



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 1.645-A, DE 2015 **(Do Sr. Odorico Monteiro)**

Dispõe no âmbito do SUS sobre a integração das ações e serviços de saúde em regiões de saúde mediante contrato organizativo de ação pública da saúde, disciplina a associação regional de saúde e o atendimento integral; tendo parecer da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação deste, e pela rejeição do de nº 2748/15, apensado (relator: DEP. PEPE VARGAS).

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA;

FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54 RICD) E

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD)

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

SUMÁRIO

I - Projeto inicial

II - Projeto apensado: 2748/15

III - Na Comissão de Seguridade Social e Família:

- Parecer do relator

- Parecer da Comissão

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a integração das ações e serviços de saúde em rede regionalizada e hierarquizada, institui o contrato organizativo de ação pública da saúde, disciplina a associação regional de saúde para apoio à gestão administrativo-sanitária da região de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e o atendimento integral.

Art. 2º A organização e a integração das ações e serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos nas regiões de saúde serão realizadas mediante a celebração de contrato organizativo de ação pública da saúde.

Art. 3º. Entende-se por contrato organizativo de ação pública da saúde o ajuste celebrado entre os entes federativos de cada região de saúde, o Estado-membro e a União, cujo objeto seja a organização e a integração das ações e serviços de saúde regionais com a definição das responsabilidades sanitárias e financeiras de cada ente federativo na região de saúde.

§1º O contrato organizativo de ação pública da saúde tem a finalidade de integrar as ações e serviços de saúde dos entes federativos na região de saúde para a garantia sistêmica da integralidade da assistência à saúde dos municípios da região e dos referenciados por outra região, conforme pactuação entre os gestores da saúde, na forma do disposto em lei e decreto específicos.

§2º São signatários do contrato organizativo da ação pública de saúde os entes municipais que compõem uma região de saúde, constituída sob a forma do disposto em decreto estadual, o Estado-membro e a União.

Art.4º São cláusulas essenciais do contrato organizativo de ação pública da saúde:

I – as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, integradas sistemicamente na região de saúde, de acordo com as necessidades de saúde local e regional e as de referência inter-regional, observados os planos de saúde dos entes federativos;

II – as responsabilidades sanitárias organizativa, executiva, orçamentária e de monitoramento, avaliação de desempenho e controle orçamentário e financeiro de cada ente signatário, seus objetivos, metas e prazos;

III – as sanções administrativas a serem aplicadas aos entes signatários em caso de descumprimento total ou parcial das cláusulas do contrato organizativo da ação pública da saúde;

IV - o direito de qualquer dos contratantes, quando adimplente com suas obrigações, de exigir o pleno cumprimento das cláusulas do contrato organizativo da ação pública, seus anexos e aditivos;

V – a submissão dos entes signatários à solução de seus conflitos por câmara administrativa arbitral, conforme disposto no art. 13 da presente lei.

Parágrafo único. Na hipótese de instituição da entidade de que trata o art. 6º desta lei, o contrato organizativo de ação pública da saúde deverá contemplar obrigatoriamente a previsão da responsabilidade dos entes associados de consignarem, anualmente, os recursos orçamentários correspondentes ao pagamento da associação regional de saúde pela consecução das obrigações contratuais que venham a ser estabelecidas.

Art. 5º O contrato organizativo da ação pública será renovado a cada oito anos, podendo ser aditado sempre que necessário, devendo ser publicado na imprensa oficial 20 (vinte) dias após a sua assinatura, bem como de seus aditivos, devendo todas as suas informações ser públicas, mediante sistema de informação.

Parágrafo único. As responsabilidades sanitárias dos entes contratantes, conforme disposto no art. 4º, serão atualizadas sempre que necessárias, mediante termos aditivos.

Art. 6º. Com a finalidade de operacionalizar o contrato organizativo da ação pública de saúde poderá ser instituída, pelos municípios de uma mesma região de saúde, entidade pública de direito privado, de natureza associativa-interfederativa.

§1º A entidade de que trata o *caput* deverá ser instituída mediante autorização legislativa específica dos entes instituidores, podendo, de acordo com a conveniência e oportunidade, contar com a participação do Estado-membro.

§ 2º A associação regional de saúde adquirirá personalidade jurídica de direito privado nos termos da legislação civil e sua dissolução depende de lei.

§3º O prazo de duração da associação regional de saúde será indeterminado.

Art. 7º São condições constitutivas essenciais à associação regional de saúde:

I – a instituição exclusiva por pessoas político-administrativas integrantes do contrato organizativo de ação pública, na forma do disposto art. 4º desta lei;

II – a previsão estatutária de que a orientação e supervisão da associação serão exercidas de forma compartilhada pelos entes federativos instituidores, por meio de sua assembleia geral, instância colegiada superior, constituída pelos chefes do Poder Executivo ou pelos secretários de saúde por expressa delegação;

III - a representação dos entes federativos instituidores na assembleia geral, instância máxima de deliberação, responsável, dentre outras, pela elaboração, aprovação e modificação dos estatutos e o quórum de deliberação;

IV - a obrigatoriedade de a assembleia geral ser presidida por chefe do poder executivo de um dos entes instituidores da associação.

§ 1º A lei autorizativa deverá fixar a finalidade, a área de atuação, as competências, a estrutura básica de governança, assim como as normas de convocação e funcionamento da assembleia geral e a forma de eleição e a duração do mandato do presidente da associação interfederativa regional de saúde, que não poderá ultrapassar dois anos, cabendo ao seu estatuto as demais definições de seu funcionamento.

§ 2º A associação regional de saúde fica submetida às deliberações das comissões intergestores, nos termos da Lei 8080, de 1990, no tocante ao funcionamento e organização do SUS e suas políticas de saúde.

Art. 8º A associação regional de saúde se submete ao regime de licitação e contratos, admissão de pessoal mediante concurso público e controle interno e externo competentes.

Parágrafo único. O regime jurídico de pessoal da associação será o regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), facultando-se à associação a instituição de regulamento próprio de licitação e contrato, nos termos do disposto no art. 119 da Lei 8666, de 1990.

Art. 9º O relacionamento entre a associação a regional de saúde com seus entes associados poderá se dar exclusivamente mediante cláusulas específicas de prestação de serviços prevista no contrato organizativo de ação pública da saúde, configurando-se as obrigações financeiras como transferência contratual.

Parágrafo único. Os entes associados farão consignar, anualmente, nos orçamentos dos respectivos fundos de saúde, os recursos mencionados no *caput* deste artigo em rubrica

orçamentária própria de pagamento de obrigações contratuais.

Art. 10 Para o desenvolvimento dos planos, projetos, programas e ações previstos no contrato organizativo da ação pública de saúde, poderão ser cedidos para a associação regional de saúde servidores públicos dos entes federativos instituidores, sem ônus para a origem, observada a legislação específica de cada ente.

§ 1º A cessão far-se-á sem prejuízo dos direitos e vantagens inerentes aos respectivos cargos efetivos ou empregos.

§ 2º O contrato organizativo da ação pública de saúde poderá prever a cessão de uso de bens e de execução de serviços dos entes instituidores à associação, mediante termos específicos.

Art. 11 Os entes instituidores ficam obrigados a encaminhar aos conselhos de saúde a prestação de contas anual encaminhada pela associação regional de saúde para o exercício do controle social ao qual está submetida.

Art. 12 Os entes signatários do contrato organizativo de ação pública, isolados ou em conjunto, são partes legítimas para exigir o cumprimento das obrigações ali previstas, cabendo aos entes associados o mesmo direito em relação às obrigações assumidas pela associação.

§1º Constitui impedimento para firmar acordo, termos, convênio com o Estado-membro e a União para recebimento de recursos voluntários a serem aplicados na saúde, os entes municipais que não cumprirem as cláusulas do contrato organizativo de ação pública, as da associação regional de saúde, em especial quando deixarem transferir recursos financeiros contratuais.

§2º Os dirigentes da associação regional de saúde responderão pelos atos praticados em desconformidade com a lei, com o contrato organizativo da ação pública de saúde e seus aditivos, ou com as disposições dos respectivos estatutos, nos termos da legislação específica.

§3º Os dirigentes da associação regional de saúde não responderão pessoalmente pelas obrigações contraídas pela entidade.

Art. 13 Deverá ser instituída uma câmara administrativa arbitral, no âmbito da comissão intergestores bipartite e tripartite, para dirimir conflitos que surgirem na execução do contrato organizativo de ação pública da saúde, cabendo a esta última a resolução dos conflitos que envolverem a União, sem prejuízo ao acesso ao Poder Judiciário.

Art. 14 A integralidade da assistência à saúde garantida no SUS deverá corresponder às ações e serviços de saúde previstos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), as quais devem ser periodicamente atualizadas na forma do disposto nos arts. 19-M a 19-R e 19-U da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e decreto regulamentador e ter caráter sistêmico.

§ 1º. O conteúdo das Relações mencionadas no *caput* deste artigo deverá ser objeto de pactuação entre o Poder Público e a sociedade, representada nos conselhos de saúde e nas audiências públicas e o Ministério da Saúde, com a participação da Comissão Intergestores Tripartite, devendo ser aprovadas no Conselho Nacional de Saúde.

§ 2º No prazo de seis meses da publicação da presente lei, deverá ser apresentado publicamente pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Conselho Nacional da Saúde, cronograma de debates e audiências públicas previstas no § 1º deste artigo.

Art. 15 Na avaliação do cumprimento das metas e do desempenho dos entes federativos em relação às suas responsabilidades contratuais serão utilizados indicadores do

Ministério da Saúde, aprovados na CIT e tornado público mediante portaria ministerial.

Art. 16 O inciso II, do art. 7º da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 7º (...)

II – A integralidade da assistência à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema, será garantida na região de saúde ou entre regiões de saúde, em acordo as referências sanitárias, devendo ser observado obrigatoriamente o disposto na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).”

Art. 17 A União poderá celebrar acordo, termo, convênio, contrato com a associação regional da saúde para investimentos, conforme previsto no plano de saúde do ente associado e no contrato organizativo de ação pública da saúde, respeitada as disposições da LC 141, de 2012.

Art. 18 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem estrutura organizativa diferenciada dos demais serviços públicos por ser um sistema que exige, constitucionalmente, o formato de rede regionalizada de serviços, o que pressupõe interligação, interconexão de serviços de entes federativos em uma região de saúde.

A organização do SUS se assenta em três pilares: descentralização (competência comum para cuidar da saúde); formação de rede de serviços construída em acordo à sua densidade tecnológica; e definição de região de saúde, que pressupõe a aglutinação de entes federativos e demarcação territorial interfederativa para delimitação da rede de saúde.

Essa forma organizativa requer que o Estado, junto com seus municípios, some territórios municipais para demarcar uma região de saúde; unam os serviços desses entes federativos – municipais e estaduais – para a construção da rede regionalizada de serviços e que seja garantido pela Administração Pública modelos de gestão pública compartilhada que possibilitem governança política e operacionalidade administrativa e financeira.

Esse desafio fez com que o SUS avançasse em algumas soluções administrativas, como a criação das instâncias deliberativas interfederativas as quais possibilitam a definição das políticas de saúde e sua operacionalidade de forma compartilhada e consensual, como a lei 12.466, que alterou a lei 8080, de 1990. As instâncias de decisões interfederativas são essenciais para a gestão compartilhada do SUS.

Outras soluções diferenciadas também contribuíram para a construção do SUS,

como as transferências de recursos fundo a fundo; o contrato organizativo de ação pública da saúde (decreto 7508, de 2011). O contrato organizativo de ação pública da saúde é essencial para a definição das responsabilidades dos entes federativos na região de saúde, ao integrarem seus serviços e recursos orçamentários, uma vez que a responsabilidade solidária definida pelo Poder Judiciário precisa ser revista por não respeitar as diferenças socioeconômicas e demográficas dos entes federativos, quebrando assim a equidade federativa, criando iniquidades com as quais o SUS não pode mais conviver.

Há ainda necessidade de se aperfeiçoar alguns institutos administrativos para dar consequência ao modelo organizativo do SUS. A cooperação federativa – que no SUS é imperativa – precisa de modelo jurídico de gestão compartilhada para garantir as suas especificidades. Por melhor que seja o consórcio público, ele nem sempre atende as necessidades de recorte territorial regional sanitário, de definição de responsabilidades, garantia de autonomia federativa e agilidade em sua operacionalidade.

O consórcio público da lei nº 11.107, de 2005 não tem sido suficiente para atender as necessidades da saúde por diversos motivos. O objetivo do consórcio foi viabilizar, dentre as modalidades vigentes no ordenamento jurídico nacional, a descentralização de competências públicas.

Mas se o consórcio não é suficiente para atender as especificidades da saúde, há que se ter os meios para a consecução de suas finalidades. Quem tem fins a cumprir têm que ter os meios para realiza-los. Foi assim com diversas entidades criadas para a operacionalidade da ação pública, como é o caso da Operadora Nacional de Serviços de Energia Elétrica, pessoa jurídica de direito privado, criada pela lei 10.848, de 2004, para atender especificidades do setor de energia elétrica.

Para atender as necessidades do setor saúde, impõe-se a criação de novas figuras que possam tornar realidade a organização do SUS em rede de serviços, regionalizada.

A associação regional de saúde, figura jurídica de natureza associativa, ao amparo do Código Civil, é uma resposta a essas especificidades.

A associação regional de saúde atende à necessidade de operacionalidade do contrato organizativo de ação pública da saúde. Definida a região de saúde, instituída a rede de serviços, firmado o contrato entre os entes federativos da região de saúde para a definição de suas responsabilidades sanitárias, há que se possibilitar a gestão operativa das metas regionais do contrato, mediante pessoa jurídica própria capaz de atender as decisões dos entes federativos

tomadas na CIR – Comissão Intergestores Regional.

Sala das Sessões, 21 de maio de 2015

**DEPUTADO ODORICO MONTEIRO
PT-CE**

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
Seção de Legislação Citada - SELEC

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....
TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR
.....

.....
CAPÍTULO II
DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES
.....

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
 XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

CAPÍTULO VIII DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o *caput* deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. *(Artigo acrescido pela Lei nº*

12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o *caput* deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º (VETADO). (Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

Art. 19-S. (VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. (Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

LEI Nº 8.666, DE 21 DE JUNHO DE 1993*

Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

Art. 119. As sociedades de economia mista, empresas e fundações públicas e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União e pelas entidades referidas no artigo anterior editarão regulamentos próprios devidamente publicados, ficando sujeitas às disposições desta Lei.

Parágrafo único. Os regulamentos a que se refere este artigo, no âmbito da Administração Pública, após aprovados pela autoridade de nível superior a que estiverem vinculados os respectivos órgãos, sociedades e entidades, deverão ser publicados na imprensa oficial.

Art. 120. Os valores fixados por esta Lei poderão ser anualmente revistos pelo Poder Executivo Federal, que os fará publicar no *Diário Oficial da União*, observando como limite superior a variação geral dos preços do mercado, no período. [*\(Artigo com redação dada pela Lei nº 9.648, de 27/5/1998\)*](#)

LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

**CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal:

I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

CAPÍTULO II DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

LEI Nº 12.466, DE 24 DE AGOSTO DE 2011

Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Capítulo III do Título II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 14-A e 14-B:

"Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados."

"Art. 14-B. 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. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 24 de agosto de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF

Alexandre Rocha Santos Padilha

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

LEI Nº 11.107, DE 6 DE ABRIL DE 2005

Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre normas gerais para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum e dá outras providências.

§ 1º O consórcio público constituirá associação pública ou pessoa jurídica de direito privado.

§ 2º A União somente participará de consórcios públicos em que também façam parte todos os Estados em cujos territórios estejam situados os Municípios consorciados.

§ 3º Os consórcios públicos, na área de saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Os objetivos dos consórcios públicos serão determinados pelos entes da Federação que se consorciarem, observados os limites constitucionais.

§ 1º Para o cumprimento de seus objetivos, o consórcio público poderá:

I - firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos do governo;

II - nos termos do contrato de consórcio de direito público, promover desapropriações e instituir servidões nos termos de declaração de utilidade ou necessidade pública, ou interesse social, realizada pelo Poder Público; e

III - ser contratado pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, dispensada a licitação.

§ 2º Os consórcios públicos poderão emitir documentos de cobrança e exercer atividades de arrecadação de tarifas e outros preços públicos pela prestação de serviços ou pelo uso ou outorga de uso de bens públicos por eles administrados ou, mediante autorização específica, pelo ente da Federação consorciado.

§ 3º Os consórcios públicos poderão outorgar concessão, permissão ou autorização de obras ou serviços públicos mediante autorização prevista no contrato de consórcio público, que deverá indicar de forma específica o objeto da concessão, permissão ou autorização e as condições a que deverá atender, observada a legislação de normas gerais em vigor.

LEI Nº 10.848, DE 15 DE MARÇO DE 2004

Dispõe sobre a comercialização de energia elétrica, altera as Leis nºs 5.655, de 20 de maio de 1971, 8.631, de 4 de março de 1993, 9.074, de 7 de julho de 1995, 9.427, de 26 de dezembro de 1996, 9.478, de 6 de agosto de 1997, 9.648, de 27 de maio de 1998, 9.991, de 24 de julho de 2000, 10.438, de 26 de abril de 2002, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A comercialização de energia elétrica entre concessionários, permissionários

e autorizados de serviços e instalações de energia elétrica, bem como destes com seus consumidores, no Sistema Interligado Nacional - SIN, dar-se-á mediante contratação regulada ou livre, nos termos desta Lei e do seu regulamento, o qual, observadas as diretrizes estabelecidas nos parágrafos deste artigo, deverá dispor sobre:

- I - condições gerais e processos de contratação regulada;
- II - condições de contratação livre;
- III - processos de definição de preços e condições de contabilização e liquidação das operações realizadas no mercado de curto prazo;
- IV - instituição da convenção de comercialização;
- V - regras e procedimentos de comercialização, inclusive as relativas ao intercâmbio internacional de energia elétrica;
- VI - mecanismos destinados à aplicação do disposto no art. 3º, inciso X, da Lei nº 9.427, de 26 de dezembro de 1996, por descumprimento do previsto neste artigo;
- VII - tratamento para os serviços ancilares de energia elétrica e para as restrições de transmissão;
- VIII - mecanismo de realocação de energia para mitigação do risco hidrológico;
- IX - limites de contratação vinculados a instalações de geração ou à importação de energia elétrica, mediante critérios de garantia de suprimento;
- X - critérios gerais de garantia de suprimento de energia elétrica que assegurem o equilíbrio adequado entre confiabilidade de fornecimento e modicidade de tarifas e preços, a serem propostos pelo Conselho Nacional de Política Energética - CNPE; e
- XI - mecanismos de proteção aos consumidores.

§ 1º A comercialização de que trata este artigo será realizada nos ambientes de contratação regulada e de contratação livre.

§ 2º Submeter-se-ão à contratação regulada a compra de energia elétrica por concessionárias, permissionárias e autorizadas do serviço público de distribuição de energia elétrica, nos termos do art. 2º desta Lei, e o fornecimento de energia elétrica para o mercado regulado.

§ 3º A contratação livre dar-se-á nos termos do art. 10 da Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998, mediante operações de compra e venda de energia elétrica envolvendo os agentes concessionários e autorizados de geração, comercializadores e importadores de energia elétrica e os consumidores que atendam às condições previstas nos arts. 15 e 16 da Lei nº 9.074, de 7 de julho de 1995, com a redação dada por esta Lei.

§ 4º Na operação do Sistema Interligado Nacional - SIN, serão considerados:

- I - a otimização do uso dos recursos eletroenergéticos para o atendimento aos requisitos da carga, considerando as condições técnicas e econômicas para o despacho das usinas;
- II - as necessidades de energia dos agentes;
- III - os mecanismos de segurança operativa, podendo incluir curvas de aversão ao risco de deficit de energia;
- IV - as restrições de transmissão;
- V - o custo do deficit de energia; e
- VI - as interligações internacionais.

§ 5º Nos processos de definição de preços e de contabilização e liquidação das operações realizadas no mercado de curto prazo, serão considerados intervalos de tempo e escalas de preços previamente estabelecidos que deverão refletir as variações do valor econômico da energia elétrica, observando inclusive os seguintes fatores:

- I - o disposto nos incisos I a VI do § 4º deste artigo;
- II - o mecanismo de realocação de energia para mitigação do risco hidrológico; e
- III - o tratamento para os serviços ancilares de energia elétrica.

§ 6º A comercialização de que trata este artigo será realizada nos termos da Convenção de Comercialização, a ser instituída pela Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL, que deverá prever:

- I - as obrigações e os direitos dos agentes do setor elétrico;
- II - as garantias financeiras;
- III - as penalidades; e
- IV - as regras e procedimentos de comercialização, inclusive os relativos ao intercâmbio internacional de energia elétrica.

§ 7º Com vistas em assegurar o adequado equilíbrio entre confiabilidade de fornecimento e modicidade de tarifas e preços, o Conselho Nacional de Política Energética - CNPE proporrá critérios gerais de garantia de suprimento, a serem considerados no cálculo das energias asseguradas e em outros respaldos físicos para a contratação de energia elétrica, incluindo importação.

§ 8º A comercialização de energia elétrica de que trata este artigo será feita com a observância de mecanismos de proteção aos consumidores, incluindo os limites de repasses de custo de aquisição de energia elétrica de que trata o art. 2º desta Lei.

§ 9º As regras de comercialização previstas nesta Lei aplicam-se às concessionárias, permissionárias e autorizadas de geração, de distribuição e de comercialização de energia elétrica, incluindo as empresas sob controle federal, estadual ou municipal.

Art. 2º As concessionárias, as permissionárias e as autorizadas de serviço público de distribuição de energia elétrica do Sistema Interligado Nacional - SIN deverão garantir o atendimento à totalidade de seu mercado, mediante contratação regulada, por meio de licitação, conforme regulamento, o qual, observadas as diretrizes estabelecidas nos parágrafos deste artigo, disporá sobre:

- I - mecanismos de incentivo à contratação que favoreça a modicidade tarifária;
- II - garantias;
- III - prazos de antecedência de contratação e de sua vigência;
- IV - mecanismos para cumprimento do disposto no inciso VI do art. 2º da Lei nº 9.478, de 6 de agosto de 1997, acrescido por esta Lei;
- V - condições e limites para repasse do custo de aquisição de energia elétrica para os consumidores finais;
- VI - mecanismos para a aplicação do disposto no art. 3º, inciso X, da Lei nº 9.427, de 26 de dezembro de 1996, por descumprimento do previsto neste artigo.

§ 1º Na contratação regulada, os riscos hidrológicos serão assumidos conforme as seguintes modalidades contratuais:

- I - pelos geradores, nos Contratos de Quantidade de Energia;
- II - pelos compradores, com direito de repasse às tarifas dos consumidores finais, nos Contratos de Disponibilidade de Energia.

§ 2º A contratação regulada de que trata o *caput* deste artigo deverá ser formalizada por meio de contratos bilaterais denominados Contrato de Comercialização de Energia no Ambiente Regulado - CCEAR, celebrados entre cada concessionária ou autorizada de geração e todas as concessionárias, permissionárias e autorizadas do serviço público de distribuição, devendo ser observado o seguinte:

- I - as distribuidoras serão obrigadas a oferecer garantias;
- II - para a energia elétrica proveniente de empreendimentos de geração existentes, início de entrega no mesmo ano ou até no segundo ano subsequente ao da licitação e prazo de suprimento de no mínimo 1 (um) e no máximo 15 (quinze) anos; [*Inciso com redação dada pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015*](#)

III - para a energia elétrica proveniente de novos empreendimentos de geração, início de entrega no 3º (terceiro) ou no 5º (quinto) ano após a licitação e prazo de suprimento de no mínimo 15 (quinze) e no máximo 35 (trinta e cinco) anos.

IV - o início da entrega da energia objeto dos CCEARs poderá ser antecipado, mantido o preço e os respectivos critérios de reajuste, com vistas no atendimento à quantidade demandada pelos compradores, cabendo à ANEEL disciplinar os ajustes nos contratos, de acordo com diretrizes do Ministério de Minas e Energia. [*Inciso acrescido pela Lei nº 11.488, de 15/6/2007*](#)

§ 2º-A. Excepcionalmente, no ano de 2013, o início de entrega poder-se-á dar no ano da licitação, para a energia elétrica proveniente de empreendimentos de geração existentes. [*Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.783, de 11/1/2013*](#)

§ 3º Excetuam-se do disposto no § 2º deste artigo as licitações de compra das distribuidoras para ajustes, em percentuais a serem definidos pelo Poder Concedente, que não poderão ser superiores a 5% (cinco por cento) de suas cargas, cujo prazo máximo de suprimento será de 2 (dois) anos.

§ 4º Com vistas em assegurar a modicidade tarifária, o repasse às tarifas para o consumidor final será função do custo de aquisição de energia elétrica, acrescido de encargos e tributos, e estabelecido com base nos preços e quantidades de energia resultantes das licitações

de que trata o § 2º deste artigo, ressalvada a aquisição de energia realizada na forma do § 8º deste artigo.

§ 5º Os processos licitatórios necessários para o atendimento ao disposto neste artigo deverão contemplar, dentre outros, tratamento para:

- I - energia elétrica proveniente de empreendimentos de geração existentes;
- II - energia proveniente de novos empreendimentos de geração; e
- III - fontes alternativas.

§ 6º Entendem-se como novos empreendimentos de geração aqueles que até o início de processo público licitatório para a expansão e comercialização da oferta de energia elétrica: *("Caput" do parágrafo com redação dada pela Lei nº 11.943, de 28/5/2009, retificada no DOU de 19/6/2009)*

I - não sejam detentores de outorga de concessão, permissão ou autorização; ou
II - sejam parte de empreendimento existente que venha a ser objeto de ampliação, restrito ao acréscimo de capacidade.

III - *(VETADO na Lei nº 11.943, de 28/5/2009)*

§ 7º A licitação para a expansão da oferta de energia prevista no inciso II do § 5º deste artigo deverá ser específica para novos empreendimentos ou ampliações, sendo vedada a participação de empreendimentos de geração existentes, ressalvado o disposto no § 7º-A. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 11.943, de 28/5/2009)*

§ 7º-A. Poderão participar das licitações, para expansão da oferta de energia, os empreendimentos de geração que tenham obtido outorga de autorização da Aneel ou de concessão oriunda de sistema isolado, desde que atendam aos seguintes requisitos:

- I - não tenham entrado em operação comercial; ou
- II - (VETADO) *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.943, de 28/5/2009)*

§ 8º No atendimento à obrigação referida no *caput* deste artigo de contratação da totalidade do mercado dos agentes, deverá ser considerada a energia elétrica:

I - contratada pelas concessionárias, pelas permissionárias e pelas autorizadas de distribuição de energia elétrica até a data de publicação desta Lei; e

II - proveniente de:

a) geração distribuída, observados os limites de contratação e de repasse às tarifas, baseados no valor de referência do mercado regulado e nas respectivas condições técnicas;

b) usinas que produzam energia elétrica a partir de fontes eólicas, pequenas centrais hidrelétricas e biomassa, enquadradas na primeira etapa do Programa de Incentivo às Fontes Alternativas de Energia Elétrica - PROINFA;

c) Itaipu Binacional; ou *(Alínea com redação dada pela Lei nº 12.111, de 9/12/2009)*

d) Angra 1 e 2, a partir de 1º de janeiro de 2013; *(Alínea acrescida pela Lei nº 12.111, de 9/12/2009)*

e) empreendimentos de geração cuja concessão foi prorrogada ou licitada nos termos da Medida Provisória nº 579, de 11 de setembro de 2012. *(Alínea acrescida pela Medida Provisória nº 579, de 11/9/2012, com nova redação dada pela Lei nº 12.783, de 11/1/2013)*

§ 9º No processo de licitação pública de geração, as instalações de transmissão de uso exclusivo das usinas a serem licitadas devem ser consideradas como parte dos projetos de geração, não podendo os seus custos ser cobertos pela tarifa de transmissão.

§ 10. A energia elétrica proveniente dos empreendimentos referidos no inciso II do § 8º deste artigo não estará sujeita aos procedimentos licitatórios para contratação regulada previstos neste artigo.

§ 11. As licitações para contratação de energia elétrica de que trata este artigo serão reguladas e realizadas pela Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL, observado o disposto no art. 3º-A da Lei nº 9.427, de 26 de dezembro de 1996, com a redação dada por esta Lei, que poderá promovê-las diretamente ou por intermédio da Câmara de Comercialização de Energia Elétrica - CCEE.

§ 12. As concessionárias, as permissionárias e as autorizadas de serviço público de distribuição de energia elétrica que tenham mercado próprio inferior a 500 (quinhentos) GWh/ano ficam autorizadas a adquirir energia elétrica do atual agente supridor, com tarifa regulada, ou mediante processo de licitação pública por elas promovido ou na forma prevista neste artigo, sendo que na licitação pública poderão participar concessionárias, permissionárias, autorizadas de geração e comercializadoras. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 11.075,*

de 30/12/2004)

§ 13. Nas licitações definidas no § 3º deste artigo poderão participar os concessionários, permissionários e autorizados de geração e comercialização.

§ 14. A ANEEL deverá garantir publicidade aos dados referentes à contratação de que trata este artigo.

§ 15. No exercício do poder regulamentar das matérias deste art. 2º, será observado o disposto no art. 1º desta Lei.

§ 16. Caberá à Aneel dirimir conflitos entre compradores e vendedores de energia elétrica, que tenham celebrado CCEARs, utilizando lastro em contratos de importação de energia elétrica ou à base de gás natural, cujas obrigações tenham sido alteradas em face de acontecimentos extraordinários e imprevisíveis, decorrentes de eventos alheios à vontade do vendedor, nos termos do inciso V do art. 3º da Lei nº 9.427, de 26 de dezembro de 1996. (Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.943, de 28/5/2009, retificada no DOU de 19/6/2009)

§ 17. No exercício da competência de que trata o § 16 deste artigo, a Aneel, reconhecendo a extraordinariedade e a imprevisibilidade dos acontecimentos, poderá garantir neutralidade aos agentes envolvidos, no limite de suas responsabilidades. (Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.943, de 28/5/2009, retificada no DOU de 19/6/2009)

§ 18. Caberá à Aneel, em um prazo de 180 (cento e oitenta) dias, decidir de ofício, ou por provocação das partes, acerca das questões de que trata o § 16 deste artigo. (Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.111, de 9/12/2009)

PROJETO DE LEI N.º 2.748, DE 2015 (Do Sr. Betinho Gomes)

Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para instituir o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAPS - como instrumento para pactuação de responsabilidades entre entes federados, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE À (AO) PL-1645/2015.

O Congresso Nacional decreta:

Esta Lei altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para instituir o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAPS - como instrumento para pactuação de responsabilidades entre entes federados, no apoio e na execução de ações e serviços de saúde, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS.

O Capítulo III, do Título II, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 14-C, 14-D, 14-E e 14-F:

“Art. 14-C. Fica instituído o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAPS - como instrumento para pactuação

de responsabilidades entre entes federados, no apoio e na execução de ações e serviços de saúde, por meio do Sistema Único de Saúde.

Art. 14-D. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federados com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Art. 14-E O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais, segundo níveis de complexidade dos serviços de saúde e o tamanho da população a ser atendida;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federado;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

VI - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.”

Art. 14-F As infrações às determinações dos arts. 14-C, 14-D, 14-E, 14-F e do § 7º, do art. 35 desta Lei serão punidas segundo o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.”

O art. 16, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando-se o atual parágrafo único para § 1º:

“Art. 16.

§ 2º A União poderá executar ações e serviços de saúde supletivamente, em cooperação com Estados e Municípios.”

O art. 35, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a

vigorar acrescido do seguinte § 7º:

“Art. 35.

§ 7º Os valores a serem transferidos entre os entes federados deverão estar previstos em Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.”

Esta Lei entra em vigor em 1º de janeiro do ano subsequente à data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Esse projeto objetiva alterar a Lei nº 8.080, de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, de modo a facilitar a pactuação de responsabilidades no âmbito do SUS, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

A indefinição sobre responsabilidades específicas no SUS tem dificultado: o planejamento; a integração dos serviços no âmbito regional e estadual; a responsabilização de gestores, que não cumprem suas obrigações perante o sistema e a proteção dos gestores que, por vezes, respondem por situações sobre as quais não possuem controle.

O Decreto nº 7.508, de 2011, representou avanço na solução desses problemas, ao criar o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAPS. Tal instrumento é fundamental para que os gestores da saúde estabeleçam acordos sobre quais entes federados serão responsáveis pela execução de ações específicas de saúde, de acordo com a realidade local, facilitando a colaboração na prestação de serviços de atenção à saúde. Contudo, não têm obtido o resultado esperado, pois apenas foi efetivado por dois Estados: Ceará e Mato Grosso do Sul.

A falta de determinação legal que torne a pactuação obrigatória no SUS e que explicita penalidades em caso de descumprimento da mesma, são causas da insuficiente adesão ao dispositivo.

Essa proposição contribuirá para a superação dessa situação, por meio de dispositivos que transformam em determinação legal o próprio COAPS e o seu conteúdo essencial. Será possível, então, ampliar a regionalização, aumentando a eficiência (em função de ganhos de escala na oferta de serviços), uma estratégia essencial para o desenvolvimento do SUS. Possibilitará, ainda, um maior suporte aos Municípios, na sua tarefa de ofertar os serviços de saúde, ao mesmo tempo em que fortalecerá o papel dos Estados na integração de esforços, particularmente no nível das regiões de saúde.

O projeto também prevê que a União poderá executar ações e

serviços de saúde supletivamente, em cooperação com Estados e Municípios. Isso, porque essa situação já existe na prática (como é o caso de vários hospitais federais ainda em atuação no SUS), embora não esteja contemplada na Lei Orgânica da Saúde. Também permitirá a participação da União, por meio de COAPS, nos casos em que Estados e Municípios não tiverem capacidade para executar determinados serviços de saúde.

A indicação de que os valores a serem transferidos entre os entes federados deverão estar previstos em COAPS destina-se a promover a obrigatoriedade da celebração desses pactos.

O cumprimento da Lei será promovido pela explicitação de que infrações a dispositivos da mesma, relacionados ao COAPS, serão punidas segundo várias normas que tratam de crimes de autoridades responsáveis pelos entes federados, incluindo desde o Código Penal, até a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950 (abordando crimes de responsabilidade no nível federal e estadual), o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967 (dispondo sobre a responsabilidade de autoridades do nível municipal) e a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992 (abordando os atos de Improbidade de agentes públicos).

Finalmente, é indicado que a vigência da Lei ocorrerá em 1º de janeiro do ano subsequente à data de sua publicação, de modo a permitir uma adequada preparação aos gestores do SUS.

Com esses dispositivos, a Lei terá maiores chances de produzir os efeitos desejados, pois ao mesmo tempo em que será promovida a pactuação entre os entes federados, haverá consequências pelo não cumprimento da mesma.

Diante do exposto, solicito o apoio dos nobres Deputados para aprovar essa proposição nesta Casa.

Sala das Sessões, em 25 de agosto de 2015.

Deputado BETINHO GOMES

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
Seção de Legislação Citada - SELEC

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

CAPÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

.....

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. [*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.466, de 24/8/2011\)*](#)

Art. 14-B. 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. [*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.466, de 24/8/2011\)*](#)

CAPÍTULO IV
DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

Seção I
Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e

parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde - SUS compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde - SUS;

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de

procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

.....
CAPÍTULO II
DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º [Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 13/1/2012](#)

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

.....
CAPÍTULO III
DO PLANEJAMENTO E DO ORÇAMENTO

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde - SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde - SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

.....
DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940

Código Penal.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta a seguinte lei:

CÓDIGO PENAL

PARTE GERAL

TÍTULO I
DA APLICAÇÃO DA LEI PENAL

Anterioridade da Lei

Art. 1º Não há crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal. (*Artigo com redação dada pela Lei nº 7.209, de 11/7/1984*)

Lei penal no tempo

Art. 2º Ninguém pode ser punido por fato que lei posterior deixa de considerar crime, cessando em virtude dela a execução e os efeitos penais da sentença condenatória.

Parágrafo único. A lei posterior, que de qualquer modo favorecer o agente, aplica-se aos fatos anteriores, ainda que decididos por sentença condenatória transitada em julgado. (*Artigo com redação dada pela Lei nº 7.209, de 11/7/1984*)

.....

LEI Nº 1.079, DE 10 DE ABRIL DE 1950

Define os crimes de responsabilidade e regula o respectivo processo de julgamento.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

PARTE PRIMEIRA**DO PRESIDENTE DA REPÚBLICA E MINISTROS DE ESTADO**

Art. 1º São crimes de responsabilidade os que esta lei especifica.

Art. 2º Os crimes definidos nesta lei, ainda quando simplesmente tentados, são passíveis da pena de perda do cargo, com inabilitação, até cinco anos, para o exercício de qualquer função pública, imposta pelo Senado Federal nos processos contra o Presidente da República ou Ministros de Estado, contra os Ministros do Supremo Tribunal Federal ou contra o Procurador Geral da República.

.....

DECRETO-LEI Nº 201, DE 27 DE FEVEREIRO DE 1967

Dispõe sobre a responsabilidade dos prefeitos e vereadores, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o parágrafo 2º, do artigo 9º, do Ato Institucional nº 4, de 7 de dezembro de 1966,

DECRETA:

Art. 1º São crimes de responsabilidade dos Prefeitos Municipais, sujeitos ao julgamento do Poder Judiciário, independentemente do pronunciamento da Câmara dos Vereadores:

I - apropriar-se de bens ou rendas públicas, ou desviá-los em proveito próprio ou alheio;

II - utilizar-se, indevidamente, em proveito próprio ou alheio, de bens, rendas ou serviços públicos;

III - desviar, ou aplicar indevidamente, rendas ou verbas públicas;

IV - empregar subvenções, auxílios, empréstimos ou recursos de qualquer natureza, em desacordo com os planos ou programas a que se destinam;

V - ordenar ou efetuar despesas não autorizadas por lei, ou realizá-las em desacordo com as normas financeiras pertinentes;

VI - deixar de prestar contas anuais da administração financeira do Município à Câmara de Vereadores, ou ao órgão que a Constituição do Estado indicar, nos prazos e condições estabelecidos;

VII - Deixar de prestar contas, no devido tempo, ao órgão competente, da aplicação de recursos, empréstimos subvenções ou auxílios internos ou externos, recebidos a qualquer título;

VIII - Contrair empréstimo, emitir apólices, ou obrigar o Município por títulos de crédito, sem autorização da Câmara, ou em desacordo com a lei;

IX - Conceder empréstimos, auxílios ou subvenções sem autorização da Câmara, ou em desacordo com a lei;

X - Alienar ou onerar bens imóveis, ou rendas municipais, sem autorização da Câmara, ou em desacordo com a lei;

XI - Adquirir bens, ou realizar serviços e obras, sem concorrência ou coleta de preços, nos casos exigidos em lei;

XII - Antecipar ou inverter a ordem de pagamento a credores do Município, sem vantagem para o erário;

XIII - Nomear, admitir ou designar servidor, contra expressa disposição de lei;

XIV - Negar execução a lei federal, estadual ou municipal, ou deixar de cumprir ordem judicial, sem dar o motivo da recusa ou da impossibilidade, por escrito, à autoridade competente;

XV - Deixar de fornecer certidões de atos ou contratos municipais, dentro do prazo estabelecido em lei.

XVI - deixar de ordenar a redução do montante da dívida consolidada, nos prazos estabelecidos em lei, quando o montante ultrapassar o valor resultante da aplicação do limite máximo fixado pelo Senado Federal; [*\(Inciso acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000\)*](#)

XVII - ordenar ou autorizar a abertura de crédito em desacordo com os limites estabelecidos pelo Senado Federal, sem fundamento na lei orçamentária ou na de crédito adicional ou com inobservância de prescrição legal; [*\(Inciso acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000\)*](#)

XVIII - deixar de promover ou de ordenar, na forma da lei, o cancelamento, a amortização ou a constituição de reserva para anular os efeitos de operação de crédito realizada com inobservância de limite, condição ou montante estabelecido em lei; [*\(Inciso acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000\)*](#)

XIX - deixar de promover ou de ordenar a liquidação integral de operação de crédito por antecipação de receita orçamentária, inclusive os respectivos juros e demais encargos, até o encerramento do exercício financeiro; [*\(Inciso acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000\)*](#)

XX - ordenar ou autorizar, em desacordo com a lei, a realização de operação de crédito com qualquer um dos demais entes da Federação, inclusive suas entidades da administração indireta, ainda que na forma de novação, refinanciamento ou postergação de dívida contraída anteriormente; [*\(Inciso acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000\)*](#)

XXI - captar recursos a título de antecipação de receita de tributo ou contribuição cujo fato gerador ainda não tenha ocorrido; [*\(Inciso acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000\)*](#)

XXII - ordenar ou autorizar a destinação de recursos provenientes da emissão de títulos para finalidade diversa da prevista na lei que a autorizou; [*\(Inciso acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000\)*](#)

XXIII - realizar ou receber transferência voluntária em desacordo com limite ou condição estabelecida em lei. [*\(Inciso acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000\)*](#)

§ 1º Os crimes definidos neste artigo são de ação pública, punidos os dos itens I e II, com a pena de reclusão, de dois a doze anos, e os demais, com a pena de detenção, de três meses a três anos.

§ 2º A condenação definitiva em qualquer dos crimes definidos neste artigo, acarreta a perda de cargo e a inabilitação, pelo prazo de cinco anos, para o exercício de cargo ou função pública, eletivo ou de nomeação, sem prejuízo da reparação civil do dano causado ao patrimônio público ou particular.

Art. 2º O processo dos crimes definidos no artigo anterior é o comum do juízo singular, estabelecido pelo Código de Processo Penal, com as seguintes modificações:

I - Antes de receber a denúncia, o Juiz ordenará a notificação do acusado para apresentar defesa prévia, no prazo de cinco dias. Se o acusado não for encontrado para a notificação, ser-lhe-á nomeado defensor, a quem caberá apresentar a defesa, dentro no mesmo prazo.

II - Ao receber a denúncia, o Juiz manifestar-se-á, obrigatória e motivadamente, sobre a prisão preventiva do acusado, nos casos dos itens I e II do artigo anterior, e sobre o seu afastamento do exercício do cargo durante a instrução criminal, em todos os casos.

III - Do despacho, concessivo ou denegatório, de prisão preventiva, ou de afastamento do cargo do acusado, caberá recurso, em sentido estrito, para o Tribunal competente, no prazo de cinco dias, em autos apartados. O recurso do despacho que decreta a

prisão preventiva ou o afastamento do cargo terá efeito suspensivo.

§ 1º Os órgãos federais, estaduais ou municipais, interessados na apuração da responsabilidade do Prefeito, podem requerer a abertura do inquérito policial ou a instauração da ação penal pelo Ministério Público, bem como intervir, em qualquer fase do processo, como assistente da acusação.

§ 2º Se as providências para a abertura do inquérito policial ou instauração da ação penal não forem atendidas pela autoridade policial ou pelo Ministério Público estadual, poderão ser requeridas ao Procurador-Geral da República.

LEI Nº 8.429, DE 2 DE JUNHO DE 1992

Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Os atos de improbidade praticados por qualquer agente público, servidor ou não, contra a administração direta, indireta ou fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, de Território, de empresa incorporada ao patrimônio público ou de entidade para cuja criação ou custeio o erário haja concorrido ou concorra com mais de cinquenta por cento do patrimônio ou da receita anual, serão punidos na forma desta Lei.

Parágrafo único. Estão também sujeitos às penalidades desta Lei os atos de improbidade praticados contra o patrimônio de entidade que receba subvenção, benefício ou incentivo, fiscal ou creditício, de órgão público bem como daquelas para cuja criação ou custeio o erário haja concorrido ou concorra com menos de cinquenta por cento do patrimônio ou da receita anual, limitando-se, nestes casos, a sanção patrimonial à repercussão do ilícito sobre a contribuição dos cofres públicos.

Art. 2º Reputa-se agente público, para os efeitos desta Lei, 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 nas entidades mencionadas no artigo anterior.

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990, DECRETA:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei em epígrafe tem o objetivo de disciplinar a integração das ações e serviços de saúde nas regiões de saúde, os contratos organizativos de ação pública da saúde e a associação regional de saúde, tendo em vista o atendimento integral. O contrato organizativo da saúde é fixado como o instrumento jurídico destinado a organizar e a integrar as ações e serviços que estão sob responsabilidade do SUS, de cada ente federado.

A proposta fixa cláusulas mínimas dos referidos contratos e o período de 8 anos para a sua renovação, sendo permitida a celebração de aditivos.

Para a execução desse contrato, o PL faculta às partes a criação de uma entidade pública de direito privado e de natureza “associativa-interfederativa”, denominada de associação regional de saúde e que demanda autorização legislativa específica para sua instituição. Porém, tal associação será regida pela legislação civil e só será dissolvida por lei, dentre outros requisitos para sua constituição (art. 7º, 8º e 9º do PL).

O projeto também prevê a criação de uma câmara administrativa arbitral para a solução dos conflitos que surgirem na execução do contrato.

A integralidade da assistência à saúde corresponderá, segundo a proposta, às ações e serviços de saúde previstos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Tais relações deverão ser atualizadas periodicamente.

O apenso, PL nº 2.748, de 2015, também trata do contrato organizativo da ação pública da saúde. Entretanto, disciplina o assunto por meio da alteração da Lei nº 8.080/90, com a criação de novos artigos que conceituam referido contrato, e delimita seu âmbito de aplicação, seu alcance e as cláusulas mínimas.

Os autores justificam suas iniciativas, em síntese, na necessidade da criação de novos instrumentos que possam facilitar a missão do SUS, sua operacionalidade, seus instrumentos de gestão, no sentido de garantir o direito à saúde de todos.

A proposição foi distribuída para apreciação conclusiva das Comissões de Seguridade Social e Família – CSSF; de Finanças e Tributação – CFT; e de Constituição e Justiça e de Cidadania – CCJC.

No âmbito desta Comissão de Seguridade Social e Família, não foram apresentadas emendas ao projeto no decurso do prazo regimental.

II – VOTO DO RELATOR

Os Projetos de Lei nº 1.645, de 2015, e nº 2.748, de 2015, tratam do contrato organizativo de ação pública da saúde, como um instrumento para delimitação das responsabilidades dos entes federados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Cabe a esta Comissão o pronunciamento de mérito das propostas para a saúde pública e para o direito à saúde.

Inicialmente entendo oportuno destacar que o dever do Estado em prover a saúde de todos, de modo integral, alcança todos os entes federados de forma solidária. Isso porque o art. 196 da Constituição Cidadã, ao estabelecer o dever estatal em relação à assistência à saúde, não fez distinção entre os entes.

Todavia, a tripartição de poderes, competências e responsabilidades, que ocorre no Sistema Único de Saúde, traz alguns problemas para a operacionalização dos serviços, em especial na organização e gestão do sistema de saúde e na partição das responsabilidades financeiras. A Lei Orgânica da Saúde tratou de distribuir as atribuições administrativas entre as três esferas governamentais, o que não se mostrou suficiente para evitar conflitos de competência,

em especial quando há restrições na prestação de serviços de saúde ao cidadão.

Diversos instrumentos para contornar tais problemas foram sendo utilizados ao longo do tempo, como as normas operacionais básicas e de assistência à saúde, tudo na tentativa de deixar mais claras as atribuições dos municípios, dos estados e da União em relação à prestação dos serviços e à cooperação técnica e financeira. A ideia sempre foi a de tornar as relações interfederativas mais harmônicas e com melhor definição das responsabilidades.

Além disso, para tornar a ação estatal na área da saúde mais econômica e com maior cobertura foram criados os sistemas de referenciamento, com a participação subsidiária de diferentes municípios do mesmo estado, ou de estados diferentes, como forma de otimização dos recursos humanos e tecnológicos necessários para a garantia da atenção integral à saúde. Isso tornou a relação entre os entes federados ainda mais complexa e, conseqüentemente, mais sujeita a conflitos.

Nesse contexto, novos instrumentos jurídicos foram idealizados para uma melhor definição acerca das atribuições, responsabilidades, direitos e outros aspectos relacionados ao financiamento dos serviços públicos de saúde, no intuito de dar nova dinâmica à gestão compartilhada do SUS. É o caso do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que definiu região de saúde, rede de atenção à saúde e criou o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. De acordo com o art. 2º, inciso II, esse contrato é um “acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde”.

Dentre os novos elementos delimitados no referido Decreto, podemos destacar, ainda, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES; a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME; o mapa da saúde; o planejamento integrado das ações e serviços de saúde; e a articulação interfederativa, como instrumentos direcionados à melhoria da operacionalidade do sistema rumo à garantia da atenção integral.

Dessa forma, o contrato organizativo da ação pública foi pensado como um instrumento da gestão compartilhada, com a função de definir as responsabilidades dos entes federativos no SUS, permitindo, a partir da região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de

prazos estabelecidos. Tudo isso pactuado com clareza, transparência, solidariedade e segurança jurídica.

Como visto, as propostas em comento tratam, também, do referido contrato, ou seja, de uma forma de pactuação que já vem sendo disciplinada pela União desde 2011. Apesar de as propostas não inovarem, no que tange à criação de novo instrumento jurídico, consideramos que trazer o regramento sobre os contratos organizativos de ação pública para a lei ordinária dá maior segurança jurídica a esse instrumento.

Por isso, entendemos que os projetos são meritórios para a saúde e facilitarão o acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. A partilha da responsabilidade, entre os entes signatários, pela integralidade da assistência à saúde do cidadão, e o direito em referenciá-lo a outros serviços da Região de Saúde ou entre Regiões de Saúde, serão previstas em um contrato que terá fundamento legal. Isso, sem dúvida, traz maior segurança no uso desse instrumento.

Verifico, ainda, que o projeto principal é mais completo que o seu apenso e engloba os dispositivos normativos por este sugerido.

Como esta Comissão precisa acolher somente uma proposta e considerando que o projeto principal incorpora o mérito contido no apensado, entendo adequada a aprovação do PL principal e a consequente rejeição da proposição apensa.

Ante todo o exposto, VOTO pela APROVAÇÃO do Projeto de Lei nº 1.645, de 2015, e pela rejeição do Projeto de Lei nº 2.748, de 2015.

Sala da Comissão, em 29 de novembro de 2018.

Deputado PEPE VARGAS

Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou unanimemente o Projeto de Lei nº 1.645/2015, e pela rejeição do PL 2748/2015, apensado, nos termos do Parecer do Relator, Deputado Pepe Vargas.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Juscelino Filho - Presidente, Odorico Monteiro, Ságuas Moraes e Miguel Lombardi - Vice-Presidentes, Adelson Barreto, Alan Rick, Alexandre Serfiotis, Assis Carvalho, Carmen Zanotto, Conceição Sampaio, Darcísio Perondi, Flavinho,

Geovania de Sá, Geraldo Resende, Hiran Gonçalves, Jandira Feghali, Jean Wyllys, Jorge Solla, Leandre, Luciano Ducci, Mandetta, Padre João, Pepe Vargas, Rosangela Gomes, Sergio Vidigal, Toninho Pinheiro, Zenaide Maia, Adelmo Carneiro Leão, Afonso Hamm, Ana Perugini, Arnaldo Faria de Sá, Chico D'Angelo, Christiane de Souza Yared, Diego Garcia, Fabio Reis, Flávia Moraes, Giovanni Cherini, Heitor Schuch, Hugo Motta, Lucas Vergilio, Marcus Pestana, Raimundo Gomes de Matos, Renato Andrade, Roberto Britto, Rôney Nemer e Veneziano Vital do Rêgo.

Sala da Comissão, em 12 de dezembro de 2018.

Deputado JUSCELINO FILHO
Presidente

FIM DO DOCUMENTO