade para a garantia da atenção à população no estado do Paraná;
- Remanejamento de recursos do Teto MAC Estadual para o município de Foz do Iguaçu, Umuarama, Apucarana, Londrina, Francisco Beltrão, Campo Mourão, Pato Branco, Terra Boa, Colorado e Maringá.

Salienta-se que os valores remanejados aos Fundos Municipais são intrinsecamente de responsabilidade do Gestor Municipal, bem como a utilização efetiva do recurso conforme pactuação.

Aprova “Ad referendum” remanejamento de recursos do Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade, da Competência Janeiro/2024 – Parcela 02/2024, conforme abaixo:

Onde se lê:

| ORIGEM | DESTINO | ASSUNTO | VALOR (R\$) |
|-----------------|---------------|--|--------------|
| Gestão Estadual | Foz do Iguaçu | Referente estruturação das redes de atenção às urgências e rede materno infantil do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, período de janeiro a abril de 2024 com recomposição do teto em maio de 2024. | 2.615.901,55 |
| | Umuarama | Referente recursos para Associação Beneficente de Saúde do Noroeste – NOROSPAR, para atendimento de gestação de alto risco aos municípios que compõe a 12ª RS, período de janeiro a março de 2024 com recomposição do teto em abril de 2024. | 150.000,00 |
| | | Referente ao atendimento dos usuários do SUS p/ tratamento de glaucoma para residentes da 11ª e 13ª Regional de Saúde, período de janeiro a abril de 2024 com recomposição do teto em maio de 2024. | 58.993,38 |
| | Apucarana | Referente ao custeio de consultas médicas especializadas, período de janeiro a dezembro de 2024 com recomposição do teto em janeiro de 2025. | 12.000,00 |
| | | Referente ao custeio de atendimentos de radioterapia no Hospital Nossa Senhora das Graças-Hospital da Providência de Apucarana de pacientes da 16ª e 22ª RS, período de janeiro a março de 2024 com recomposição do teto em abril de 2024. | 150.000,00 |
| | Londrina | Referente ao custeio de atendimentos excedentes relacionados à população referenciada ao Hospital do Câncer de Londrina, período de janeiro a fevereiro de 2024 com recomposição do teto em fevereiro de 2024. | 880.000,00 |

| | | |
|---|--|--|
|  | COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ Secretaria de Estado da Saúde – SESA Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR | |
|---|--|--|

| | | | |
|------------------------|-------------------------------|--|--------------------------|
| Gestão Estadual | Francisco Beltrão | Referente a recursos de estruturação da urgência e emergência do Hospital São Francisco para atendimento dos 27 municípios da 08ª RS, período de janeiro a fevereiro de 2024 com recomposição do teto em fevereiro de 2024. | 150.000,00 |
| | | Referente ao custeio de atendimentos de radioterapia no hospital CEONC, período de janeiro a fevereiro de 2024 com recomposição do teto em fevereiro de 2024. | 150.000,00 |
| | Campo Mourão | Referente a estruturação da rede de urgência e emergência e rede materno infantil, para atendimento à população própria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão, período de janeiro a abril de 2024 com recomposição do teto em maio de 2024. | 550.000,00 |
| | Pato Branco | Referente aos procedimentos, ações e serviços de média complexidade no escopo da Rede materno infantil, período de janeiro a dezembro de 2024 com recomposição do teto em janeiro de 2025. | 23.500,00 |
| | | Referente ao custeio de ações e serviços de média e alta complexidade hospitalar para atendimentos referenciados dos municípios da 07ª Regional de Saúde, período de janeiro a fevereiro de 2024 com recomposição do teto em fevereiro de 2024. | 250.000,00 |
| | Terra Boa | Referente ao custeio de ações e serviços hospitalares, período de janeiro a abril de 2024 com recomposição do teto em maio de 2024. | 70.000,00 |
| | Maringá | Referente ao tratamento de diálise peritoneal automatizada do paciente Bryan Henrique Mendes Souza, residente no município de Amaporã, período de janeiro a dezembro de 2024 com recomposição do teto em janeiro de 2025. | 71,74 |
| | Colorado | Referente ao custeio de atendimentos do Hospital Santa Clara a pacientes oriundos da 14ª RS. Prot.19.366.913-1, período de janeiro a março de 2024 com recomposição do teto em abril de 2024. | 50.000,00 |
| <u>Umuarama</u> | <u>Gestão Estadual</u> | <u>Referente ao custeio de atendimentos na especialidade de cardiologia do Inst. Nossa Senhora Aparecida – INSA Ofício 085/2022-ADM.</u> | <u>150.000,00</u> |

Leia-se:

| ORIGEM | DESTINO | ASSUNTO | VALOR (R\$) |
|-----------------|---------------|--|--------------------------|
| Gestão Estadual | Foz do Iguaçu | Referente estruturação das redes de atenção às urgências e rede materno infantil do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, período de janeiro a abril de 2024 com recomposição do teto em maio de 2024. | 2.615.901,55 |
| | Umuarama | Referente recursos para Associação Beneficente de Saúde do Noroeste – NOROSPAR, para atendimento de gestação de alto risco aos municípios que compõe a 12ª RS, período de janeiro a março de 2024 com recomposição do teto em abril de 2024. | 150.000,00 |
| | | Referente ao atendimento dos usuários do SUS p/ tratamento de glaucoma para residentes da 11ª e 13ª Regional de Saúde, período de janeiro a abril de 2024 com recomposição do teto em maio de 2024. | 58.993,38 |
| | Umuarama | <u>Referente ao custeio de atendimentos na especialidade de cardiologia do Inst. Nossa Senhora Aparecida – INSA Ofício 085/2022-ADM., período de janeiro de 2024 a agosto de 2025 com recomposição do teto em setembro de 2025.</u> | <u>150.000,00</u> |
| | | Referente ao custeio de consultas médicas especializadas, | 12.000,00 |

| | | | |
|-----------------|---|--|------------|
| Gestão Estadual | Apucarana | período de janeiro a dezembro de 2024 com recomposição do teto em janeiro de 2025. | |
| | | Referente ao custeio de atendimentos de radioterapia no Hospital Nossa Senhora das Graças-Hospital da Providência de Apucarana de pacientes da 16ª e 22ª RS, período de janeiro a março de 2024 com recomposição do teto em abril de 2024. | 150.000,00 |
| | Londrina | Referente ao custeio de atendimentos excedentes relacionados à população referenciada ao Hospital do Câncer de Londrina, período de janeiro a fevereiro de 2024 com recomposição do teto em fevereiro de 2024. | 880.000,00 |
| | Francisco Beltrão | Referente a recursos de estruturação da urgência e emergência do Hospital São Francisco para atendimento dos 27 municípios da 08ª RS, período de janeiro a fevereiro de 2024 com recomposição do teto em fevereiro de 2024. | 150.000,00 |
| | | Referente ao custeio de atendimentos de radioterapia no hospital CEONC, período de janeiro a fevereiro de 2024 com recomposição do teto em fevereiro de 2024. | 150.000,00 |
| | Campo Mourão | Referente a estruturação da rede de urgência e emergência e rede materno infantil, para atendimento à população própria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão, período de janeiro a abril de 2024 com recomposição do teto em maio de 2024. | 550.000,00 |
| | Pato Branco | Referente aos procedimentos, ações e serviços de média complexidade no escopo da Rede materno infantil, período de janeiro a dezembro de 2024 com recomposição do teto em janeiro de 2025. | 23.500,00 |
| | | Referente ao custeio de ações e serviços de média e alta complexidade hospitalar para atendimentos referenciados dos municípios da 07ª Regional de Saúde, período de janeiro a fevereiro de 2024 com recomposição do teto em fevereiro de 2024. | 250.000,00 |
| | Terra Boa | Referente ao custeio de ações e serviços hospitalares, período de janeiro a abril de 2024 com recomposição do teto em maio de 2024. | 70.000,00 |
| | Maringá | Referente ao tratamento de diálise peritoneal automatizada do paciente Bryan Henrique Mendes Souza, residente no município de Amaporã, período de janeiro a dezembro de 2024 com recomposição do teto em janeiro de 2025. | 71,74 |
| Colorado | Referente ao custeio de atendimentos do Hospital Santa Clara a pacientes oriundos da 14ª RS. Prot.19.366.913-1, período de janeiro a março de 2024 com recomposição do teto em abril de 2024. | 50.000,00 | |

CARLOS ALBERTO GEBRIM
 PRETO:573820509
 04

Assinado de forma digital por CARLOS ALBERTO GEBRIM
 PRETO:57382050904
 Dados: 2024.01.22 16:03:38 -03'00'

Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto
(Beto Preto)
 Secretário de Estado da Saúde do Paraná

FABIO DE MELLO:
 03734638984

Assinado digitalmente por FABIO DE MELLO03734638984
 DN: C=BR, OU=Videconferencia, OU=207078200134, OU=AC, S=Secretaria Municipal, CN=CP-Bras, CN=FABIO DE MELLO03734638984
 Razão: Eu sou o autor deste documento
 Localização: sua localização de assinatura aqui
 Data: 2024.01.22 16:35:41-0300
 Foxit PDF Reader Versão: 11.2.2

Fabio de Mello
 Presidente do COSEMS/PR