



COMISSÃO DE FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO

PROJETO DE LEI Nº 21, DE 2007

Dispõe sobre a responsabilidade sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas.

Autor: Deputado Dr. Rosinha

Relator: Deputado Rogério Carvalho

I – RELATÓRIO

1. Vem ao exame desta Comissão de Finanças e Tributação – CFT, o Projeto de Lei (PL) nº 21, de 2007, de autoria do deputado Dr. Rosinha, que estabelece instrumentos legais para apurar responsabilidades e aplicar sanções aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) que descumprirem injustificadamente as suas obrigações.

2. Vejamos, em apertada síntese, o conteúdo do Projeto: O projeto é constituído de 39 artigos, e encontra-se subdividido em seis capítulos: “das disposições preliminares”, “das responsabilidades sanitárias”, “das infrações administrativas e das penalidades”, “da fiscalização, controle e avaliação”, “do direito de defesa” e “das disposições gerais”.

2.1 No primeiro capítulo são feitas declarações sobre a saúde e sobre os gestores do setor saúde já consignadas na Constituição, por outros diplomas jurídicos, pela doutrina e jurisprudência, de modo a consolidar em um único texto a normatividade esparsa do setor e explicitar a saúde como bem de elevada tutela jurídica. Assim, o art.1º do Projeto diz que a saúde é



um direito público subjetivo e o art. 2º define como gestor aquele dirigente que é responsável pela execução das políticas de saúde, expressas em planos de saúde. O art. 15 completa essa definição ao consignar que agente público é todo aquele que exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função no âmbito do SUS.

2.2 No capítulo II, é abordado, primeiramente, o tema das transferências de recursos entre os Fundos de Saúde. Define-se que as três esferas de governo devem alocar recursos para o setor, conforme estabelecido na Constituição e em leis específicas. Como condição inicial para que efetuem transferências entre as esferas de governo, prevê o projeto que existam Fundos de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, Prestação semestral de informações para um Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde e alocação de recursos conforme previsto na Constituição e na Lei nº 8.142, de 1990.

2.3 Os planos de saúde, objeto do art. 7º da proposição (seção II, do capítulo II), são a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS. De acordo com o projeto, eles serão plurianuais, operacionalizados mediante programação anual, com explicitação de metas e recursos financeiros, e submetidos à aprovação do respectivo conselho de saúde. Além disso, define critérios (epidemiológicos, demográficos e de organização de serviços) e conteúdo para a elaboração dos Planos de Saúde, bem como veda a realização de despesas que não estejam previstas no documento, salvo em situações de emergências ou de calamidade pública.

2.4 Definem-se prazos para que os Planos de Saúde sejam analisados pelos Conselhos de Saúde, e que os Estados e Municípios



apliquem 15% dos recursos transferidos em ações e serviços básicos de saúde.

2.5 A seção III do Capítulo II trata do relatório de gestão. Este é definido no art. 9º como o instrumento que permite verificar, anualmente, a execução do Plano de Saúde. Esta seção ainda dispõe sobre os itens que deverão constar no relatório de gestão.

2.6 A seção IV, do Capítulo II, trata dos Conselhos de Saúde. Determina que eles sejam organizados segundo diretrizes legais de âmbito nacional, mantendo reuniões mensais. Determina que o Ministério da Saúde ou que as Secretarias de Saúde propiciem condições necessárias para o funcionamento dos Conselhos.

2.7 O Capítulo II se encerra com a definição de uma série de comissões, a saber: de ética, de infecção hospitalar e ambulatorial, de verificação de óbito e de prevenção de acidentes de trabalho, que devem funcionar em todos os serviços de saúde, inclusive do setor privado. Do mesmo modo, obriga a notificação dos agravos considerados de notificação compulsória e das mortes encefálicas à Central de Notificação, Transplante e Captação de Órgãos do estado.

2.8 No Capítulo III, que aborda as infrações administrativas e penalidades, é definida uma nova modalidade de infração administrativa específica para atos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Ela consiste na desobediência ao que se determina no texto sob análise (art. 13), como por exemplo, a não execução do plano de saúde, a não elaboração do relatório de gestão – instrumento de prestação de contas da execução do plano de saúde, ou a não submissão do relatório para apreciação pelo Conselho de Saúde.

2.9 Essas penalidades são independentes da responsabilidade civil ou criminal, inclusive de atos de improbidade administrativa. O projeto menciona alguns textos legais, como o Código Penal, a lei que define crimes



de responsabilidade dos diversos gestores e a que trata de sanções a agentes públicos em casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandatos ou cargos. Não exclui, ainda, outros documentos legais correlacionados.

2.10 As infrações administrativas, segundo sua gravidade, serão punidas alternada ou cumulativamente com: (a) penas de advertência ou multa e (b) declaração de inidoneidade para contratar ou conveniar com o Sistema Único de Saúde (art.16). Pode ser aplicada a entes privados em casos de reincidência de infração grave.

2.11 As infrações graves (art. 17, §2º) são as que causam prejuízos diretos ou implicam risco de prejuízo para a saúde da população, restringem o direito de o Conselho de Saúde exercer suas funções ou impedem ou dificultam o acompanhamento da aplicação de recursos do Fundo de Saúde pelo sistema de controle interno, externo e pelo controle social.

2.12 No capítulo IV são definidas as ações de fiscalização, controle e avaliação a serem efetivadas no âmbito do SUS. Nesse sentido, obriga a que tais ações sejam feitas por amostragem e que sejam verificados os itens constantes do relatório de gestão. São estabelecidos, ainda, vários aspectos relativos à aplicação de multas e demais penalidades, bem como de quais são as autoridades competentes para aplicá-las. Estas seriam o Ministro da Saúde, Secretários de Saúde, servidores públicos auditores fiscais do Sistema Único de Saúde e autoridades do Sistema de Vigilância Sanitária de cada esfera de governo.

2.13 Em prosseguimento, o Capítulo V, demarca o direito de defesa nos processos administrativos, definindo prazos, formas de recursos e instâncias de apreciação.

2.14 No último capítulo (Capítulo VI), que aborda disposições gerais, o projeto concede ao Ministério da Saúde a faculdade de instituir incentivos para os entes federados que alcançarem as metas previstas. Determina que



sejam criadas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites no âmbito da União e dos Estados e do Distrito Federal, incumbidas de discutirem e decidirem questões sobre a rede regionalizada e hierarquizada de saúde em todos os seus aspectos.

3. Ressalto que a Relatoria permanece em intenso contato com diversos órgãos e setores para a viabilização política da proposta. Assim é que realizamos diversas reuniões em busca de consenso e aperfeiçoamento da matéria, geralmente envolvendo o Ministério da Saúde, o ex-relator e deputado Pepe Vargas, o deputado Dr. Rosinha (autor), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a liderança do governo, o núcleo da seguridade social e família da bancada do PT e, no Senado Federal, o senador Humberto Costa que é autor de projeto similar ao PL nº 21, de 2007, e realiza atividades legislativas pertinentes ao tema da responsabilidade sanitária naquela Casa (audiências, comissões especiais etc.), entre outras.

4. Há de se ressaltar o Seminário “Caminhos para o SUS da Universalidade e Integralidade” realizado na Câmara dos Deputados no dia 10 de outubro de 2011, no auditório Nereu Ramos, onde e quando foi exaustivamente apresentado o teor das propostas sobre responsabilidade sanitária e acolhidas manifestações que são objeto do Substitutivo em anexo. No aludido seminário, contou-se com a participação e fala de diversos segmentos sociais como a Sra. Beatriz Dobashi (presidente do CONASS), Sr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi (presidente do CONASEMS), Sr. Fernando Luiz Eliotério (representante dos usuários no Conselho Nacional de Saúde), Luiz Augusto Fachinni (presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO), Sra. Maria Aparecida Godoi (presidente da Confederação Nacional dos Trabalhadores



em Seguridade Social - CNTSS), Sra. Solange Aparecida Caetano (presidente da Federação Nacional dos Enfermeiros).

5. No campo institucional, o seminário contou com a presença e fala do deputado Saraiva Felipe (presidente da Comissão de Seguridade Social e Família), deputado Darcísio Perondi (presidente da Frente Parlamentar da Saúde), Sra. Isabel Porto (do Conselho Nacional do Ministério Público), Sr. Roberto Luiz D'ávila (do Conselho Federal de Medicina), Sr. Manoel Carlos Neri da Silva (do Conselho Federal de Enfermagem), Sr. Ailton Diogo Rodrigues (do Conselho Federal de Odontologia), Sr. Wladimir Guimarães Taborda (do estado de São Paulo, representante das Organizações Sociais), além dos representantes do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e do Ministério da Saúde (MS).

6. Por fim, realizamos uma Audiência Pública na Comissão de Seguridade Social e Família, no dia 19 de junho de 2012, para tratar especificamente do tema Responsabilidade Sanitária, e na qual foi discutida a primeira versão do substitutivo ora apresentado. Participaram Fausto Pereira dos Santos, Assessor Especial do Ministro da Saúde (MS), Jovita José Rosa, Conselheira do Conselho Nacional de Saúde (CNS), José Ênio Servilha Duarte, Secretário Executivo do CONASEMS, e Rene José Moreira dos Santos, Conselheiro do CONASS.

7. O projeto foi distribuído para ser apreciado pelas Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF), Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP), Finanças e Tributação (CFT) e de Constituição Justiça e Cidadania (CCJ).

8. O projeto já foi apreciado na CSSF, recebendo parecer favorável com inclusão de 5 emendas. Estas têm o seguinte conteúdo:



CÂMARA DOS DEPUTADOS
GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO

Número da Emenda na CSSF	Dispositivo alterado no Projeto	Conteúdo
Emenda nº1 CSSF	Art. 39 (cláusula de vigência)	Concede prazo de 2 anos para implementação dos efeitos da lei nos municípios de até 100 mil hab; 1 ano para os municípios com até 500 mil hab., e implantação imediata para os demais municípios.
Emenda nº 2 CSSF	Art. 7º, §6º (adiciona novo dispositivo)	Visa impedir ou dificultar a discriminação de pacientes do SUS face os pacientes dos planos privados de saúde, garantindo tratamento igualitário
Emenda nº 3 CSSF	Art. 8º, §3º (adiciona novo dispositivo)	Busca definir o que são ações e serviços básicos de saúde, para fins de melhor cumprimento da lei.
Emenda nº 4 CSSF	Art. 8º, §4º (adiciona novos dispositivo)	Proíbe a terceirização dos serviços considerados finalísticos das instituições de saúde para grupos privados, inclusive para serviços públicos de outra esfera administrativa.
Emenda nº 5 CSSF	Art. 11, parágrafo único (adiciona novo dispositivo)	Determina que os gestores realizem pesquisa de opinião junto aos usuários dos serviços do SUS, com o objetivo de dimensionar a eficiência e outras informações relevantes para o aperfeiçoamento da prestação dos serviços. Coaduna-se com os princípios da participação social na gestão do SUS e do controle social.



9. Por sua vez, a CTASP também já se manifestou favoravelmente ao projeto, na forma do parecer da CSSF e das emendas 1, 2, 3 e 5 dessa Comissão, rejeitando, portanto, a Emenda nº 4 da CSSF.

10. Conforme despacho inicial da Mesa da Câmara dos Deputados, compete à CFT analisar o mérito do projeto e a sua adequação orçamentária e financeira.

11. Nesta Comissão, aberto o prazo regimental de 5 sessões para recebimento de emendas, nenhuma emenda foi apresentada.

12. Era o que havia de importante a relatar. Passo a proferir o voto.

II – VOTO DO RELATOR

13. De acordo com o art. 53, inciso II, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados (RICD), compete à CFT o exame dos aspectos financeiro e orçamentário públicos, quanto à sua compatibilidade ou adequação com o plano plurianual, com a lei de diretrizes orçamentárias e com o orçamento anual, e para o exame do mérito, quando for o caso. Como dito, o despacho inicial da Mesa grafa o exame do mérito e de adequação por parte desta Comissão.

14. Nesse sentido, o PL nº 21, de 2007, deve ser apreciado integralmente por esta Comissão sob o prisma financeiro e orçamentário e sua circa meritória, haja vista o propósito de estabelecer uma Lei de Responsabilidade Sanitária.

DO EXAME DE ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

15. O exame de compatibilidade determinado pelo inciso II, do art. 53, do RICD é a análise que se faz sobre a conformidade da proposição legislativa com o plano plurianual (PPA), com a lei de diretrizes



orçamentárias (LDO) e com o orçamento anual (LOA) e com as normas pertinentes a eles e à receita e despesas públicas.

16. Nada obstante, seguindo os termos do art. 32, inciso X, alínea h, do RICD e diante do teor do presente projeto, verifica-se que o PL nº 21, de 2007, não implica aumento ou diminuição da receita ou da despesa da União para com o setor Saúde, ou sequer repercute, de qualquer modo, sobre os respectivos orçamentos, sua forma ou seu conteúdo.

17. O projeto trata de gestão do setor Saúde em seu sentido científico e, por isso mesmo, mais digno e honroso, uma vez que busca colacionar governança ao setor Saúde – no sentido de aparelho administrativo para fazer funcionar as políticas públicas de saúde.

18. Nesse contexto, adentram as capacidades de comando, coordenação, intervenção e implementação. Mas a governança trazida pelo projeto não é só instrumento e meio operacional, deve-se considerar a participação social, a inclusão social e a transparência da ação estatal, incluído o conceito de “accountability”, enquanto reforço da prestação de contas e cobrança por parte dos usuários dos serviços públicos. Em nada desses tópicos há infiltração de mudanças na atual positivação orçamentária ou financeira.

19. Diga-se de passagem, que é bastante polêmico exigir recursos a mais da população sem a cabal demonstração de um gasto qualificado. E mais, as demandas do setor saúde precisam de uma ampla base de financiamento e novas fontes, diante do envelhecimento da população, aspectos epidemiológicos e custo das novas tecnologias. Logo, a legitimidade para obtenção de mais recursos para a saúde passa por um modelo de relações intrafederativo organizado, compartilhado, adequado ao gerencialismo público moderno, inclusive com controle social e “accountability” que mostre para a sociedade para onde vai o recurso e se ele está sendo bem empregado.



20. É apenas sobre tal aspecto de gestão dos recursos públicos que há um toque com matéria orçamentária, ainda assim em uma concepção bastante ampla. Não há, pois, no projeto entelado nenhuma receita nova, dispensa, anulação, cancelamento de receita, ou ainda criação de despesas, e muito menos alteração na forma ou no conteúdo dos orçamentos.

21. Em linhas gerais, o projeto consolida boa parte das ações interfederativas praticadas e expressas nas normas reguladoras do setor Saúde (NOB's – normas operacionais básicas; NOAS – normas operacionais de assistência à saúde, ou os atuais Pactos pela Saúde – pela vida, em defesa do SUS e de gestão). E inova da seguinte maneira:

- Os governos passam a exigir um dos outros (a União dos Estados e do Distrito Federal, estes dos Municípios e os Municípios da União e dos Estados) o cumprimento de metas de desempenho, com cobrança de resultados e avaliação do grau de satisfação do usuário.
- Essas metas estão firmadas no Plano de Saúde, mediante pacto federativo.
- Então, a Lei de Responsabilidade sanitária tem o fito de estabelecer instrumentos para os gestores atenderem às exigências de desempenho previstas no Plano de Saúde.

22. Todavia, o projeto não expressa que para isso seriam firmados contratos de ação pública com cada uma das regionais sanitárias em que seria dividido o País, bem como deixa de conceber outros instrumentos para viabilizar o escopo central e concretizar a pactuação interfederativa, tais como, o mapa sanitário, as diretrizes para a descentralização, a pactuação da responsabilidade sanitária de cada ente, o sistema de garantia de acesso, e a rede interfederativa de saúde, que viabiliza a governança, entre outros aspectos.

23. E o projeto não o fez, diga-se com ênfase, porque não havia acúmulo de conhecimento do setor Saúde na época, uma vez que o setor se



constrói a cada dia. Esses aspectos justificam a necessidade de apresentação de um Substitutivo, que se analisará no tópico específico do mérito, mais adiante.

24. Por ora, é mister dizer que a execução dessas determinações postas no projeto só dependeria da capacidade de organização da Federação brasileira, sem criação de ônus e encargos adicionais, mantendo incólume os gastos e receitas previstos na legislação orçamentária do setor Saúde.

25. Ou seja, no que tange a compreensão de cooperação e coordenação intergovernamental, sabe-se que a atuação dos entes federados brasileiros no campo da saúde deverá ser mais de uma federação cooperativa¹ do que de uma federação compartimentalizada e de pouco entrelaçamento, justamente em face das peculiaridades determinantes impostas pela Constituição – formação de um Sistema Único de Saúde que pertence aos três níveis de governo.

26. Portanto, no âmbito da lei orçamentária anual de 2014 (LOA Lei – nº 12.952, de 2014), o projeto não traz implicação orçamentária ou financeira, por disciplinar matéria referente à governança para o SUS e espaço de cooperação intragovernamental.

27. No que se refere à Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2014 (LDO – Lei nº 12.919, de 2013), ao Plano Plurianual para 2012-2015 (PPA 2012-2015 Lei nº 12.593, de 2012) e à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF Lei Complementar nº 101, de 2000), nos termos dos arts. 14, 17 e 24, as disposições previstas no projeto de lei sob análise não conflitam com as normas nelas traçadas.

¹ Entende-se que a federação cooperativa comporta graus diversos de intervenção do poder federal e se caracteriza por formas de ação conjunta entre instâncias de governo, nas quais as unidades subnacionais guardam significativa autonomia decisória e capacidade própria de financiamento.



28. Igualmente as emendas apresentadas na CSSF, no seu conteúdo, também não refletem conexão com aspectos financeiros e orçamentários, inclusive, por serem proposições acessórias seguem a sorte da proposição principal.

29. Repita-se: o objeto do projeto é criar uma Lei de Responsabilidade da Saúde que defina metas e a competência de cada ente federado no atendimento à saúde, mediante pactuação entre eles, que será consolidada no Plano de Saúde. Diante disso pode-se estabelecer punições em caso de não-cumprimento das diretrizes definidas no Plano de Saúde. Conquanto o projeto disponha sobre a Responsabilidade Sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas e, nesses termos, traga uma expressão próxima da Lei de Responsabilidade Fiscal, em absolutamente nada a proposição afeta as receitas ou as despesas públicas – não colaciona implicação orçamentária ou financeira.

30. Em assim sendo, à CFT não cabe afirmar se a proposição e Emendas da CSSF são adequadas, nos termos do art. 9º da NI-CFT (norma interna da Comissão). A proposição, então, deve ser submetida ao exame de seu mérito.

DO MÉRITO

31. O projeto de lei em tela aborda pontos importantes. Para tanto, o Projeto abarca as seguintes matérias na área da saúde: planos de saúde, relatório de gestão, conselhos de saúde, responsabilidade do gestor, infrações administrativas e crimes de responsabilidade sanitária. São, ainda, pontos fortes do projeto a valorização do planejamento e da avaliação em saúde, por meio de planos, metas, ações programadas e relatórios de gestão.

32. Nada obstante, o Projeto de Lei em tela inova o ordenamento jurídico e avança no sentido de instrumentalizar o controle social do sistema



público de saúde brasileiro. Se em meio à atual carência de recursos também há malversação de verbas públicas, o presente projeto de lei estabelece os instrumentos legais adequados para evitar tais malversações.

33. São essas as razões, quanto ao mérito, que nos levam a aprovar a proposição, uma vez que se defende que o Brasil tenha uma Lei de Responsabilidade da Saúde, que Estados, Distrito Federal, Municípios e a União tenham metas claras a serem cumpridas, relatórios públicos do alcance dessas metas e possibilidade de punição dos gestores, sejam municipais, estaduais ou federal, caso essas metas sejam desobedecidas.

34. Acredita-se que essa legislação propicia uma profissionalização da gestão da saúde, com a melhoria dos processos internos, aprimoramento da gestão e, sobretudo, aumento da responsabilidade sobre a saúde nos vários níveis de governo.

35. A elaboração da Lei de Responsabilidade Sanitária está em discussão na Câmara dos Deputados desde 2004, mediante a proposta originalmente apresentada pelo deputado Roberto Gouveia. E, diante do arquivamento da proposição, o deputado Dr. Rosinha reapresentou o projeto em 2007, que foi novamente arquivado ao final da legislatura subsequente (ano de 2011), sendo que por meio de requerimento apresentado por seu autor nos primeiros dias da nova legislatura, o projeto foi desarquivado, retornando ao seu curso normal com a designação desta relatoria.

36. Ou seja, só nesse percurso se vão aproximadamente nove anos de tramitação de relevante tema. Nesse ínterim diversos aspectos normativos correlacionados ao projeto tornaram-se normas jurídicas. Exemplifica-se a formalização das comissões intergestores em saúde, por meio da Lei Arlindo Chinaglia (Lei nº 12.466, de 2011), inclusive com competência para dispor sobre a assistência terapêutica e incorporação tecnológica no SUS, via Lei Tião Viana (Lei nº 12.401, de 2011), a



regulamentação da EC 29 por meio da Lei Complementar nº 141, de 2012, bem como sobre os pactos de gestão (Decreto nº 7.508, de 2011).

37. Nada obstante, o projeto merece ser atualizado, uma vez que aqueles instrumentos centrais para a responsabilidade sanitária ainda carecem de positivação jurídica, porquanto não existe legislação definindo responsabilidade sanitária no significado de compromisso público que o gestor de saúde deve assumir no âmbito do SUS, muito menos a formalização juspolítica do contrato entre os entes federados, a assunção de metas e controle que privilegie a avaliação dos resultados obtidos, assim como as respectivas penalidades pela má versação dos recursos do setor Saúde. Ora, tratando-se de obrigações, controle administrativo e sanções jurídicas, o campo de atuação é a lei em sentido formal e estrito.

38. Nesse passo, há exigência de lei "strictu sensu" para as matérias que dizem respeito ao planejamento da saúde, a assistência à saúde e a cooperação e articulação interfederativa. Por isso que o Decreto nº 7.508, de 2011, não é instrumento adequado e não dispõe de todos os mecanismos necessários para os fins aqui propostos: planejamento, descentralização e mapeamento das necessidades de saúde, clara definição dos serviços ofertados pelo SUS e realização de contratos entre os entes Federados, com a identificação dos responsáveis.

39. Igualmente, o projeto em apreço, mesmo com as emendas da CSSF, ainda assim não carrega todos os instrumentos necessários para cumprir o objetivo a que se propõe.

40. Por sua vez, o projeto também carece de uma retificação de técnica legislativa, na medida em que há sobreposição e/ou antinomia com outros dispositivos previstos na Lei nº 8.080, de 1990, e Lei nº 8.142, de 1990, sem expressa referência de substituição ou revogação, conforme prevê a Lei Complementar nº 95, de 1998, que dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis.



41. Portanto, a apresentação do Substitutivo tem o fito de viabilizar a matéria, inclusive sob o aspecto político tanto junto ao Poder Executivo da União, mediante o Ministério da Saúde, como das entidades representativas dos estados e dos municípios no tocante ao setor Saúde (CONASS e CONASEMS), bem como perante o Senado Federal, na figura do senador Humberto Costa, pois naquela Casa Legislativa tramita proposição, de sua autoria, com íntima conexão de mérito com este projeto.

42. E assim se fez porque o setor Saúde necessita de agilidade de elaboração e amparo legal para uso de instrumentos de governança e cooperação interfederativo.

43. Logo, considerando que o projeto é altamente didático e na CFT se analisa o mérito da matéria, vislumbrou-se a plena possibilidade de completar e aperfeiçoar a presente proposição, por meio de Substitutivo para apoiar a louvável iniciativa, produzindo legislação que dê suporte ao processo de contratualização entre os entes Federados. O referido Substitutivo tem o seguinte conteúdo.

DO SUBSTITUTIVO: DOS ELEMENTOS QUE O ORIENTAM E O FUNDAMENTAM. E DO SEU DETALHAMENTO.

44. Pode-se detalhar o Substitutivo Projeto da seguinte forma:

- Para se garantir acesso integral ao cidadão, é preciso saber quantas pessoas serão atendidas, obedecendo ao princípio constitucional da **universalidade**. Não se pode limitar a assistência apenas aos moradores de determinada cidade, mas a todos que precisarem de atendimento. Portanto, é necessário identificar os Usuários de Direito (todos os brasileiros) e os Usuários de Referência (os que usam o SUS, sejam residentes ou não-residentes daquela localidade, trazendo a noção de território).



- A seguir, define-se o que o SUS vai oferecer. É a chamada **Integralidade**. Esta diz respeito às necessidades de todos e de cada um no campo da saúde, em cada momento da vida. Assim, a integralidade define o que o Estado brasileiro vai prestar em termos de ações e serviços de saúde, por meio de pacto entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Essa integralidade é dinâmica, a cada momento histórico há necessidade de desenvolver o padrão e atualizá-lo às tecnologias existentes.
- O passo seguinte é fazer o **Planejamento Sanitário**. Mas para fazer um planejamento sanitário, torna-se necessário: (a) Fazer o **Plano de Saúde**, isto é, quantificar o que é necessário produzir de ações e serviços individuais e coletivos para atender à saúde da população total existente num dado território; (b) fazer a **Descentralização** via Regiões de Saúde, isto é, conferir capacidade produtiva, normativa, tecnológica, gerencial, de gestão, de financiamento, de recursos humanos e de poder decisório da União e dos Estados aos municípios e regiões, para que estes executem as ações e serviços de saúde individual e coletiva; (c) fazer o **Mapa Sanitário**, isto é, a cartografia de um determinado território do SUS, descrevendo a distribuição espacial existente dos aparelhos, dos estabelecimentos, dos insumos, dos recursos humanos, do tipo de atendimento, de política das ações e serviços individuais e coletivos ofertados nesse território.
- Chama-se atenção para o fato de que decorre do planejamento sanitário a formação das **regiões de saúde**.
- Brota dessa sistemática a **Responsabilidade Sanitária**, que é o ato de cada ente federado responsabilizar-se pela quantidade e qualidade de ações e serviços de saúde individuais e coletivos, assumindo a obrigação de produzir, distribuir, financiar, garantir acesso, cumprir metas, atender a indicadores sanitários e demais regras estipuladas



para atender a População Total e Usuária do Sistema Único de Saúde – SUS (população de direito e população referenciada), sem excluir as atuais obrigações estabelecidas.

- Diante da Responsabilidade Sanitária se pode fazer a Pactuação do **Contrato Organizativo De Ação Pública de Saúde**. Explica-se: a Responsabilidade Sanitária pactuada é firmada em Contrato Organizativo De Ação Pública, que corresponde ao compromisso público e à obrigação contratual que cada ente federado assume para executar ações e serviços de saúde individual e coletiva, o financiamento, o cumprimento de metas de produção, de indicadores sanitários, de capacitação de pessoal, de garantia de acesso, bem como as penalidades pelo descumprimento de compromisso público e obrigação contratual.
- Por conseguinte, **as punições institucionais** para o descumprimento do CAP são: (a) Suspensão de transferências voluntárias; (b) Suspensão das contratações de operações de crédito; (c) Suspensão de garantias e avais; (d) Bloqueio de valor, diretamente do Fundo Nacional da Saúde, no caso de inadimplência total ou parcial da União.
- Entretanto, quando o ente federado não cumprir sua responsabilidade sanitária ocorrerá **a Gestão Supervisionada**, no sentido de que os recursos de transferência serão supervisionados, ou seja, são aplicados sob a supervisão do ente que repassa. A punição só ocorrerá após a gestão supervisionada, que se dá mediante **Termo de Ajuste Sanitário**.

45. É de bom alvitre que o SUS conta com as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, os quais se reunirão periodicamente para definir as Portas de Entrada no Sistema, a Integralidade, o



Planejamento de Saúde e a Responsabilidade Sanitária para celebração do Contrato Organizativo de Ação Pública.

46. Não menos importante, o Substitutivo quer uma definição mais precisa do SUS, de maneira que ele é definido como o somatório da capacidade produtiva, normativa, tecnológica, gerencial, de gestão, de financiamento e de recursos humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de ações e serviços individuais e coletivos de promoção, proteção e recuperação da saúde, articulados, contínuos e executados segundo planejamento elaborado conjunta e compartilhadamente, com o objetivo de garantir acesso universal e a integralidade à saúde por meio de organização em rede que produz e distribui essas ações e serviços de saúde.

47. Pouco resta a acrescentar, de tal modo que a Responsabilidade Sanitária decorre da estrutura federal do Brasil. O termo federal significa pacto. Em essência, um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão de poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um e no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles. Então, federalismo é um sistema baseado na distribuição territorial – constitucionalmente definida e assegurada – de poder e autoridade entre instâncias de governo, de tal forma que os governos nacional e subnacionais são independentes em sua esfera própria de ação, mas interdependentes em relação ao todo orgânico e único que forma o Estado. Caracteriza-se pela não centralização, isto é, pela difusão dos poderes de governo entre muitos centros, nos quais a autoridade não resulta da delegação de um poder central, mas é conferida por sufrágio popular.

48. Vê-se que o poder é compartilhado, o que exige uma relação de equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e sua interdependência.



Esta, por sua vez, não pode ser alcançada pela ação impositiva e piramidal de um governo central, tal qual em um Estado unitário. No caso dos sistemas federais, em que vigora o poder compartilhado, constituiu-se um processo negociado e extenso de “shared decision making” – compartilhamento de decisões e responsabilidades. Nessa ocasião, a interdependência enfrenta o problema da coordenação das ações de níveis de governo autônomos, aspecto-chave para entender a produção de políticas públicas em uma estrutura federativa contemporânea. No caso, peça fundamental para compreender o SUS – e a produção de saúde do sistema público brasileiro.

49. Logo, quando se fala em cooperação intergovernamental se está a tratar da instauração de mecanismos de parceria que disponham de um espaço público para que os entes federados possam pactuar ações, regras, metas, entre outras.

49.1 O Substitutivo propõe como instrumentos de cooperação intergovernamental: acordo para a elaboração de planejamento sanitário, as diretrizes para descentralização, o mapa sanitário, a responsabilidade sanitária, e, concretamente, o próprio contrato organizativo de ação pública.

49.2 Tais instrumentos e espaços públicos perfazem um sistema de governança essencial para o funcionamento ético, eficaz e eficiente do SUS. E, diga-se de passagem, vários desses mecanismos e espaços não são novos no sistema de saúde, pois estão postos e disponíveis há bom tempo – ainda que de modo eclético e vulgarizado, sem uma concepção de governança, daí a opção de inserção na Lei Orgânica do SUS e não via lei própria, além de uma sistematização orientada e adequada.

50. Por sua vez, sabe-se que os aludidos mecanismos são na atualidade informais, não vinculam e nem responsabilizam os entes federados e sequer contam com um marco legal regulatório que dê



segurança e clareza acerca das regras da política e das atribuições de cada nível de governo para efetivar o direito à saúde e, conseqüentemente, exigir-se responsabilidade.

51. Evidentemente que em se tratando de cooperação interfederativa e de um sistema de saúde que, constitucionalmente, é estabelecido como único para todas as esferas de governo, exsurge a necessidade de uma Rede Federativa de Saúde, de modo que as ações e serviços de saúde executados pelo SUS serão organizados de forma descentralizada, regionalizada e de complementaridade, repita-se, constituindo-se em uma Organização em Rede das Ações e Serviços de Saúde.

Em face do exposto, somos pela não implicação do Projeto de Lei nº 21, de 2007, e das Emendas de nºs 1,2,3,4 e 5, todas da CSSF, em aumento de despesa ou diminuição da receita pública, não cabendo pronunciamento desta Comissão quanto aos aspectos financeiro e orçamentário públicos. Quanto ao mérito, votamos pela aprovação do Projeto de Lei nº 21, de 2007, na forma do Substitutivo anexo.

Sala das Comissões, em

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**

Relator



SUBSTITUTIVO AO PL 21/2007

Dispõe sobre a responsabilidade sanitária dos entes federados no Sistema Único de Saúde (SUS).

Autor: Deputado Dr. Rosinha

Relator: Deputado Rogério Carvalho

O **CONGRESSO NACIONAL** decreta:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a universalidade do acesso e o padrão de integralidade, com o objetivo de estabelecer as responsabilidades sanitárias da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na integração em rede federativa de suas ações e serviços de saúde.

Art. 2º Dentre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) previstos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, devem ainda ser observados os seguintes:

I – manutenção de padrão de qualidade técnica, científica e administrativa, universalmente reconhecidos e os ditames da ética profissional;

II – equidade, como forma de suprir as deficiências do tratamento igualitário de casos e situações;

III – atendimento preferencial nas regiões de saúde do domicílio da pessoa e obrigatoriedade de prover o seu encaminhamento na rede federativa, de modo resolutivo;

IV – planejamento anual que reflita as necessidades de saúde da população na região de saúde e organização da sua rede federativa em níveis de complexidade tecnológica crescente de básica, média e alta complexidade; e

V – equidade orçamentária e técnico-sanitária na região de saúde visando ao desenvolvimento e à redução das desigualdades regionais em saúde.



CAPÍTULO I

DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM REDE FEDERATIVA

Art. 3º O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pela integração das ações e serviços de promoção e recuperação da saúde e prevenção da doença, executados pelos entes federativos, de forma direta e indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, organizado em rede federativa, regionalizada, de complementaridade e hierarquizada em níveis de complexidade tecnológica crescentes, sob a ordenação da atenção básica, principal porta de acesso ao SUS.

Parágrafo único. Entende-se por rede federativa de saúde a interconexão dos entes políticos, os quais se autorregulam mediante consenso, nas instâncias colegiadas federativas de âmbito nacional, estadual e regional para organizar de maneira sistêmica a rede de ações e serviços de saúde.

Art. 4º A rede federativa de ações e serviços de saúde deve organizar-se em regiões de saúde definidas pelo Estado em articulação com os seus Municípios.

§ 1º A constituição das regiões de saúde e sua rede federativa de saúde devem observar, no tocante ao seu conteúdo técnico-sanitário, os regramentos gerais de âmbito federal e outras disposições editadas pela Comissão Intergestores Tripartite e Bipartite, conforme dispostos nos arts. 13 e 14 desta Lei.

§ 2º Os entes federativos devem observar a equidade orçamentária e técnico-sanitária na organização da rede federativa na região de saúde, na forma do disposto nos arts. 2º, inciso V, e para os fins de que trata o art. 21, parágrafo único, todos desta Lei.

Seção Única

Da regulação técnico-sanitária às ações e serviços de saúde

Art. 5º A regulação técnico-sanitária do acesso às ações e serviços de assistência à saúde, realizada pelos entes federativos, destina-se a garantir, de forma integral e equânime, o acesso à rede federativa de saúde, em



âmbito local, regional e estadual e interestadual, os quais devem atuar de maneira unificada e observar os regramentos organizativos do SUS.

Art. 6º São atribuições específicas dos agentes públicos responsáveis pela regulação, além de outras que venham a ser definidas nas comissões intergestores da saúde:

I - garantir que o acesso às ações e serviços de saúde se dê de forma transparente, integral e equânime e em prazos compatíveis com o agravo à saúde; e

II - orientar e ordenar os fluxos assistenciais na rede federativa nas regiões e entre regiões de saúde.

Parágrafo único. As atribuições técnico-regulatórias do acesso são privativas de servidores ou empregados públicos da saúde.

CAPITULO II

DA UNIVERSALIDADE DE ACESSO

Art. 7º É assegurada a universalidade de acesso às ações, serviços, tecnologia e insumos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na forma da integralidade definido no art. 10 desta Lei, preferentemente no território de sua região de saúde, e entre regiões de saúde, quando for o caso, mediante sistema de referência regional, inter-regional e interestadual definidos pelos entes federativos em consenso.

§ 1º Os entes federativos são obrigados a desenvolver, de comum acordo, metodologia capaz de garantir itinerário terapêutico na rede federativa necessário à continuidade da assistência, de forma resolutiva e em tempo compatível com o risco do agravo à sua saúde, de acordo com o sistema de referenciamento entre os serviços e seus níveis de complexidade tecnológica.

§ 2º O acesso deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico.

Art. 8º Para fins exclusivamente de planejamento sanitário, deve ser considerada a população referenciada no território, compreendida como



aquela população circulante dentro de determinado Município que, muito embora não residente neste Município, o tem como referência e utiliza os estabelecimentos, os recursos humanos, os insumos, as ações e serviços de saúde desse Município, devendo, portanto, ser mensurada para fins de elaboração do planejamento sanitário, utilizando-se como critério para definição de território.

Parágrafo único. Serão disponibilizados para Estados, Distrito Federal e Municípios o total de usuários de planos e seguros de assistência à saúde por Estado, Município e região, a fim de que Estados, Distrito Federal e Municípios elaborem o seu planejamento sanitário, objetivando pactuar a responsabilidade sanitária.

Art. 9º A identificação dos usuários de planos e seguros de assistência à saúde por Estado, Município e região não é óbice para o acesso universal no Sistema Único de Saúde (SUS),

Parágrafo único. É vedado aos estabelecimentos próprios e às instituições vinculadas ao SUS, em qualquer nível de governo, negar atendimento, inquirir e investigar, por qualquer meio, se o cidadão ou grupo que procura atendimento na rede possui ou não plano de saúde ou seguro de assistência à saúde, sob pena do agente incidir no art. 11, inciso I da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992 (Lei de Improbidade Administrativa).

CAPÍTULO III

DA INTEGRALIDADE

Art. 10 A integralidade da assistência à saúde é definida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços individuais e coletivos, preventivos, curativos, diagnósticos, terapêuticos, de promoção, proteção e manutenção da saúde, reabilitação e dispensação de medicamentos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema na rede federativa de saúde.

Art. 11 O conteúdo da integralidade da assistência à saúde deve ser definido na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), homologado no Conselho Nacional de Saúde, observadas as necessidades de saúde da



população em âmbito nacional, as condições orçamentárias de prover a sua garantia de forma universal.

Parágrafo único. A integralidade é assegurada de forma universal, igualitária e equitativa mediante observância das portas de entrada às ações e serviços de saúde.

Art. 12 A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) devem expressar o conteúdo das ações e serviços de saúde que compõe a integralidade da assistência à saúde, incluída a assistência farmacêutica correspondente à terapêutica prescrita no SUS.

§ 1º Os Estados, Distrito Federal e Municípios podem acrescentar outras ações e serviços de saúde, como também medicamentos não constantes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), no âmbito de seus territórios, devendo responder pelo seu financiamento.

§ 2º A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) devem ser publicizadas periodicamente.

§ 3º O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS, e em suas unidades de saúde;

III - estar a prescrição em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos.

§ 4º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem, mediante pactuação nas comissões intergestores correspondentes.



§ 5º Constitui-se exceção ao disposto nos incisos I a III do §4º deste artigo, o acesso a medicamentos de caráter especializado quando houver lacunas nos serviços de saúde no tocante a determinadas especialidades médicas, comprovadamente.

CAPÍTULO IV

DAS FORMULAÇÕES DAS POLÍTICAS

Art. 13 A integralidade da assistência à saúde e suas alterações serão pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, homologadas pelo Conselho Nacional de Saúde e formalizadas por meio do contrato organizativo da ação pública.

Parágrafo único. As alterações, incorporações e supressões da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) observam o disposto no art. 19-Q da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com redação dada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, ou legislação que vier a substituir.

Art. 14 Compete à direção do Sistema Único de Saúde (SUS) de âmbito nacional elaborar a proposta de integralidade e suas alterações, incorporações e supressões, para ser definida e aprovada, por consenso, na Comissão Intergestores Tripartite e homologada no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º A proposta da integralidade da assistência à saúde deve ser apresentada no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados da publicação desta Lei, e pactuado no prazo de 90 (noventa) dias.

§ 2º Ultrapassado o prazo de que trata o §1º deste artigo, no que se refere à pactuação entre os entes federados, considera-se instituída a integralidade da assistência à saúde a proposta elaborada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser submetida à consulta pública.

§ 3º Ultrapassado o prazo de que trata o §1º deste artigo sem a elaboração e apresentação da proposta de integralidade pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), compete ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) ou ao Conselho Nacional de Secretários



Municipais de Saúde (CONASEMS) apresentá-la no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias.

§ 4º São legitimados a propor alterações, incorporações e supressões na integralidade da assistência à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS):

I – todos os entes federados;

II – o Conselho Nacional de Saúde;

III – o Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde; e

IV – o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde.

Art. 15 O processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui e confere capacidade produtiva, normativa, tecnológica, gerencial, de financiamento, de recursos humanos e de poder decisório da União e dos Estados aos Municípios e Distrito Federal, para que estes executem as ações e serviços de saúde individual e coletiva.

Parágrafo único. Estão incluídos no disposto neste artigo a desconcentração, o acompanhamento e a avaliação por meio de mecanismos de controle social.

Art. 16 As diretrizes para a regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) serão pactuadas e aprovadas, por consenso, pela Comissão Intergestores Tripartite, mediante proposta apresentada pela direção do SUS de âmbito nacional.

Art. 17 Considera-se região de saúde o espaço geográfico constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhadas, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

§1º As regiões de saúde serão propostas pelos Estados em articulação e cooperação com os Municípios sob sua jurisdição, para aprovação nas Comissões Intergestores Bipartites, por consenso, considerando as diretrizes nacionais.

§2º Além da modalidade intraestadual prevista no §1º deste artigo, as regiões de saúde poderão ser:



I – interestaduais, definidas pela direção do Sistema Único de Saúde (SUS) de âmbito estadual de cada um dos entes envolvidos, mediante articulação com os Municípios interessados e aprovação no Conselho Estadual de Gestão do SUS dos correspondentes Estados; e

II – fronteiriças, definidas pela direção do Sistema Único de Saúde de âmbito federal, mediante articulação como os Municípios e Estados envolvidos.

§3º Para ser constituída, a região de saúde observará:

I – a integralidade de assistência à saúde;

II – a definição do território geográfico e da população referenciada;

III – a responsabilidade sanitária.

CAPÍTULO V

DO PLANEJAMENTO E DO MAPA SANITÁRIO

Seção I

Do Planejamento Integrado da Saúde

Art. 18 O processo de planejamento da saúde será integrado, do nível local ao regional, estadual e nacional, ouvidos os respectivos conselhos de saúde, compatibilizando-se as necessidades de saúde da população com as disponibilidades de recursos financeiros.

§ 1º O plano de saúde plurianual deverá compatibilizar as necessidades de saúde da população com as políticas e os recursos financeiros da saúde, devendo conter as suas programações anuais e as metas de saúde.

§ 2º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 3º No planejamento da saúde devem ser considerados tanto os usuários dos planos e seguros de saúde, como os serviços e as ações prEstados pela iniciativa privada, de forma complementar ao SUS ou não, os quais deverão compor o mapa da saúde regional, estadual e nacional.



Art. 19 O processo de planejamento da saúde conterà a programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva, a partir da integralidade da assistência à saúde de que trata o art.13 desta Lei.

§ 1º Considera-se programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva a quantificação do que é necessário produzir de ações e serviços individuais e coletivos para atender à saúde da população total existente num dado território.

§ 2º A União, os Estados e o Distrito Federal farão, cada um, a sua programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva, no âmbito de sua competência e observando o disposto no art. 21 desta Lei.

Art. 20 As regras gerais para conformação da programação de ações e serviços de saúde, de que trata o art. 18 desta Lei, serão pactuadas e aprovadas por consenso pela Comissão Intergestores Tripartite, mediante proposta da União, observando-se:

I – as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde apresentadas em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa;

II – a complementaridade da União e dos Estados no âmbito da saúde, com o oferecimento de apoio necessário, completando ou suprimindo capacidade produtiva, normativa, tecnológica, gerencial, de financiamento e de recursos humanos dos Municípios e Distrito Federal;

III – a identificação da população usuária de ações e serviços de saúde em cada território e unidade sistêmica;

IV – as políticas para o setor saúde pactuadas;

V – a estimativa de recursos necessários para execução da programação e sua articulação com a legislação orçamentária;

VI – fixação de metas, objetivos, mecanismos de avaliação e monitoramento da própria programação;

VII – a periodicidade de novo planejamento a cada 4 (quatro) anos, sendo revisto a cada 2 (dois) anos e podendo ser reajustado a qualquer tempo mediante fatos novos que o justifiquem;



Seção II

Do Mapa da Saúde

Art. 21 O mapa da saúde deverá ser elaborado pelo ente federativo com a finalidade de identificar a situação de saúde local e regional, pública e privada, em relação às necessidades de saúde da população, orientando o planejamento e os planos de saúde.

Parágrafo único. Para o cumprimento do caput deste artigo, o mapa sanitário deverá descrever a distribuição espacial existente dos aparelhos, dos estabelecimentos, dos insumos, dos recursos humanos, do tipo de atendimento, de política das ações e serviços individuais e coletivos ofertados e os indicadores de saúde.

Art. 22 O mapa sanitária orienta a assunção da responsabilidade sanitária dos entes federados com vistas a garantir a integralidade e o acesso universal de que tratam esta Lei.

Art. 23 As diretrizes para a conformação do mapa sanitário serão fixadas pela Comissão Intergestores Tripartite, por consenso, mediante proposta apresentada pela União.

Art. 24 Compete à direção do Sistema Único de Saúde – SUS de âmbito municipal apresentar o mapa sanitário do seu Município, em articulação e cooperação com a direção do Sistema Único de Saúde – SUS de âmbito estadual, para serem aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite.

§ 1º Na hipótese de não apresentação do mapa sanitário por parte do Município, o Estado elaborará o mapa sanitário correspondente.

§ 2º Compete ao Distrito Federal elaborar o seu mapa sanitário.

CAPÍTULO VI

RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS ENTES FEDERADOS

Art. 25 A responsabilidade dos entes federados na garantia da integralidade da assistência à saúde na rede federativa de saúde deverá ser



fixada de maneira individual, ainda que tenha caráter federativo e cooperativo, e observar:

- I - as características epidemiológicas do ente federativo e da região;
- II - as especificidades demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas, geográficas e capacidade de organização de serviços locais e da região de saúde;
- III - o papel do Estado na sua atuação complementar aos Municípios na região de saúde;
- IV - o dever do Estado em prover a equidade orçamentária e técnico - sanitária da região;
- V - o dever da União em prover a equidade orçamentária e técnico-sanitária da região, dos Estados e dos Municípios no rateio de recursos orçamentários da saúde, nos termos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Parágrafo único. A equidade orçamentária e técnico-sanitária compreendem ações capazes de diminuir as desigualdades regionais na rede de ações e serviços de saúde, mediante a assunção pelo ente federativo de maior desenvolvimento socioeconômico, orçamentário e técnico, de responsabilidades correspondentes à sua capacidade em relação aos demais entes na região de saúde ou entre regiões de saúde no sistema de referência de ações e serviços, conforme disposto no art. 2º, inciso V, desta Lei.

Art. 26 As responsabilidades sanitárias individuais e de equidade, na garantia da integralidade da assistência à saúde, serão homologadas nas Comissões Intergestores correspondente e expressas em contrato organizativo de ação pública da saúde.

CAPÍTULO VII

DO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE

Art. 27 O contrato organizativo de ação pública da saúde é o acordo de colaboração entre os entes federativos para a integração das ações e serviços de saúde em rede, por região de saúde, visando ao alcance da



equidade orçamentária e técnico-sanitária entre os entes federativos e consequente diminuição das desigualdades regionais na saúde.

§ 1º O objeto do contrato organizativo de ação pública da saúde é a definição das responsabilidades sanitárias de cada ente federativo na região de saúde com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde da população.

§ 2º As responsabilidades sanitárias previstas no contrato devem expressar:

I – a organização sistêmica da rede federativa de saúde;

II – a execução das ações e serviços de saúde;

III – o orçamento;

IV – o monitoramento, avaliação de desempenho, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde.

§ 3º O contrato organizativo de ação pública da saúde deve guardar consonância com o planejamento integrado da saúde na região sempre consequente ao plano de saúde do ente federado.

Art. 28 O contrato organizativo de ação pública da saúde definirá de forma expressa, nos termos do art. 25 desta lei e seu parágrafo, as responsabilidades individuais e as de equidade orçamentária e técnico-sanitária dos entes federativos na rede federativa de saúde na região de saúde.

Art. 29 O contrato organizativo de ação pública da saúde deve conter as seguintes disposições essenciais:

I – rol de ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde em âmbito regional e as referências regionais, inter-regional e interestadual;

II - responsabilidades assumidas pelos entes federativos na região de saúde, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o seu desenvolvimento, conforme previsto nesta Lei;



III – metas em consonância com os planos de saúde e sua correspondente programação geral anual de saúde;

IV - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde, a curto e médio prazo;

V - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no decorrer da execução do contrato;

VI - investimentos na rede federativa de saúde e as respectivas responsabilidades;

VII - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos signatários para sua execução, fundados no princípio da equidade orçamentária e técnico-sanitária;

VIII – os recursos financeiros;

IX – critérios de avaliação de resultado;

X – prazos;

XI - sanções administrativas.

Parágrafo único. A União definirá indicadores nacionais para a avaliação de desempenho das obrigações previstas no contrato os quais deverão contemplar medidas de avaliação da equidade orçamentária e técnico-sanitária na região, sem prejuízo de outros que os Estados ou a região de saúde venham definir.

Art. 30 O contrato organizativo de ação pública da saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde, em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar, definidas em decreto.



Art. 31 A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no contrato organizativo de ação pública da saúde.

Art. 32 As normas gerais de elaboração e fluxos do contrato organizativo de ação pública da saúde serão pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite, cabendo ao Estado coordenar a sua implementação.

Art. 33 Cada ente signatário deverá monitorar e avaliar a execução do contrato organizativo de ação pública da saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho qualitativo e quantitativo e à aplicação dos recursos disponibilizados.

§ 1º O relatório de gestão parcial e anual deverá, dentre outras funções previstas em legislações específicas, demonstrar o cumprimento dos compromissos assumidos no âmbito do contrato organizativo de ação pública da saúde.

§ 2º O contrato organizativo de ação pública da saúde constitui título executivo extrajudicial.

§ 3º Os entes signatários incluirão dados sobre o contrato organizativo de ação pública da saúde em sistema próprio de informações, organizado pela União e disponibilizado ao respectivo conselho de saúde para acompanhamento.

CAPÍTULO VIII

DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS CONTRATUAIS E TERMO DE AJUSTE SANITÁRIO

Art. 34 A inadimplência total ou parcial das obrigações contratuais ensejará:

I – obrigatoriedade de reaplicação de recursos financeiros próprios nos compromissos não cumpridos de maneira injustificada;

II – suspensão de transferências voluntárias;

III – suspensão das contratações de operações de crédito;



IV – suspensão de garantias e avais;

V – bloqueio de valor diretamente do Fundo Nacional da Saúde, no caso de inadimplência total ou parcial da União.

Parágrafo único. Os recursos mencionados no caput não poderão ser contabilizados para o cômputo do valor mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde.

Art. 35 A União, com Estados, Distrito Federal e Municípios, e os Estados com os Municípios de seu território poderão celebrar Termo de Ajuste de Conduta Sanitária.

§ 1º Para fins deste artigo, Termo de Ajuste de Conduta Sanitária é um instrumento formalizado entre os entes federativos no qual são constituídas, mediante cominação, obrigações para a correção de impropriedades no cumprimento da responsabilidade sanitária assumida.

§ 2º O Termo de Ajuste de Conduta Sanitária deve ser instruído com um plano de trabalho que preveja o detalhamento das ações a serem realizadas e das metas a serem alcançadas, com a indicação das fontes de financiamento e dos responsáveis por cada ação.

§ 3º O Termo de Ajuste de Conduta Sanitária deverá ser encaminhado aos Conselhos de Saúde da esfera correspondente para acompanhamento.

§ 4º A celebração de Termo de Ajuste de Conduta Sanitária torna as obrigações assumidas pelas partes líquidas e certas e contém a eficácia de título executivo extrajudicial.

Art. 36 O Termo de Ajuste de Conduta Sanitária poderá prever a cogestão administrativa entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios para a execução conjunta do plano de trabalho do ajuste.

§ 1º A cogestão terá prazo determinado, devendo os entes envolvidos desenvolverem ações corretivas que facilitem o retorno à condição inicial de gestão.



§ 2º A União e o Estado poderão requisitar os bens públicos e os servidores afetos aos serviços de saúde pelo prazo determinado no ato de cogestão.

§ 3º A cogestão deverá ser submetida à apreciação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite.

CAPÍTULO IX DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 37 Em situações de emergência ou na ausência de serviços públicos, conveniados e contratados, os serviços privados de saúde são obrigados a prestar atendimento ao SUS, mediante ressarcimento a ser definido por ato infralegal.

Parágrafo único. As acomodações especiais de entidades privadas participantes do SUS mediante contrato ou convênio devem ficar à disposição do usuário do SUS sem qualquer ônus para este, em caso de ausência de acomodação coletiva.

Art. 38 A recusa na assinatura do contrato organizativo de ação pública da saúde pelo ente federado na região de saúde impedirá o recebimento das transferências voluntárias da União na área da saúde e das emendas parlamentares da saúde.

§ 1º O prazo para a organização das regiões de saúde, pactuação da responsabilidade sanitária e assinatura de todos os contratos de ação pública nas regiões de saúde do País pelos entes federativos será de dois anos, a contar da data de publicação da presente lei.

§ 2º A recusa na assinatura do contrato organizativo de ação pública da saúde deverá ser certificada pela Comissão Intergestores Regional (CIR).

Art. 39 As emendas parlamentares da área da saúde devem guardar consonância com o planejamento e plano de saúde do ente federativo beneficiário.



Art. 40 Está lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Comissões, em

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**
Relator