



## 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

O Projeto de Lei (PL) nº 21, de 2007, de autoria do deputado Dr. Rosinha, estabelece instrumentos legais para apurar responsabilidades e aplicar sanções aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) que descumprirem injustificadamente as suas obrigações.

Esclareço, desde logo, que esta relatoria ultrapassou o prazo ordinário de 20 sessões legislativas para emitir o parecer, pois estava em intenso contato com diversos setores para a viabilização política da proposta. Assim é que realizamos mais de 10 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 liderança do governo, o núcleo da seguridade social e, no Senado Federal, o senador Humberto Costa que é autor de projeto similar ao PL nº 21, de 2007, e realiza atividades



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

legislativas pertinentes ao tema da responsabilidade sanitária naquela Casa (audiências, comissões especiais etc.). Em suma:

---

Data	Local
12/07/2011	Gabinete
25/08/2011	Gabinete do Senador Humberto Costa
30/08/2011	CONASEMS
31/08/2011	Gabinete do Senador Humberto Costa
31/08/2011	CONASS
13/09/2011	Ministério da Saúde
29/09/2011	Ministério da Saúde
10/11/2011	Ministério da Saúde
14/12/2011	Núcleo de Seguridade Social e Família da Bancada do PT - Liderança do PT
28/03/2012	Ministério da Saúde

---

Há de se ressaltar o Seminário 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 acolhida 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).

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.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

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).

Vejamos, em apertada síntese, o conteúdo do projeto:

O projeto buscar ser uma nova legislação no setor da saúde. Não altera ou faz alusão à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

O projeto é constituído de 36 artigos, e encontra-se subdividido em 6 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”.

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.

No capítulo II, é abordado, primeiramente, o tema das transferências de recursos entre os Fundos de Saúde. Define-se que as 3 esferas de governo devem alocar recursos para o setor, conforme estabelecido na Constituição e em leis específicas. Como condição inicial para que efetuem



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

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.

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

Por fim, 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, incumbidas de discutirem e decidirem questões sobre a rede regionalizada e hierarquizada de saúde em todos os seus aspectos.

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).

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 dispositivos)	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.

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.



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

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

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

## **II – VOTO DO RELATOR**

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.

Nesse sentido, o PL nº 21, de 2007, deve ser apreciado por esta Comissão, haja vista o seu propósito de estabelecer uma *Lei de Responsabilidade Sanitária*.

### **DO EXAME DE ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA**

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 despesa públicas.

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



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

para com o setor Saúde, ou sequer repercuti, de qualquer modo, sobre os respectivos orçamentos, sua forma ou seu conteúdo.

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. Neste 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 posituação orçamentária ou financeira.

Diga-se de passagem, que se sabe e se concorda que o setor Saúde precisa de mais recursos, mas se os gestores não fizerem a sua parte, se não houver instrumentos que possibilite fazer o máximo com o que se tem disponível, é bastante polêmico exigir o que quer que seja a mais da população. Isso porque não se irá conseguir mais recursos para a saúde se não houver 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. É apenas sobre tal aspecto de gestão dos recursos públicos que há um toque com matéria orçamentária, ainda assim em uma concepção bastante ampla.

Esclareça-se que a tramitação da lei complementar que regulamenta a aplicação de recursos da saúde, nas três esferas de governo – regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, foi aprovada na sessão legislativa de 2011. Ali é que se debatiam acerca dos recursos necessários para o setor Saúde.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

Não há, pois, no projeto entelado nenhuma receita nova, dispensa, anulação, cancelamento de receita, ou ainda sequer criação de despesas, e muito menos alteração na forma ou no conteúdo dos orçamentos. Em linhas gerais, o projeto consolida boa parte das ações intrafederativa 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, 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. Logo, a lei de responsabilidade sanitária tem o fito de estabelecer punições para os gestores que não atendam às exigências de desempenho previstas no Plano de Saúde.

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 intrafederativa, 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 intrafederativa de saúde*, que viabiliza a governança, entre outros aspectos. 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. 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.

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 cooperativa<sup>1</sup> 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.

Portanto, no âmbito da lei orçamentária anual de 2012 (LOA/2012 Lei nº 12.595, de 2012), o projeto não traz implicação orçamentária ou financeira, por disciplinar matéria referente à governança para o SUS e espaço de cooperação intragovernamental, com penalidades administrativas para os gestores.

No que se refere à Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2012 (LDO/2012 Lei nº 12.465, de 2011), 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.

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.

---

<sup>1</sup> 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.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

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 consolidado 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 administrativa 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.

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**

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. Também merece elogios a ênfase dada aos conselhos de saúde, ao SNA (Sistema Nacional de Auditoria do SUS) e ao SNIS (Sistema Nacional de Informações em Saúde).

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



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

há malversação de verbas públicas, o presente projeto de lei estabelece os instrumentos legais adequados para punir os infratores.

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, 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. 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.

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.

Ou seja, só nesse percurso se vão aproximadamente 8 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), bem como sobre os pactos de gestão (Decreto nº 7.508, de 2011).

Nada obstante, o projeto merece ser atualizado, uma vez que aqueles instrumentos centrais para a responsabilidade sanitária ainda carecem



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

de posituação 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.

Nesse passo, é exigência de lei “strictu sensu” 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 de planejamento, descentralização e mapeamento das necessidades de saúde; na clara definição dos serviços ofertados pelo SUS e na realização de contratos entre os entes Federados, com a identificação dos responsáveis.

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

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.

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 o setor Saúde (CONASS e



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

CONASEMS), bem como perante o Senado Federal, na figura do senador Humberto Costa, pois naquela Casa Legislativa tramita proposição, de autoria desse senador, com íntima conexão de mérito com este projeto.

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.

Logo, considerando que o projeto é altamente didático e nesta 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.**

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 interdependente 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.

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



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

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.

Assim, no federalismo as ações governamentais são divididas entre unidades políticas autônomas, as quais, porém, têm cada vez mais interconexão, devido à nacionalização dos programas e mesmo da fragilidade financeira ou administrativa de governos locais e/ou regiões. O dilema do “shared decision making” surge porque é preciso compartilhar políticas entre entes federativos que, por natureza, só entram nesse esquema conjunto se assim o desejarem. Desse modo, a montagem de políticas que assegurem direitos sociais por meio de ações e intervenções estatais – como no caso do direito à saúde – nos países federativos é bem mais complexa, uma vez que requer jogos de cooperação, acordos, competição, vetos e decisões conjuntas entre os níveis de governo.

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 federativos possam pactuar ações, regras, metas, entre outras.

No caso do sistema de saúde brasileiro, o Substitutivo propõe como instrumentos de cooperação intergovernamental: acordo para a elaboração de programações gerais de ações e serviços de saúde, as diretrizes para descentralização, o mapa sanitário, a responsabilidade sanitária, e, concretamente, o próprio contrato de ação pública.



CÂMARA DOS DEPUTADOS  
GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO

---

Além disso, o Substitutivo propõe como espaço público para que esses mecanismos atuem: as *Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite do SUS* (art. 10 do Substitutivo, mediante acréscimo do art. 1º-A na Lei nº 8.141, de 1990); a *Comissão de Interlocução e Apoio ao Sistema Judicial* (art.1º-E), bem como os Conselhos e entes do Sistema de Garantia de Acesso e de Avaliação e Monitoramento, a ser detalhado posteriormente.

Aqueles instrumentos e esses 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 a um 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.

Por sua vez, sabe-se que os aludidos mecanismos são 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 e aplicar-lhes penalidades.

Evidentemente que em se tratando de cooperação intrafederação e de um sistema de saúde que, constitucionalmente, é estabelecido como único para todas as esferas de governo, exsurge a necessidade de uma *Rede Intrafederativa 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* (art.8º).

Assim, a *Rede Intrafederativa de Saúde* são os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

de gestão, buscam garantir a articulação e complementaridade entre entes federados na perspectiva de garantir acesso universal e equânime ao padrão de integralidade (§1º do art. 8º).

O Substitutivo propõe um sistema de governança para o SUS, aperfeiçoando e completando os instrumentos e o espaço público para a cooperação intergovernamental. E o faz com base nos princípios e regras constitucionais que moldam o SUS, isto é, o Substitutivo faz uma reforma sanitária e gerencial no SUS, viabilizando a efetivação do papel do Estado brasileiro na prestação das ações e serviço de saúde e gestão do sistema, assentado sobre os princípios da universalidade, descentralização, integralidade e controle social.

Dessarte, o Substitutivo traz novos elementos constitutivos da arquitetura sistêmica do SUS, a saber: Padrão de Integralidade; Programação de ações e serviços de saúde individuais e coletivos; Diretrizes para o Planejamento Sanitário, a Descentralização e o Mapa Sanitário; Responsabilidade Sanitária; Contrato de Ação Pública; Redes Interfederativas de Saúde; Sistema de Avaliação e Monitoramento do SUS e o Selo Vida.

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). Trata-se do art. 3º do Substitutivo que altera a Lei nº 8.080, de 1990, acrescentando-lhe no Título II, Capítulo II, a seção I “Universalidade de Acesso” (art. 7º-A e ss).

A seguir, define-se o que o Estado vai oferecer. É o chamado *Padrão de Integralidade* (seção II, do Título II, Capítulo II da Lei nº 8.080, de



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

1990. Art. 7º-D e ss). Este 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 e Municípios. Esse padrão de integralidade é dinâmico, a cada momento histórico há necessidade de desenvolver o padrão e atualizá-lo às tecnologias existentes.

E, de qualquer modo, é importante ter como certo que o padrão de integralidade é historicamente definido a partir das condições políticas e sócio-econômicas de cada território; da disponibilidade de profissionais, tecnologias e de equipamentos de saúde, do poder e financiamento do Estado, do grau de integração e organização do sistema de saúde existente, da força política ali disponível.

O passo seguinte é fazer o *Planejamento Sanitário*. Mas para fazer um planejamento sanitário, torna-se necessário: (a) Fazer a *Programação Geral De Ações E Serviços 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 (art. 7º-G); (b) fazer a *Descentralização Do SUS* (art.7º-J), 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, para que estes executem as ações e serviços de saúde individual e coletiva; (c) fazer o *Mapa Sanitário* (art. 7º-M), 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.



CÂMARA DOS DEPUTADOS  
GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO

---

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 na *Programação De Ações E Serviços De Saúde* 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 no art. 15 da Lei nº 8080, de 1990 (art. 7º-Q).

Diante da Responsabilidade Sanitária se pode fazer a Pactuação do *Contrato De Ação Pública (CAP)*. Explica-se: a *Responsabilidade Sanitária* pactuada é firmada em *Contrato De Ação Pública (CAP)*, que corresponde ao compromisso público e à obrigação contratual que cada ente federado assume para executar ações e serviços individual e coletiva de saúde, 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 (art. 38-L e ss).

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 (art. 38-P).

Entretanto, quando o ente federado não cumprir sua responsabilidade sanitária ocorrerá a *Gestão Supervisionada*, no sentido de que os recursos de transferência são 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 (§§1º ao 6º do art. 38-P).



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

Independentemente das penalidades institucionais, a infração aos dispositivos da Lei sujeita os agentes públicos, assim definidos pelo art. 2º da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, cumulativamente: (a) nos crimes de responsabilidade, às disposições da Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950 e do Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967; (b) nos atos de improbidade, ao disposto na Lei 8.429, de 2 junho de 1992; (c) tratando-se de servidores públicos, ao disposto nos Títulos IV e V da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; (d) nos crimes comuns, ao disposto no Título XI, do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal Brasileiro (art. 38-X).

Além disso, se inova no Código Penal, acrescentando o art. 267-A, com o seguinte teor: “Expor a vida ou saúde de pessoas da coletividade a situação de perigo, em decorrência de contingenciamento, cancelamento, desvio, apropriação, malbaratamento, emprego irregular ou aplicação diversa da estabelecida em lei de recursos públicos destinados a ações e serviços de saúde. Pena de Reclusão de 2 a 8 anos. Se do fato resulta morte, a pena é aplicada em dobro. No caso de culpa, a pena é de detenção de 2 a 6 anos, ou, se resulta morte, de 4 a 8 anos. Igual pena prevista neste artigo incorre aquele que: I - cerceia o direito do Conselho de Saúde de exercer as suas funções ou II - impede ou dificulta o acompanhamento da aplicação dos recursos do Fundo de Saúde pelo sistema de controle interno e externo e pelo controle social.”

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*, o *Padrão de Integralidade*, a *Programação de Ações e Serviços de Saúde Individual e Coletiva* e a *Responsabilidade Sanitária* para celebração do *Contrato de Ação Pública*.

Saliente-se, outrossim, que o Substitutivo propõe um Sistema de Controle por via do “accountability” e Responsabilização por Desempenho. No caso, cria um Sistema de Garantia de Acesso (inserção do Título VI na Lei nº 8.080, de 1990, art. 38-A) que são instrumentos para que o Estado efetive o



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

acesso do cidadão ao SUS, pois as falhas do sistema são inúmeras e não será uma lei que logrará suplantar os limites operacionais e de financiamento do SUS presentes no contexto social. É preciso dotar o gestor de meios para executar, pois não o fazendo é cabível a sanção. Ora, para que a esfera formal do direito possa se imiscuir na realidade, um aspecto essencial para o direito é a sua garantia, uma vez que o reconhecimento de um direito tem o valor que a sua garantia lhe concede.

O Substitutivo propugna uma nova modalidade de avaliação e monitoramento do SUS. Consequentemente, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo, a União, os estados e o Distrito Federal devem organizar, sob coordenação do Ministério da Saúde, o *Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento do SUS* (art. 38-U). Este sistema de Avaliação e Monitoramento tem os seguintes objetivos: (a) controlar os serviços com a finalidade de verificar o cumprimento das metas estabelecidas e a aplicação dos recursos em relação ao definido nos contratos de ação pública; (b) avaliar os resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros de qualidade definidos no contrato de ação pública; (c) auditar a regularidade dos procedimentos praticados por pessoas físicas e jurídicas, mediante exame analítico e pericial; (d) avaliar os resultados qualitativos dos serviços de saúde.

Com efeito, o Substitutivo propõe a responsabilização dos entes e agentes públicos pelo desempenho da ação governamental, a ser apurada via *Relatório De Gestão* (art. 38-S) – para o exercício do controle social – ou via *Sistema De Avaliação E Monitoramento* – no exercício do controle interno. Em ambas as situações, o desempenho é conferido por meio dos indicadores e metas expressos no *Contrato De Ação Pública*, com punições aos entes e uso das informações para reavaliação e retificações dos contratos.

Diga-se, também, que o Substitutivo propõe um incentivo chamado de *Selo Vida*, a ser concedido às unidades federadas que



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

ultrapassarem as metas e superarem os objetivos estabelecidos no Contrato de Ação Pública. Este Selo Vida não gera despesas pois deverá ser objeto de outra lei, uma vez que foram fixadas sua finalidade e escopo.

Por fim, mas 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 e dos Municípios de ações e serviços individuais e coletivos de promoção, proteção e recuperação da saúde, articulados, contínuos e executados por meio de um 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 (art. 2º do Substitutivo, que altera o art. 4º da Lei nº 8.080, de 1990).

Além disso, é essencial que o Estado se capacite para exercer plenamente suas prerrogativas na regulação do sistema de saúde, de modo a, por exemplo, submeter o sistema de assistência supletiva – até o presente momento muito livre de qualquer regulação na prestação de serviços – a uma regulamentação capaz de (a) coibir abusos, (b) a prática de recusa de pacientes ou até (c) exclusão ao atendimento. Por isso se estabelece: as instituições privadas de assistência à saúde que completam ou suplementam as ações e serviços individuais e coletivos de saúde constituem, respectivamente, o subsistema complementar e suplementar do Sistema Único de Saúde – SUS, se submetem às diretrizes e normas referentes à universalidade de acesso, ao padrão de integralidade, ao sistema de garantia de acesso e, para fins de planejamento, a identificação de população usuária (art. 4º, §3º).



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

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



CÂMARA DOS DEPUTADOS

GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO

---

## 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

### SUBSTITUTIVO

Institui a responsabilidade sanitária como o marco legal de gestão, coordenação e cooperação entre os entes federados no Sistema Único de Saúde – SUS; altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e dispõe sobre o padrão de integralidade, o acesso universal, a programação geral de ações e serviços de saúde individual e coletiva, o contrato de ação pública, o selo vida e o sistema de garantia de acesso; e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** Esta Lei dispõe sobre o padrão de integralidade e o acesso universal, e tem como objeto estabelecer a responsabilidade sanitária como marco legal para as ações de gestão, coordenação e cooperação dos entes federados no exercício de suas competências no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

**Art. 2º** Os arts. 4º, 6º e 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passam a vigorar com a seguinte redação, renumerando os incisos do referido art. 7º:

“Art. 4º O Sistema Único de Saúde é o somatório da capacidade produtiva, normativa, tecnológica, gerencial, de gestão, de financiamento e de recursos humanos da União, dos estados e dos Municípios de ações e serviços individuais e coletivos de promoção, proteção e recuperação da saúde, articulados, contínuos e executados por meio de



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

um 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.

.....

§3º As instituições privadas de assistência à saúde que completam ou suplementam as ações e serviços individuais e coletivas de saúde constituem, respectivamente, o subsistema complementar e suplementar do Sistema Único de Saúde, e se submetem às diretrizes e normas referentes à universalidade de acesso, ao padrão de integralidade, ao sistema de garantia de acesso e, para fins de planejamento, a identificação de população usuária, conforme previsto nesta Lei.

Art.6º.....

§4º As atividades de vigilância epidemiológica, controle de endemias, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde – SUS são públicas articuladas e integradas com outros setores, dentre os quais os de saneamento básico, energia, planejamento urbano, obras públicas e meio ambiente.

.....

Art.7º.....

- I – universalidade de acesso;
- II – integralidade de assistência;
- III – equidade;

.....” (NR)

**Art. 3º** O Título II, Capítulo II, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido das seguintes Seções I e II:

“SEÇÃO I

UNIVERSALIDADE DE ACESSO

Art.7º-A É assegurada a universalidade de acesso às ações, serviços, tecnologia e insumos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

dentro do padrão de integralidade de atenção à saúde, definido pelo Sistema Nacional de Garantia de Acesso, de que trata o art. 38-A desta Lei.

§1º Considera-se atenção à saúde o conjunto de ações e serviços destinados ao atendimento das necessidades individuais e coletivas de saúde da população, de acordo com o padrão de integralidade, produzidos e distribuídos em rede interfederativa de serviços de saúde.

§2º 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, tem como referência e utiliza os estabelecimentos, os recursos humanos, os insumos, as ações e serviços de saúde deste município, devendo, portanto, ser mensurada para fins de elaboração do planejamento sanitário utilizando-se como critério para definição de território.

§3º O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS disponibilizarão para estados, Distrito Federal e Municípios o total de planos e seguros de assistência à saúde que utilizam a infraestrutura e estabelecimentos do Sistema Único de Saúde – SUS 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. 7º-B 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, vedado aos estabelecimentos próprios do SUS 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).

Art. 7º-C O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde – SUS se dá pela porta de entrada estabelecida nesta Lei.

§1º Todos os usuários do sistema de saúde público e dos planos e seguros de assistência à saúde serão cadastrados e terão identificação única.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO

---

§2º É devido pelas operadoras de que trata o art. 1º, inciso I e §1º da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde) ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS o uso contínuo da infraestrutura, estabelecimentos e do serviço público de saúde, mediante a Tabela SUS multiplicada pela variação de até 10 (dez) vezes, a depender da repetição desse uso, conforme previsto em regulamento.

§3º Os procedimentos de ações e serviços de saúde terão códigos únicos, com vistas a identificar as operações a serem ressarcidas.

§4º O produto da arrecadação de que trata o §2º deste artigo será depositado, integralmente, no Fundo Nacional de Saúde.

§5º A identificação das operadoras de planos e seguros privados de saúde e o cálculo do ressarcimento; o prazo para o ressarcimento; os acréscimos decorrentes da inadimplência; o prazo para o contraditório e a ampla defesa; a glosa, o abatimento ou a devolução proporcional em caso de eventual identificação entre a oferta negociada nos contratos privados de planos e seguros de assistência à saúde e o padrão de integralidade no decorrer do exercício financeiro serão regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

§6º Constituí título executivo extrajudicial os créditos não ressarcidos para o Sistema Único de Saúde – SUS de que trata este artigo e o art. 32 da Lei 9.656, de 1998, e legislação que os modifique.

§7º Esgotado o processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, previsto neste artigo, deverá ser oficiada à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional – PGFN para inscrição em dívida ativa e execução, vedada a rediscussão da matéria”. (NR)

## SEÇÃO II

### DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Art. 7º-D O padrão de integralidade é definido como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde preventivos, diagnósticos, terapêuticos, de promoção, proteção e manutenção da saúde, cura e reabilitação, dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, em conformidade com normas técnicas e científicas que garantam qualidade, eficiência e eficácia, com o objetivo



de assegurar as condições básicas e comuns para uma atenção à saúde integral, permanente e adequada, regida pelas seguintes diretrizes:

I – obrigatório para todo o Sistema Único de Saúde, formado pelo sistema público, e referenciado para o sistema privado;

II – prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS em condições de igualdade e equidade;

III – garantia de acesso universal;

IV – coordenação e cooperação dos entes federados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS para superação das desigualdades na saúde;

V – financiamento público do Sistema Único de Saúde – SUS, vedado a modificação do sistema de financiamento que implique em redução de aportes de recursos para o SUS, sob pena de incidência do art. 38-V desta Lei;

Art. 7º-E O padrão de integralidade e suas alterações serão pactuados na Comissão Intergestor Tripartite, homologados pelo Conselho Nacional de Saúde e formalizados por meio do Contrato de Ação Pública.

§1º O padrão de integralidade e suas alterações deverão considerar a eficácia, eficiência, efetividade, segurança e utilidade terapêutica, assim como as vantagens e alternativas assistenciais, atenção aos grupos vulneráveis ou de risco, e as necessidades sociais e seus impactos econômicos e organizativos.

§2º Em qualquer caso, não serão incluídas no padrão de integralidade as técnicas, tecnologias e procedimentos cuja contribuição eficaz à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação e à cura da enfermidade, ao prolongamento da vida ou à melhora da esperança de vida, autonomia e eliminação ou diminuição da dor e do sofrimento não estejam suficientemente comprovadas, inclusive, medicamentos e produtos, nacionais ou importados, procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado ou sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

§3º Os estados, o Distrito Federal e os Municípios, no âmbito de suas competências, poderão elaborar os seus próprios padrões de integralidade, pactuados nas respectivas Comissões Intergestores



Bipartite e homologados nos Conselhos de Saúde, observado o padrão nacional, definido no art. 7ºD, como referencial mínimo.

§4º Os Municípios que formarem regiões objetivando prestar ações e serviços de saúde poderão elaborar os seus próprios padrões de integralidade, a serem pactuados na respectiva Comissão Intergestora Bipartite e homologados pelo Conselho de Saúde do estado, observado o padrão nacional, definido no art. 7ºD, como referencial mínimo.

Art.7º-F Compete à direção do Sistema Único de Saúde – SUS de âmbito nacional elaborar a proposta de padrão de integralidade e suas alterações, para ser definida e aprovada, por consenso, na Comissão Intergestora Tripartite e homologada no Conselho Nacional de Saúde, conforme disposto no art. 7-E desta Lei.

§1º A proposta de padrão de integralidade deverá ser apresentada pela direção do Sistema Único de Saúde – SUS de âmbito nacional 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 a pactuação entre os entes federados, considera-se instituído o padrão de integralidade a proposta elaborada pela direção do SUS de âmbito nacional a ser submetida a consulta pública.

§3º Ultrapassados o prazo de que trata o §1º sem a elaboração e apresentação da proposta de padrão de integralidade pela direção do SUS de âmbito nacional, compete ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) ou Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) apresentá-la, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias.

§4º Considera-se ato de improbidade, nos termos do art. 10 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, o descumprimento injustificado dos prazos de que trata este artigo.

§5º A elaboração da proposta do padrão de integralidade e suas alterações poderá contar com o assessoramento do Conselho Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS nas específicas matérias de caráter técnico, observado o disposto nos arts. 19-Q e 19-R desta Lei.

§6º São legitimados a propor alterações no padrão de integralidade à direção do Sistema Único de Saúde – SUS de âmbito nacional:

I – todos os entes federativos;



II – o Conselho Nacional de Saúde;

III – o Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde;

IV – o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde;

V – todos os Conselhos Federais de Regulação Profissional do setor Saúde.

§7º A alteração do padrão de integralidade a que se refere este artigo será efetuada mediante a instauração de processo administrativo, observando o procedimento e as exigências expressas no art. 19-R desta Lei.

**Art. 4º** O Título II, Capítulo III da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA

SEÇÃO I

DO PLANEJAMENTO, DAS DIRETRIZES PARA A DESCENTRALIZAÇÃO E  
DO MAPA SANITÁRIO

SUBSEÇÃO I

DO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 7º-G O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde – SUS consistirá na elaboração da programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva, a partir do padrão de integralidade de que trata o art. 7º-D 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, considerando as políticas para o setor de Saúde pactuadas.



Art. 7º-H As regras gerais para a conformação da programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva serão pactuadas e aprovadas por consenso pela Comissão Intergestores Tripartite, mediante proposta da União, observando:

I – a implantação simultânea das diretrizes e das normas que conformam a universalidade, a igualdade, a equidade, a descentralização e a participação da comunidade, voltadas para a oferta das ações e serviços de saúde individual e coletiva de que trata esta Lei;

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

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

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

V – a estimativa das necessidades de utilização de ações e serviços de saúde da população usuária no território e na unidade sistêmica em um determinado período, suas faixas etárias e divisão por gênero;

VI – as políticas para o setor Saúde pactuadas;

VII – o sistema de garantia de acesso;

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

IX – a capacitação de recursos humanos;

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

XI – a periodicidade de novo planejamento a cada quatro (4) anos, sendo revistos a cada dois (2) anos e podendo ser reajustado a qualquer tempo diante de fatos novos que assim o justifique.

XII – outros elementos e requisitos, a serem definidos mediante pacto pelos entes federados.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

Art.7º-I No âmbito de sua competência e observando as regras gerais de programação das ações e serviços de saúde e as diretrizes para a descentralização pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite de que trata o art. 7º-L, a União e os estados farão, cada um, a sua programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva.

Parágrafo Único. Compete aos estados articular e coordenar os Municípios sob sua jurisdição para a elaboração da programação estadual de que trata este artigo, que será aprovada, por consenso, nas Comissões Intergestores Bipartite.

## SUBSEÇÃO II

### DAS DIRETRIZES PARA A DESCENTRALIZAÇÃO

Art.7º-J O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS constitui e conferi capacidade produtiva, normativa, tecnológica, gerencial, de gestão, de financiamento, de recursos humanos e de poder decisório da União e dos estados aos Municípios, 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. 7º-K A descentralização exige contínuo aprimoramento do relacionamento intergovernamental, a capacitação dos governos das esferas subnacionais para a execução das ações e serviços de saúde individual e coletiva e dar oportunidade ao controle da população organizada sobre os governos.

Art. 7º-L As diretrizes para a descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS serão pactuadas e aprovadas, por consenso, pela Comissão Intergestora Tripartite, mediante proposta apresentada pela União, observando:

I – o acesso universal e o padrão de integralidade, conforme previsto nos arts. 7º-A e 7º-D, respectivamente, desta Lei;

II – os princípios da territorialidade, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social;



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

III – a população usuária em cada território, conforme previsto no art. 7º, §2º desta Lei;

IV – as comunidades prioritárias, vulneráveis, indígenas, quilombolas e outras especiais;

V – o tipo de unidade sistêmica existente, conforme o disposto no art. 9º, §2º desta Lei;

VI – a capacidade instalada na unidade sistêmica;

VII – a programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva;

VIII – a capacidade instalada necessária para produzir e distribuir as ações e serviços individual e coletiva que atendam universal e integralmente as necessidades da população;

IX – a racionalidade dos gastos e a otimização da aplicação dos recursos, possibilitando ganho de escala nas ações e serviços de saúde;

X – a característica geográfica do território, se fronteira entre estados ou entre países, e se é área isolada;

XI – o sistema de garantia de acesso;

XII – a métrica que avalia a distribuição espacial e o tipo de estabelecimento que deve ser instalado em cada território e unidade sistêmica;

XIII – outros princípios e regras, a serem definidos mediante pacto pelos entes federados.

### **SUBSEÇÃO III**

#### **DO MAPA SANITÁRIO**

Art.7º-M O mapa sanitário é a cartografia de um determinado território correspondente a uma unidade sistêmica do Sistema Único de Saúde – SUS que descreve 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 por essa unidade sistêmica, os indicadores de acesso aos serviços de saúde e os indicadores de saúde.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

Art. 7º-N As diretrizes para a conformação do mapa sanitário serão fixadas pela Comissão Intergestora Tripartite, por consenso, mediante proposta apresentada pela União, considerando:

I – a programação de ações e serviços de saúde;

II – o processo de descentralização;

III – a relação entre população usuária e estabelecimento;

IV – a capacidade instalada existente;

V – os investimentos;

VI – o desempenho aferido a partir dos indicadores sanitários, de produção, de distribuição de serviços e demais indicadores de saúde do sistema;

VII – outros condicionantes, a serem definidos mediante pacto pelos entes federados.

Art. 7º-O O mapa sanitário é utilizado na identificação e reconhecimento das necessidades para produzir e distribuir ações e serviços individuais e coletivos de saúde, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde, e orienta a assunção da responsabilidade sanitária dos entes federados com vistas a garantir a integralidade e o acesso universal.

Art. 7º-P 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 Intergestora 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.

## SEÇÃO II

### DA RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

Art. 7º-Q A responsabilidade sanitária 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 na programação de ações e serviços de saúde para atender a população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS, sem excluir o disposto no art. 15 desta Lei e a Legislação em vigor.

Art.7º-R A responsabilidade sanitária entre estados e municípios será pactuada, por consenso, nas Comissões Intergestoras Bipartite e a responsabilidade sanitária entre a União, os estados e os Municípios será pactuada, também por consenso, na Comissão Intergestora Tripartite.

§1º Sem prejuízo da responsabilidade pactuada entre a União, estados e Municípios, a responsabilidade da União consiste:

I – exercer a gestão do SUS no âmbito nacional, na forma prevista no art. 16 desta Lei;

II – organizar e manter o sistema de governança do SUS no âmbito nacional;

III – apresentar a proposta das regras gerais para a conformação da programação de ações e serviços individual e coletiva de saúde; das diretrizes para a descentralização e para a conformação do mapa sanitário, bem como das regras sobre as ações e serviços de saúde de referência;

IV – elaborar a programação de ações e serviços de saúde e promover as medidas necessárias para a descentralização;

V – atuar em complementaridade perante os estados e Municípios no âmbito da saúde, com o oferecimento de apoio necessário, completando ou suprindo, a capacidade produtiva, normativo, tecnológico, gerencial, de gestão, de financiamento e de recursos humanos daqueles entes;

VI – formular e financiar políticas de saúde;

VII – produzir ações e serviços de saúde;

VIII – produzir insumos estratégicos;

IX – financiar unidades sistêmicas estaduais, regionais ou locais;

X – participar do financiamento do SUS, juntamente com os outros gestores;



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

XII – coordenar o processo de constituição de região de saúde fronteiriça, de que trata o art. 7º, §2º, inciso III desta Lei;

XIII – avaliar os contratos de ação pública, as unidades sistêmicas e as políticas de saúde;

IX – outras responsabilidades, desde que pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite.

§2º Sem prejuízo do que for pactuado entre estados e Municípios, a responsabilidade dos estados consiste:

I – exercer a gestão do SUS no âmbito estadual, na forma prevista no art. 17 desta Lei;

II – organizar e manter o sistema de governança do SUS no âmbito estadual;

III – proteção e defesa da saúde;

IV – atuar complementaridade no âmbito da saúde, com oferecimento de apoio necessário, completando ou suprimindo a capacidade produtiva, normativa, tecnológica, gerencial, de gestão, de financiamento e de recursos humanos das unidades sistêmicas locais e regionais;

V – planejar, financiar e promover políticas que promovam a descentralização e qualificação das unidades sistêmicas locais e regionais;

VI – coordenar o processo de constituição de região de saúde;

VII – promover as condições e incentivar o poder municipal para que assumam a gestão da atenção à saúde de seus municípios;

VIII – assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade;

IX – ser promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo o Sistema Único de Saúde Estadual;

X – participar do financiamento do SUS, juntamente com os outros gestores;

XI – elaborar a programação de ações e serviços de saúde e promover as medidas necessárias para a descentralização;



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

XII – elaborar o mapa sanitário na forma prevista no parágrafo único do art. 7º-Q desta Lei;

XIII – outras responsabilidades, desde que pactuadas nas Comissões Intergestoras Bipartite.

§3º A responsabilidade pela gestão do Sistema Único de Saúde – SUS é indelegável e irrenunciável, observando-se o disposto no art. 9 desta Lei, vedada a não execução dessa atribuição, sob pena de incidência da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992.

Art. 7º-S 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 compartilhados, 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 Intergestoras Bipartite, 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 – fronteiriços, definidas pela direção do Sistema Único de Saúde de âmbito federal, mediante articulação com os Municípios e estados envolvidos.

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

I – o padrão de integralidade;

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

III – a responsabilidade sanitária;

IV – as principais portas de entrada no Sistema Único de Saúde – SUS de que trata o art. 8-A desta Lei;



CÂMARA DOS DEPUTADOS

GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO

---

V – o sistema de garantia de acesso à população usuária, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde;

VI – outros condicionantes, a serem definidos mediante pacto pelos entes federados.

Art.7º-T A responsabilidade sanitária pactuada é firmada em contrato de ação pública, que corresponde ao compromisso público e à obrigação contratual que cada ente federado assume para executar ações e serviços individual e coletiva de saúde, 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, na forma prevista no art. 38-L desta Lei.

Parágrafo Único. No âmbito de sua competência, a responsabilidade sanitária pactuada entre estados e municípios é firmada em contrato de ação pública, observando o *caput* deste artigo e legislação em vigor.

### SEÇÃO III

#### DA ORGANIZAÇÃO EM REDE DO SUS

Art. 8º As ações e serviços de saúde executados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, seja diretamente ou mediante participação suplementar da iniciativa privada, serão organizados de forma descentralizada, regionalizada e de complementaridade, constituindo-se em uma rede intrafederativa de ações e serviços de saúde.

§1º Considera-se rede intrafederativa de saúde os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a articulação e complementaridade entre entes federados na perspectiva de garantir acesso universal e equânime ao padrão de integralidade.

§2º Para o cumprimento deste artigo, o Sistema Único de Saúde – SUS deve ser organizado administrativamente com base na integração de meios, serviços, ações, atividades e de recursos, e na descentralização político-administrativa.

§3º A descentralização é feita conforme exigirem as características demográficas e epidemiológicas da região, a capacidade instalada e



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

resolutividade dos serviços do SUS, para permitir o acesso da população ao padrão de integralidade.

Art. 8º-A A rede intrafederativa é formada pelas portas de entrada de que trata o art. 7º-C desta Lei.

§1º Considera-se porta de entrada o serviço do SUS especializado no primeiro atendimento ao indivíduo, o qual deverá ser dotado de capacidade técnica e humana de identificação das necessidades da pessoa, capaz de referenciá-la para os serviços de maior especialização ou complexidade, conforme o caso e a situação.

§2º As principais portas de entrada às ações e serviços de saúde no SUS são:

I – unidades de atenção básica, nela compreendidas os serviços de Saúde da Família;

II – unidades de urgência e emergência, entre as quais o serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;

III – centros de atenção psicossocial;

IV – unidades especiais de acesso aberto.

§3º Podem ser criadas novas portas de entrada no sistema desde que aprovadas na Comissão Intergestora Tripartite e nas Comissões Intergestoras Bipartite de que trata o art. 14-A, cabendo aos gestores tornarem públicas as novas unidades ou serviços de saúde definidas como portas de entrada do SUS.

§4º É vedado o acesso ao SUS fora dos fluxos estabelecidos nesta Lei e demais normas pertinentes.

§5º As portas de entrada são consideradas serviços essenciais, conforme dispõe o art. 10, inciso II da Lei 7.783, de 1989 e art. 22 da Lei 8.078, de 1990.

Art.8º-B Cada porta de entrada conterà pontos sistêmicos que disponibilizarão determinados rol de procedimentos, conforme suas especificidades.

Parágrafo Único. Considera-se como ponto sistêmico os pontos de acesso ao sistema, compreendidos todos os órgãos e entidades integrantes do SUS e os serviços privados contratados ou conveniados, os quais devem garantir ao indivíduo o direito à saúde.



Art.8º-C Os usuários cadastrados no sistema de saúde, conforme disposto no art. 7º-C desta Lei será afiliado a uma região de saúde e a uma unidade de saúde de referência ou a uma equipe de saúde de referência, que pode ser a do Programa de Saúde da Família.

§1º A referência de que trata o caput deste artigo busca a centralização do gerenciamento do atendimento, de modo que a garantir a continuidade da atenção.

§2º A utilização da identificação única dos usuários do sistema se dá por meio de sistema informatizado, que emitirá sinais de alerta para a unidade de referência, que gerencia a atenção do usuário.

§3º O sistema informatizado também servirá para o cadastro único de procedimentos de ações e serviços de saúde, base para o ressarcimento de que trata o art. 7º-C desta Lei, inclusive para fins de apurar a relação entre a quantidade de vezes que usuários de planos e seguros de assistência privada de saúde usam serviços públicos de saúde e possibilita a mensuração e aplicação do percentual variável e multiplicador da Tabela SUS.

#### SEÇÃO IV

#### DA DIREÇÃO ÚNICA DO SUS

Art. 9º .....

§1º A direção única significa que os gestores de saúde em sua circunscrição geográfica detêm a condução política do seu sistema de saúde, havendo possibilidade, mediante pactuação, da inserção de ações e serviços a serem prestados por outro ente federado na rede local ou regional.

§2º A prestação de ações e serviços de saúde por outro ente federado por meio do uso dos equipamentos e da infraestrutura dos serviços de saúde, conforme previsto no §1º deste artigo, não afasta a responsabilidade sanitária da direção do Sistema Único de Saúde – SUS da respectiva circunscrição.

§3º O órgão executor é sempre o ente federado e configura uma unidade sistêmica, com atribuição nacional, regional ou local, com as seguintes definições:



I – unidade sistêmica nacional é a União;

II – unidade sistêmica regional é o ente federado que presta ações e serviços de saúde individual e coletiva para a população referenciada, na forma como dispõe o art. 7º-A, §3º desta Lei;

III – unidade sistêmica local é o ente federado que presta ações e serviços de saúde individual e coletiva para a população residente, na forma como dispõe o art. 7º-A, §2º desta Lei.

§4º Quando não houver consenso entre os gestores de saúde municipal e entre estes com o gestor estadual, causando interrupção da prestação do serviço ou comprometendo a contínua prestação do serviço, o Governador de Estado ou o Presidente da República, conforme se trate de Municípios ou estado, devem adotar as medidas que atendam o interesse público com o fim de evitar situações que prejudiquem a saúde pública, não sem antes esgotar todas as tentativas de consenso.

Art.9º-A É dever da direção única do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito de cada esfera de governo, desenvolver a responsabilidade sanitária executando o contrato de ação pública que garantam aos usuários do sistema o acesso às ações e serviços de saúde individual e coletiva, de acordo com o padrão de integralidade.

Art. 10 .....

§1º Quando for adotado o consórcio para o desenvolvimento conjunto de ações e serviços de saúde deve ser preservada a direção única de cada esfera de governo, na forma do disposto no art. 9º desta Lei, cabendo aos entes consorciados remanejar entre si parcelas dos recursos dos seus respectivos fundos de saúde em contratos de rateio.

.....

Art. 12 Serão criadas comissões intersetoriais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com o fim de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, mas de interesse da saúde, vedado o financiamento com recursos da saúde de áreas que não estejam legalmente inseridas no campo de atuação do SUS.

.....



## SEÇÃO V

### DA GESTÃO INTERGOVERNAMENTAL DO SUS

Art. 14-A O Sistema Único de Saúde deve contar com a Comissão Intergestora Tripartite e as Comissões Intergestoras Bipartite, as quais se reunirão periodicamente para, no âmbito de suas competências, discutir, definir e aprovar as portas de entrada no Sistema Único de Saúde – SUS (art.7º-C), o padrão de integralidade (art. 7º-D), a programação estadual e nacional de ações e serviços de saúde individual e coletiva (art. 7º-J) e a responsabilidade sanitária (art. 7º-R) para celebração do contrato de ação pública (art.38-L).

Art. 14-B Sem prejuízo do disposto no artigo 14-A, compete a Comissão Intergestora Tripartite:

- I – estabelecer suas normas de funcionamento, aprovando seu regimento interno;
- II – definir o padrão de integralidade do Sistema Único de Saúde – SUS, e sua alteração, para homologação no Conselho Nacional de Saúde;
- III – fixar as regras gerais para elaboração da programação de ações e serviços de saúde;
- IV – fixar as diretrizes para a descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS;
- V – fixar as diretrizes para conformação do mapa sanitário;
- VI – pactuar a responsabilidade sanitária nacional entre a União, estados e Municípios;
- VII – pactuar o contrato de ação pública;
- VIII – fixar as regras do Selo Vida;
- IX – fixar as regras de avaliação e julgamento para qualificar o atendimento em saúde como de referência;
- X – constituição e coordenação das regiões de saúde interestaduais e fronteiriça;
- XI – dispor sobre as competências da União, estados, Distrito Federal e Municípios, disciplinando as atribuições de cada ente no seu território e na regionalização, respeitadas as competências federativas;



XII – estabelecer os critérios de regulação do Sistema de Garantia de Acesso;

XIII – aprovar a regulamentação operacional do Complexo de Gerenciamento e das Centrais de Acesso de âmbito nacional

XIV – aprovar a alocação de recursos de acordo com a responsabilidade sanitária;

XV – aprovar a incorporação de novas técnicas, tecnologias, insumos e produtos encaminhados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias;

XVI – aprovar as novas portas de entrada e de pontos sistêmicos;

XVII – pactuar o sistema nacional de garantia de acesso;

XVIII – fixar as regras sobre as ações e serviços de saúde individual e coletiva de referência;

XIX – fixar as regras e critérios para marcar o tempo máximo de acesso às prestações e serviços individual e coletiva de saúde;

XX – coordenar aspectos relacionados com ações e serviços de saúde individual e coletiva do Sistema Nacional de Saúde previstos em lei ou que, por sua circunstância e contexto, precisem de uma atuação coordenada de âmbito nacional;

XXI – todas as matérias em que os membros da Comissão Intergestora Tripartite considerem o assunto de interesse nacional para o conhecimento e a colaboração no âmbito da Comissão.

Art. 14-C Sem prejuízo do disposto no artigo 14-A, compete as Comissões Intergestoras Bipartite:

I – estabelecer suas normas de funcionamento, aprovando seu regimento interno;

II – elaborar a programação estadual de ações e serviços de saúde;

III – pactuar a responsabilidade sanitária estadual entre estados e Municípios;

IV – constituir e coordenar as regiões de saúde intraestadual, integração de limites geográficos e demais aspectos vinculados à integração das



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

ações e serviços de saúde entre o estado e os Municípios sob sua jurisdição;

V – pactuar o sistema de garantia de acesso;

VI – coordenar aspectos relacionados com ações e serviços de saúde individual e coletiva do Sistema Estadual de Saúde previsto em lei ou que, por sua circunstância e contexto, precisem de uma atuação coordenada de âmbito estadual;

VII – definir um padrão de integralidade no âmbito estadual, desde que não inferior ao padrão de integralidade de âmbito nacional;

VIII – todas as matérias em que os membros da Comissão Intergestora Bipartite considerem o assunto de interesse estadual para o conhecimento e a colaboração no âmbito do Conselho, respeitando às competências da Comissão Intergestora Tripartite.

Art. 14-D As Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite são órgãos permanentes de cooperação, comunicação, informação das ações e serviços de saúde entre os entes federados, com a finalidade de promover a coesão do Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive, por meio de contínuo aprimoramento dos relacionamentos intergovernamentais.

Parágrafo Único. Os pactos celebrados no âmbito das Comissões se formalizarão por meio de contrato de ação pública e, em todo e qualquer caso, serão consensuais.

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

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

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no



âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos.

Art. 14-F Compete ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) ou ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) apresentar as propostas de padrão de integralidade, de políticas para o setor de Saúde, de programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva, de diretrizes para a descentralização do Sistema Único de Saúde e de diretrizes para a conformação do mapa sanitário ao Conselho Nacional de Gestão do SUS sempre que a União não o fizer, sob pena de suspensão imediata dos recursos da União.

Art. 14-F O Sistema Único de Saúde – SUS poderá contar com a Comissão Regional do SUS para funcionar na sede da região de saúde, conforme definido na programação estadual de ações e serviços de saúde individual e coletiva, com atribuição operacional das ações e serviços de saúde na região, observando os pactos firmados no Conselho Estadual de Gestão do SUS.” (NR)

**Art. 5º** O art. 15, art. 16, inciso XIX, art. 18, inciso II, art. 20 e art. 33, §4º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 15 A União, os estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo e observando a responsabilidade sanitária assumida, as seguintes atribuições:

.....

Art. 16.....

XIX – estabelecer o Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento do Sistema Único de Saúde.

.....

“Art. 18 .....



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

.....  
II – participar do planejamento, programação e organização da rede intergovernamental de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, em articulação com a sua direção estadual, regional e nacional, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite.  
.....

Art. 20 Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria de pessoas físicas e jurídicas de direito privado, legalmente habilitadas, na promoção, proteção e recuperação da saúde e integram o Sistema Único de Saúde – SUS.  
.....

Art. 33 .....

§4º O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde acompanharão, através do Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento, o Contrato de Ação Pública. Constatado o descumprimento do Contrato de Ação Pública, caberão as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite aplicar as medidas previstas nesta Lei.  
.....”(NR).

**Art. 6º** O art. 32 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a ser acrescido dos inciso VII:

“Art. 32 .....

VII – ressarcimento das operadoras de planos e seguros de assistência à saúde de que trata o art. 7º-C, §2º desta Lei.

VIII – ressarcimento das operadoras de planos e seguros de assistência à saúde de que trata o art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

.....” (NR)



CÂMARA DOS DEPUTADOS

GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO

---

**Art.7º** O art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a ter a seguinte redação:

“Art. 35 Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e Municípios, serão adotados os seguintes critérios:

I – a responsabilidade sanitária assumida;

II – as metas e objetivos pactuados no contrato de ação pública;

III – adesão aos programas estabelecidos como prioritários;

IV – critério populacional baseado no total de população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS.” (NR)

**Art. 8º** A Lei nº 8.080, de 12 de setembro de 1990, passa a vigorar com os seguintes Títulos e Capítulos:

## “TÍTULO VI

### DA GARANTIA DE ACESSO

#### CAPÍTULO I

##### DO SISTEMA DE GARANTIA DE ACESSO

Art. 38-A O sistema de garantia de acesso tem o objetivo de atuar de maneira unificada no atendimento, identificação, reconhecimento e resolutividade das necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS para garantir-lhes o acesso igualitário e equânime às ações e serviços de saúde que formam o padrão de integralidade, levando-se em conta os seguintes critérios:

I – o grau de risco individual;

II – a cronologia da demanda;

III – a etapa em que se encontra o cuidado;

IV – o grau de vulnerabilidade e/ou exposição ao risco;

V – relação tempo de evolução e risco;



VI – protocolos clínicos.

§1º O acesso igualitário e equânime às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do Sistema Único de Saúde – SUS e se completa por meio da rede interfederativa na forma do art. 8º-A desta Lei.

§2º Nos casos de urgência e emergência e na ausência de serviços públicos, conveniados e contratados, próximo à ocorrência, as ações e serviços privados de saúde suplementar são obrigados a prestar atendimento, podendo após pleitear o ressarcimento pelo órgão competente do Sistema Único de Saúde, sendo que o prazo para o ressarcimento não pode ultrapassar sessenta (60) dias, na forma prevista em regulamento.

§3º Nos serviços integrantes ou participantes do Sistema Único de Saúde – SUS em que houver acomodações especiais, opcionais ou particulares, havendo necessidades de atendimento, as mesmas deverão ser colocadas à disposição dos usuários sem qualquer ônus para estes, ou às instituições e aos órgãos integrantes do sistema.

§4º Os protocolos clínicos de que trata este dispositivo serão elaborados pela Comissão de Gestão do Sistema de Garantia de Acesso, com apoio técnico do Complexo de Gerenciamento, submetidos a pactuação pela Comissão Intergestora Tripartite, por consenso.

Art. 38-B São direitos assegurados no sistema de garantia de acesso, respeitado os critérios previstos no art. 38-A:

I – O acesso de todos os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS às ações e serviços de saúde individual e coletiva reconhecidas nesta Lei em condições de efetiva igualdade, inclusive, no que toca os procedimentos administrativos decorrentes;

II – O atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos para assistência à saúde, médico ou não, inclusive administrativo, que se faça necessário e seja oferecido pela unidade sistêmica;

III – O acesso às ações e serviços de saúde individual e coletiva previstas nesta Lei se dará independentemente do local do território nacional em que se encontre a cada momento os usuários do Sistema Único de Saúde, considerando especialmente as singularidades dos territórios isolados;



IV – O acesso às ações e serviços de saúde considerados como de referência;

V – O marco de um tempo máximo de acesso às ações e serviços de saúde individual e coletiva de saúde, na forma pactuada na Comissão Intergestora Tripartite;

VI – Aos usuários, a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nas ações e serviços, hospitais e em outras unidades integrantes de atenção à saúde.

VII – A informação aos usuários de seus direitos e deveres; das ações e serviços de saúde que conformam o padrão de integralidade; das portas de entrada do sistema; do registro geral das unidades sistêmicas, centros, estabelecimentos e serviços de saúde do Ministério da Saúde, de caráter público;

§1º Estão excluídas do inciso V do sistema de garantia de acesso os atendimentos de saúde diante de situações de catástrofes e as intervenções cirúrgicas de transplantes de órgãos e tecidos, cuja realização dependa da disponibilidade de órgãos e tecidos, observando a lista única prevista na legislação pertinente ao tema.

§2º Os direitos assegurados no sistema de garantia de acesso são aplicados a todas as unidades sistêmicas, portas de entrada do sistema, centros, estabelecimentos, postos, clínicas, hospitais, públicos ou privados, sendo responsabilidade de cada ente federado velar por seu cumprimento no seu respectivo âmbito de jurisdição.

Art. 38-C É vedado às unidades sistêmicas e as instituições privadas que formam o Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive complementar:

I – realizar, proceder ou permitir qualquer forma de discriminação e privilégios entre os usuários dos serviços de saúde;

II – prestar serviços de saúde discriminatórios, em termos de acesso ou qualidade dos procedimentos entre usuários do Sistema Único de Saúde e os beneficiários de planos, seguros contratados ou convênios privados de saúde, próprios ou por eles intermediados;

III – manter acessos diferenciados, inclusive de marcação de consultas, atendimentos, realização de procedimentos e exames, para usuários do Sistema Único de Saúde e quaisquer outros usuários, em face de necessidades de atenção semelhantes.



## CAPÍTULO II

### DA IGUALDADE E EQÜIDADE DO ACESSO

Art. 38-D Os usuários das ações e serviços de saúde públicos ou privados dispõem dos seguintes direitos:

- I – ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;
- II – ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;
- III – receber informações claras, objetivas e compreensivas sobre hipóteses diagnósticas; diagnósticos realizados; exames solicitados; riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; duração prevista do tratamento proposto; no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicado, o instrumental a ser utilizado; as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e conseqüências indesejáveis e duração esperado do procedimento; exames e condutas a que será submetido; a finalidade dos materiais coletados para exame; alternativas de diagnóstico e terapêuticos existentes;
- IV – consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem nele realizados;
- V – consultar, em qualquer momento, o seu prontuário médico;
- VI – receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação da profissão;
- VII – receber os medicamentos prescritos acompanhados de bula, impressa de forma compreensível e clara;
- VIII – receber as receitas com o nome genérico das substâncias prescritas; digitalizada ou escrita de modo legível; sem utilização de códigos ou abreviaturas, com o nome do profissional e o número do seu registro no órgão de regulamentação da profissão e a assinatura do profissional;
- IX – ser acompanhado, se assim desejar, nas consultas e internações, por pessoa por ele indicada;



X – receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem-estar;

XI – ter um local digno e adequado para o atendimento;

XII – ser prévia e expressamente informado quando o tratamento for experimental ou fizer parte de pesquisa;

XIII – ter resguardado o segredo sobre os seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública;

XIV – poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis e legíveis;

XV – recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida e optar pelo local da morte.

§1º A criança e o idoso internados terão em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-las integralmente durante o período de internação.

§2º A mulher grávida poderá ter a presença do pai do feto nos exames pré-natais e no momento do parto, se assim desejar, podendo indicar outra pessoa.

Art. 38-E Para a garantia da igualdade e da eqüidade do acesso deve ser criada lista única informatizada de ordenamento do acesso às ações e serviços de saúde, fundada na estratificação do risco e no critério cronológico, além dos outros previstos no art. 38-A desta Lei.

§1º A lista a que se refere o *caput* é pública e transparente, devendo ser de livre acesso para consultas e amplamente divulgada por todos os meios, inclusive, na rede mundial de computadores (Internet), como forma de viabilizar seu acompanhamento pelos órgãos de controle, auditoria e monitoramento.

§2º Todo usuário deve ser cadastrado no SUS, através do Cartão Nacional de Saúde, ou documento similar, vedando-se deixar de ser atendidos os usuários sem o cadastro e o cartão.

### CAPÍTULO III



## DO SISTEMA NACIONAL DE GARANTIA DE ACESSO

Art. 38-F O Sistema Nacional de Garantia de Acesso tem como atribuição, dentre outras que venham a ser definidas:

I - garantir e viabilizar o acesso dos usuários de forma igualitária e equânime às consultas especializadas, procedimentos ambulatoriais especializados, serviços hospitalares, serviços de urgência e emergência, tratamento fora do domicílio intra e interestaduais, transplantes de órgãos e tecidos, orientando e ordenando os fluxos assistenciais;

II – garantir e viabilizar os direitos previstos nos arts. 38-B, 38-C, 38-D e 38-E desta Lei;

III – estimular a cooperação entre os gestores do sistema de saúde;

III - manter protocolos assistenciais e operacionais pactuados entre os entes federados, entidades representantes de classes e especialidades, seguindo a lógica de acesso equânime às tecnologias de saúde; considerando os recursos disponíveis;

IV – implantar redes informatizadas integrando as portas de entrada e os pontos sistêmicos às centrais de acesso do sistema, na forma do art. 38-H desta Lei;

V - planejar as ações de gestão e gerenciamento do sistema de garantia de acesso;

VI - acompanhar e avaliar as atividades através de relatórios gerenciais;

VII - monitorar o cumprimento dos pactos de garantia de acesso que forem estabelecidos pelas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite;

VIII - monitorar o padrão de integralidade;

IX – garantir e disponibilizar a oferta de ações e serviços de saúde individual e coletiva, de acordo com o contrato de ação pública;

X - fornecer informações referentes à utilização dos recursos físicos e financeiros próprios e pactuados;

XI - identificar pontos de estrangulamento na assistência à saúde e encaminhar providências ao gestor para sanar o problema;



XII - disponibilizar informações para o acompanhamento do contrato de ação pública;

XIII – empreender as demais atribuições inerentes à gestão do sistema.

Art. 38-G Caberá aos entes federados, por meio da Comissão de Gestão do Sistema de Garantia de Acesso e do Complexo de Gerenciamento, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite:

I – orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

II – monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

III – ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 38-H O Sistema Nacional de Garantia de Acesso será instrumentalizado por sistema informatizado de gestão e gerenciamento com as seguintes características:

I – disponibilizar os procedimentos de forma individualizada ou configurada em pacotes conforme os tipos de estabelecimentos e as necessidades de saúde;

II – monitoramento da execução das ofertas de serviço e de procedimentos pactuados entre as unidades;

III – permissão do acesso do usuário aos níveis de atenção nas redes de prestadores estatais, públicos e privados, conforme regras pactuadas;

IV – permitir a geração de arquivos para alimentação das bases de dados;

V – permitir a geração de relatórios operacionais e gerenciais;

V – gerenciar e monitorar as listas de espera por prioridade, procedimento e diagnóstico;

VI – acompanhamento da evolução da execução das ações e serviços de saúde.

## CAPÍTULO IV

### DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

Art. 38-I O Sistema Nacional de Garantia de Acesso tem a seguinte estruturação:

- I – Comissão de Gestão do Sistema Nacional de Garantia de Acesso;
- II – Complexo de Gerenciamento Nacional, Estadual e Municipal;
- III – Portas de Entrada;
- IV – Pontos Sistêmicos.

Art. 38-J A Comissão de Gestão do Sistema Nacional de Garantias de Acesso é o órgão responsável pelo planejamento, acompanhamento, avaliação e controle do Sistema Nacional de Garantia de Acesso.

§1º Para garantir a efetividade de sua atuação, a Comissão de Gestão deverá considerar:

- I – a responsabilidade sanitária firmada em contrato de ação pública;
- II – a definição de quantas e quais centrais de acesso comporão o sistema;
- III – a área de abrangência e o procedimento de cada central de acesso;
- IV – o conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis;
- V – o fluxo de informações das unidades solicitantes e unidades executantes;
- VI – as rotinas operacionais, tais como o horário de funcionamento, dias da semana e perfil dos profissionais;
- VII – aptidão para receber e dar respostas a todas as solicitações de atendimento;
- VIII – os protocolos clínicos e de regulação definidos;
- IX – utilizar instrumentos de avaliação para monitoramento dos processos e dos resultados.

§2º A Comissão de Gestão do Sistema Nacional de Garantia de Acesso será constituída pelo Coordenador de Gestão do Sistema, indicado pelo Ministério da Saúde, que a preside; pelo Coordenador do Complexo de Gerenciamento e pelos responsáveis das centrais de acesso de cada unidade sistêmica, conforme dispuser regulamento.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

Art. 38-K O Complexo de Gerenciamento representa o órgão operacional do Sistema Nacional de Garantia de Acesso e terá a seguinte organização:

I – coordenação e assessorias de informações em saúde;

II – centrais de acesso:

- a) Urgência e emergência;
- b) Serviços hospitalares;
- c) Serviços ambulatoriais especializados;
- d) Módulos regionais;
- e) Módulos de alto custo;
- f) Serviços de tratamento fora de domicílio;
- g) Serviços de transplante;

§1º O Complexo de Gerenciamento Nacional será coordenado por um representante do Ministério da Saúde e o Complexo de Gerenciamento Estadual e Regional na forma como dispor o estado-membro.

§2º O Complexo de Gerenciamento é composto de estruturas denominadas de Centrais de Acesso nos estados, Distrito Federal e Municípios, que compreendem toda a ação do processo de gerenciamento, isto é, recebem solicitações de atendimento, processam e garantem aos usuários ações e serviços de saúde que atendam as suas necessidades, considerando o padrão de integralidade, conforme disposto em regulamento.

§3º São atribuições básicas dos profissionais das Centrais de Acesso:

I – garantir acesso com equidade;

II – gerenciar a lista de pacientes, levando em conta o tempo médio de realização dos procedimentos, ou o tempo médio de espera na lista, associado à gravidade da situação e o conjunto de ações necessárias para restituir a autonomia e/ou satisfazer as necessidades de saúde do usuário;



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

III – analisar através de informações demográficas e clínicas relativas ao paciente sobre a prioridade na realização e o fluxo no sistema de saúde;

IV – levar em consideração o protocolo de regulamentação e o protocolo clínico durante o processo de trabalho;

V – monitoramento da oferta, da demanda, da relação oferta e demanda de procedimentos e das listas de pacientes levando em consideração a necessidade de saúde e se preocupando em orientar o usuário nas linhas de cuidado;

VI – monitoramento do fluxo de pacientes nas salas de acolhimento e leitos de retaguarda dos serviços de urgência e emergência;

VII – observar a utilização da capacidade instalada para o cuidado com o usuário;

VIII – sugerir a mobilização de recursos humanos e materiais para garantir a operação dos equipamentos de saúde;

IX – fornecer informações sobre a situação dos usuários nas listas para esferas de gestão ou do controle quando for solicitado.

## TÍTULO VII

### DO CONTRATO DE AÇÃO PÚBLICA

Art. 38-L O contrato de ação pública é o pacto firmado entre os entes federados que materializa contratualmente a responsabilidade sanitária de cada ente federado para a prestação das ações e serviços de saúde individual e coletiva que formam o padrão de integralidade.

Art. 38-M São cláusulas obrigatórias do contrato de ação pública:

I – a responsabilidade sanitária assumida por cada ente federado pactuante;

III – a identificação das necessidades locais e regionais;

IV – a oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde no território regional ou interregional;



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

V – os compromissos da regionalização que devem ser estabelecidos de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade dos serviços de cada região de saúde;

VI – a responsabilidade financeira de todos os entes pactuantes, identificando os recursos que serão disponibilizados por cada um dos entes partícipes para sua execução;

VII – as metas quantitativas e qualitativas e objetivos a serem alcançados, inclusive, identificadas ano-a-ano;

VIII – indicadores de saúde;

IX – investimentos na rede de serviços e a respectiva responsabilidade;

X – estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

XI – as penalidades pelo descumprimento do contrato;

XII – a adesão ao sistema de garantia de acesso.

Art. 38-N O monitoramento e a avaliação dos contratos de ação pública deverão observar:

I – o cumprimento das metas estipuladas;

II – os indicadores de saúde e de produção de ações e serviços de saúde obtidos;

III – o percentual atingido através do Selo Vida, de que trata o art. 38-P desta Lei;

IV – notificar o respectivo ente federado a regularizar a execução das metas não cumpridas no prazo estabelecido no contrato.

Art. 38-O Qualquer ente federado pactuante pode solicitar ao Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento a realização de auditoria nos casos em que houver indícios de irregularidades na execução do contrato de ação pública.

Parágrafo Único. Finalizada a auditoria de que trata o *caput* deste artigo, qualquer ente federado pactuante pode, mediante a devida justificação, solicitar às Comissões Intergestores Bipartite ou Tripartite, conforme



jurisdição, a abertura de procedimento administrativo a fim de executar as penalidades cabíveis.

Art. 38-P Os contratos de ação pública, por serem compromissos públicos e obrigação contratual, acarretam as seguintes penalidades institucionais no caso de descumprimento ou cumprimento parcial:

- I – Suspensão de transferências voluntárias;
- II – Suspensão das contratações de operações de crédito;
- III – Suspensão de garantias e avais;
- IV – bloqueio de valor, diretamente do Fundo Nacional da Saúde, no caso de inadimplência total ou parcial da União.

§1º Na eventualidade de aplicação em ações e serviços de saúde de valores abaixo do mínimo estipulado no Contrato de Ação Pública, em um determinado exercício, será celebrado Termo de Ajuste entre Entes Públicos – TAEP.

§2º O Termo de Ajuste entre Entes Públicos – TAEP é celebrado nas Comissões Intergestores Bipartite ou Tripartite, conforme jurisdição, e visa adequar o ente inadimplente as obrigações contratuais, compensando nos exercícios subsequentes a diferença atualizada entre o previsto no contrato de ação pública e o valor efetivamente aplicado, sob pena de aplicação de sanções aos gestores, conforme o disposto na Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992.

§3º O Termo de Ajuste entre Entes Públicos – TAEP previsto nos §§1º e 2º deste artigo, para prevenir ou terminar litígios nas hipóteses de não aplicação correta de recursos firmados no Contrato de Ação Pública, deverá conter:

- I - a descrição das obrigações assumidas;
- II - o prazo e o modo para o cumprimento das obrigações;
- III - a forma de fiscalização da sua observância;
- IV - os fundamentos de fato e de direito;
- V – a gestão supervisionada dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, enquanto viger o TAEP, na forma prevista em regulamento desta Lei.



V - a previsão de multa ou de sanção administrativa, no caso de seu descumprimento.

§4º As Comissões Intergestores Bipartite ou Tripartite poderão solicitar aos órgãos e entidades públicas federais ou estaduais manifestação sobre a viabilidade técnica, operacional e financeira das obrigações a serem assumidas no TAEP.

§5º As penalidades previstas no §1º deste artigo são aplicadas pelas Comissões Intergestores Bipartite ou Tripartite, respeitado em qualquer caso a ampla defesa e o contraditório, que oficiará a instituição competente para a execução da penalidade, vedada a rediscussão da matéria.

§6º Os contratos de ação pública serão controlados, avaliados e monitorados pelo relatório de gestão e pelo Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento de que tratam os arts. 38-R e 38-T desta Lei.

## CAPÍTULO I

### DO SELO VIDA

Art. 38-Q Fica instituído o Selo Vida como incentivo a ser concedido às unidades sistêmicas que ultrapassarem as metas e superem os objetivos estabelecidos no contrato de ação pública.

§1º O Selo Vida tem a finalidade de:

- I – apurar a eficiência, eficácia e efetividade;
- II – o impacto na melhoria das condições de saúde da população abrangida;
- III – a satisfação do usuário;
- IV – o atendimento das metas quantitativas e qualitativas pactuadas;
- V – a observância à garantia de acesso.

Art. 38-R Por meio de proposta apresentada pela União, a Comissão Intergestora Tripartite, por meio de pacto consensual, deverá regulamentar os critérios de avaliação e os valores do Selo Vida observando:



I – os indicadores de garantia de acesso;

II – os indicadores de saúde;

III – os relatórios de gestão e do Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento; e

II – outros indicadores a serem pactuados.

§1º As regras que definem os critérios de avaliação e os valores dependerão da ponderação atribuída a cada um dos indicadores previstos neste artigo.

§2º Os indicadores de garantia de acesso é calculado a partir das variáveis de produção de ações e serviços de saúde, do compromisso de entrega assumido no contrato de ação pública com o que, de fato, é entregue pela unidade sistêmica.

§3º A pontuação obtida pelas unidades sistêmicas deve indicar o valor do percentual financeiro correspondente ao Selo Vida a ser repassado;

§4º O Selo Vida poderá ser amplamente utilizado pelo Município que o adquirir e servir de critério para redução e renegociação de dívida, na forma da lei.

## CAPÍTULO II

### DO RELATÓRIO DE GESTÃO

Art. 38-S O relatório de gestão reflete o contrato de ação pública, de modo que ele é o instrumento de controle, avaliação e monitoramento que permite verificar, anualmente, a execução do contrato de ação pública e deve conter, obrigatoriamente:

I - a demonstração do cumprimento das metas pactuadas no contrato de ação pública;

II - os segmentos da população atendidos em cumprimento aos princípios da igualdade e da universalidade;

III – o demonstrativo da realização das ações e serviços ofertados à população total e população usuária, de acordo com as responsabilidades e metas pactuadas no contrato de ação pública;



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

IV - os indicadores de qualidade dos serviços e os resultados alcançados;

V - comprovação da aplicação dos percentuais vinculados à saúde;

VI – os balanços financeiros, orçamentários, patrimoniais e demonstrativos de variações patrimoniais do fundo de saúde da esfera de governo correspondente, elaborados na forma da legislação específica.

Parágrafo Único. O relatório de gestão e o contrato de ação pública devem ser utilizados como instrumentos de acompanhamento e avaliação das ações e serviços de saúde executados pelos entes federados.

Art. 38-T O relatório de gestão deve ser elaborado pela direção do Sistema Único de Saúde de cada esfera de governo, até o dia 30 de março do ano seguinte à execução orçamentária.

§1º Até o dia 31 de julho de cada ano deverá ser apresentado ao Conselho de Saúde relatório parcial referente à execução do contrato de ação pública no primeiro semestre do ano.

§2º O Conselho de Saúde emitirá, em trinta dias do recebimento do relatório de gestão, parecer sobre o seu conteúdo, que deve ser publicado na imprensa oficial, no prazo máximo de 15 dias, e ser encaminhado às Casas Legislativas e ao Tribunal de Contas respectivo, juntamente com a prestação de contas anual dos entes federados.

### **CAPÍTULO III**

#### **DO SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO**

Art. 38-U Sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo, a União, os estados e o Distrito Federal devem organizar, sob coordenação do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento do Sistema Único de Saúde — SUS.

§1º O Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento tem os seguintes objetivos:

I – controlar os serviços com a finalidade de verificar o cumprimento das metas estabelecidas e a aplicação dos recursos em relação ao definido nos contratos de ação pública;



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

II – avaliar os resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros de qualidade definidos no contrato de ação pública;

III – avaliar os resultados qualitativos dos serviços de saúde.

§2º Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo devem ser consideradas quando da formulação de nova responsabilidade sanitária e na execução das ações e serviços de saúde.

§3º Para a consecução de seus objetivos o Sistema de Avaliação e Monitoramento deve ser organizado em equipes multidisciplinares.

Art. 38-V Os órgãos que integram o Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento devem executar atividades de controle, avaliação e monitoramento nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que mantêm contrato ou convênio com o Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo Único. Os órgãos do Sistema Único de Saúde — SUS e as entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que dele participem de forma complementar, estão obrigados a prestar, quando exigida, toda informação e dados necessários ao desempenho das atividades de controle, avaliação e monitoramento, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Art. 38-X. Independentemente do disposto no art. 38-P, que trata das penalidades institucionais, a infração aos dispositivos desta Lei sujeita os agentes públicos, assim definidos pelo art. 2º da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, cumulativamente:

I – nos crimes de responsabilidade, às disposições da Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950 e do Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967;

II – nos atos de improbidade, ao disposto na Lei 8.429, de 2 junho de 1992;

III – tratando-se de servidores públicos, ao disposto nos Títulos IV e V da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990;

IV – nos crimes comuns, ao disposto no Título XI, do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal Brasileiro.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

Parágrafo único. Acrescente-se o seguinte artigo ao Título VIII – Dos Crimes contra a Incolumidade Pública, Capítulo III – Dos Crimes Contra a Saúde Pública, do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal Brasileiro:

“Perigo para a Vida ou Saúde de pessoas da Coletividade

Art. 267-A. Expor a vida ou saúde de pessoas da coletividade a situação de perigo, em decorrência de contingenciamento, cancelamento, desvio, apropriação, malbaratamento, emprego irregular ou aplicação diversa da estabelecida em lei de recursos públicos destinados a ações e serviços de saúde.

Pena – Reclusão de 2 a 8 anos.

§ 1º Se do fato resulta morte, a pena é aplicada em dobro.

§ 2º No caso de culpa, a pena é de detenção de 2 a 6 anos, ou, se resulta morte, de 4 a 8 anos.

§3º. Igual pena prevista no caput deste artigo incorre aquele que:

I - cerceia o direito do Conselho de Saúde de exercer as suas funções;

II - impede ou dificulta o acompanhamento da aplicação dos recursos do Fundo de Saúde pelo sistema de controle interno e externo e pelo controle social.”

**Art. 9º** O art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, passa a vigorar acrescido do inciso III, IV e V:

“Art. 1º .....

.....

III – as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite;

IV – a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS;

V – a Comissão de Interlocução e Apoio ao Poder Judiciário, ao Ministério Público, Defensorias Públicas e Advocacia Pública.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO

---

.....  
.....”(NR)

**Art. 10** A Lei nº 8.141, de 28 de dezembro de 1990, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

“Art.1º-A A Comissão Intergestora Tripartite, na forma do art. 14-A da Lei 8.080, de 1990, é a instância colegiada, de âmbito nacional, de negociação e deliberação dos entes federativos para compor a rede intergovernamental de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS.

§1º A rede intergovernamental de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS é a forma de organizar a produção de ações e serviços de saúde individual e coletiva de modo descentralizado e dotando-a de elementos político, jurídico e administrativo que permita aos entes federados, de maneira integrada e compartilhada, planejar, gerir, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, e transferir recursos e capacidade produtiva, normativa, tecnologia, gerencial, de gestão, de recursos humanos uns aos outros de maneira interdependente, harmônica e isonômica.

§2º Compete à Comissão Intergestora Tripartite:

I – estabelecer suas normas de funcionamento, aprovando seu regimento interno;

II – definir o padrão de integralidade do Sistema Único de Saúde – SUS, e sua alteração referente à desenvolvimento e atualização;

III – fixar as regras gerais para elaboração da programação de ações e serviços de saúde;

IV – fixar as diretrizes para a descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS;

V – fixar as diretrizes para conformação do mapa sanitário;

VI – pactuar a responsabilidade sanitária nacional entre a União, estados e Municípios;

VII – pactuar o contrato de ação pública;

VIII – fixar as regras do Selo Vida;



IX – fixar as regras de avaliação e julgamento para qualificar o atendimento em saúde como de referência;

X – constituição e coordenação das regiões de saúde interestaduais e fronteiriça;

XI – dispor sobre as competências da União, estados, Distrito Federal e Municípios, disciplinando as atribuições de cada ente no seu território e na regionalização, respeitadas as competências federativas;

XII – estabelecer os critérios de regulação do Sistema de Garantia de Acesso;

XIII – aprovar a regulamentação operacional do Complexo de Gerenciamento e das Centrais de Acesso de âmbito nacional

XIV – aprovar a alocação de recursos de acordo com a responsabilidade sanitária;

XV – aprovar a incorporação de novas técnicas, tecnologias, insumos e produtos encaminhados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias;

XVI – aprovar as novas portas de entrada e de pontos sistêmicos;

XVII – pactuar o sistema nacional de garantia de acesso;

XVIII – fixar as regras sobre as ações e serviços de saúde individual e coletiva de referência;

XIX – fixar as regras e critérios para marcar o tempo máximo de acesso às prestações e serviços individual e coletiva de saúde;

XX – coordenar aspectos relacionados com ações e serviços de saúde individual e coletiva do Sistema Nacional de Saúde previstos em lei ou que, por sua circunstância e contexto, precisem de uma atuação coordenada de âmbito nacional;

XXI – todas as matérias em que os membros da Comissão considerem o assunto de interesse nacional para o conhecimento e a colaboração no seu âmbito.

§3º A Comissão de que trata o *caput* deste artigo é composto pela União, representado pelo Ministério da Saúde, pelos estados, podendo ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CÂMARA DOS DEPUTADOS

GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO

---

(CONASS) e pelos Municípios, podendo ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

§4º A Comissão de que trata o *caput* deste artigo ficará vinculado ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.

Art.1º-B Aplicam-se às disposições do art. 1º-A desta Lei para a definição, constituição e atribuição das Comissões Intergestores Bipartite, no que couber e respeitando o âmbito de competência de cada ente federado.

Parágrafo Único. As Comissões de que trata o *caput* deste artigo ficará vinculado à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.

Art. 1º-C As Comissões Regionais são instâncias colegiadas, de âmbito regional, de negociação e deliberação da gestão compartilhada das ações e serviços de saúde regionais, nos aspectos voltados para a integração funcional e operativa dos serviços de promoção, proteção e recuperação na região, observadas as decisões da Comissão Intergestora Bipartite, tendo como atribuição:

I – discutir as necessidades de oferta de serviços de saúde da região, executando a responsabilidade sanitária na forma como pactuado no contrato de ação pública;

II – suplantar o padrão de integralidade de âmbito nacional, estadual e municipal, se for o caso, enviando para homologação na Comissão Intergestora Bipartite;

III – propor à Comissão Intergestora Bipartite as alterações e repactuações que se fizerem necessárias para a garantia de acesso aos usuários da região;

IV – aprovar os consórcios municipais para a prestação das ações e serviços de saúde;

V – regulamentar os aspectos operacionais da municipalização e regionalização do Sistema Único de Saúde – SUS.

§1º Compete à Comissão Regional elaborar, aprovar e regulamentar o seu regimento interno.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

§2º A Comissão Regional será composta por um representante da Secretaria de Estado da Saúde e pelos Secretários de saúde dos municípios integrantes da região de saúde correspondente.

§3º As Comissões Regionais serão vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde consideradas sede da região de saúde, para efeito de apoio administrativo e operacional.

Art. 1º-D A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS será responsável pela indicação da padronização de incorporação de tecnologia de serviços e insumos para ações e serviços de prevenção, diagnose, medicamentos e terapêuticos, de caráter técnicos, a fim de compor o padrão de integralidade do Sistema Único de Saúde – SUS, na forma como disposto no art. 7º-F, §1º da Lei 8.080, de 1990.

Parágrafo Único. O desenvolvimento e a atualização do padrão de integralidade serão realizados na forma como disposto no art. 7º-F, §2º da Lei 8.080, de 1990.

Art. 1º-E A Comissão de Interlocução e Apoio ao Judiciário, Ministério Público, Defensorias Públicas e Advocacia Pública, no âmbito de cada nível de governo, tem como finalidades:

I – identificar, dentro das demandas que lhe são enviadas, as fragilidades do Sistema Único de Saúde – SUS que estão ensejando à judicialização da saúde;

II – identificar o surgimento de grupos de interesses com o objetivo de impor ao Poder Público o pagamento de ações ou serviços de saúde sem indicação reconhecida dos órgãos competentes e comprovação científica;

III – interagir proativamente com o Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Advocacia Pública na definição dos fluxos de fornecimento de medicamentos e de execução de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde correspondente;

IV – uniformizar o posicionamento institucional no que respeita as demandas judiciais;

V – unificar conceitos e compartilhar informações com outros entes federados e com os demais órgãos do próprio nível de governo;



CÂMARA DOS DEPUTADOS

GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO

---

VI – prestar apoio técnico à Advocacia Pública na defesa dos interesses da Administração;

VII – dar suporte às Defensorias Públicas, orientando-lhes, se for o caso, sobre as padronizações, fluxos e protocolos do Sistema Único de Saúde.

.....

.....

Art. 2º .....

.....

§1º Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

§2 São considerados como ações e serviços de saúde, para efeitos da aplicação de recursos da saúde, todos aqueles que decorrem das atribuições legais e constitucionais impostas à União, ao estado e ao Município, sendo vedada a utilização desses recursos em atividades não inseridas no campo de atuação do SUS, conforme disposto no art. 200 da Constituição Federal de 1988, art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nesta Lei.

§3º As atividades-meio ou as atividades administrativas que dão suporte às atividades fins da saúde, bem como o pagamento de pessoal da saúde e os encargos fiscais e trabalhistas incidentes, são considerados despesas de saúde para efeitos de cálculo dos gastos em saúde, sendo vedada a utilização de recursos para pagamento de pessoal inativo da saúde.

.....”(NR)

**Art. 11** O Sistema Nacional de Auditoria vigente na data da publicação desta Lei e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS deverão, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, adaptar-se para observarem o disposto no que respeita a avaliação e o monitoramento do contrato de ação pública.

Parágrafo Único A auditoria referente à fiscalização contábil, financeira e orçamentária do Sistema Único de Saúde – SUS serão realizadas pelos Tribunais de Contas da respectiva esfera de governo.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**GABINETE DO DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**

---

**Art. 12.** Revogam-se os art. 12, parágrafo único; art. 15, VIII; art.16, inciso XVIII; art. 35, §§ 1º e 2º, art. 36, art. 52, todos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, inclusive, os arts. 14-A e 14-B na redação dada pela Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011.

**Art. 13.** Esta Lei entra em 1 (um) anos após a sua publicação.

Sala das Comissões, em

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**

Relator