



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Secretaria de Apoio Legislativo - SGP2
SPLegis

PROJETO DE LEI 610/2016 DE 16/12/2016

Promovente:

Executivo - FERNANDO HADDAD

Ementa:

DISPÕE SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO E A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA INTEGRAL E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NAS REGIÕES INTRAMUNICIPAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

Observações:

Arquivado em ____/____/____

Chefe de Seção



Prefeitura do Município de São Paulo

São Paulo, 15 de dezembro de 2016.

GABINETE DO PREFEITO

Ofício A. J. L. nº 274/16

Folha nº 01 do proc
Nº 02-616
Adeline Cicon - A. Parlamentar

2

12/16

Senhor Presidente

Por meio do presente ofício, encaminho a Vossa Excelência, a fim de ser submetido ao exame e deliberação dessa Egrégia Câmara, o incluso projeto de lei que dispõe sobre a descentralização e a organização da saúde pública integral e do Sistema Único de Saúde nas regiões intramunicipais do Município de São Paulo.

Inicialmente, a propositura objetiva estabelecer uma ordenação estável para a rede municipal de saúde, imprescindível à sua dimensão e diversidade. Nesse sentido, mediante a estruturação do território da cidade em regiões intramunicipais de saúde, referências para a instalação de serviços e alocação de recursos, inclusive para a constituição de parcerias com instituições privadas, busca-se organizar o sistema de forma efetivamente regionalizada, hierarquizada e integrada. Também é criada a figura do Contrato Organizativo da Ação Pública da Região Intramunicipal de Saúde no Município, instrumento capaz de dar transparência ao planejamento das ações e serviços e definir responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, previsão de recursos orçamentários e financeiros e formas de controle e fiscalização da execução.

Em continuidade, o projeto visa o fortalecimento dos mecanismos de transparência e controle social, de planejamento e de participação da população na formulação e implementação da política de saúde. Assim, institui-se o Colegiado Interno de Gestão, órgão de coordenação, formulação e implementação das diretrizes do SUS Municipal, bem como se institucionalizam os Fóruns Regionais de Redes de Atenção à Saúde e o Sistema Municipal de Ouvidoria do SUS, ampliando a gama de participantes no processo decisório das políticas de saúde e democratizando sua formulação.

L

Segue(m) Juntado(s), nesta
data, documento(s) e folha de
informação rubricados sob
nº 2 a 20
Em 02/02/11
Ass: Adelina Cicone

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100 406



Insta destacar, ademais, que a medida propõe o aumento do volume de recursos reservados à manutenção e desenvolvimento das ações e serviços de saúde, estabelecendo a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos de que tratam o artigo 158 e a alínea "b" do inciso I do "caput" e o § 3º do artigo 159, todos da Constituição Federal.

Por derradeiro, registra-se que a elaboração do texto partiu de trabalho conjunto dos técnicos da Secretaria Municipal da Saúde e dos trabalhadores, acadêmicos e especialistas em saúde, que realizaram debates sobre o tema desde o início de 2016. Em seguida, uma minuta do anteprojeto de lei foi colocada em consulta pública e, durante esse período, realizadas plenárias regionais para discussão, mobilização que contou com a participação de cerca de quatro mil pessoas.

Posto isso, ante os elementos que justificam a propositura e demonstram o relevante interesse público de que se reveste, submeto-a ao exame dessa Egrégia Casa Legislativa, contando com seu indispensável aval.

Na oportunidade, renovo a Vossa Excelência meus protestos de apreço e consideração.


FERNANDO HADDAD
Prefeito

Ao

Excelentíssimo Senhor

ANTONIO DONATO

Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo


JAM/DMF/jgc
Mais Saúde Or



PROJETO DE LEI Nº ...

Folha nº 03 do proc
Nº 01.610.2016
Adelino Oliveira - Secretário Municipal de Saúde
PL 610/2016

Dispõe sobre a descentralização e a organização da saúde pública integral e do Sistema Único de Saúde nas regiões intramunicipais do Município de São Paulo.

Art. 1º Esta lei institui as diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde no âmbito do Município de São Paulo, nos termos da Constituição Federal, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, da Lei Complementar Federal nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, bem como da Lei Orgânica do Município de São Paulo.

CAPÍTULO I
DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 2º O Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo será organizado de forma regionalizada, hierarquizada e integrada, de modo a abranger as ações e serviços para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, conforme disposto no artigo 4º da Lei Federal nº 8.080, de 1990.

Art. 3º O território municipal será dividido em regiões intramunicipais de saúde, para fins de organização do SUS.

Parágrafo único. A região intramunicipal é o espaço geográfico contínuo, delimitado por ato da Secretaria Municipal da Saúde, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, respeitando-se as diretrizes dos pactos interfederativos estabelecidos no artigo 30 do Decreto Federal nº 7.508, de 2011, a partir dos critérios de:

- I - identidades culturais, econômicas, sociais, epidemiológicas e ambientais;
- II - configuração de redes de comunicação e infraestrutura de transportes;
- III - limites e acidentes geográficos e população usuária;

16/12/2016 016564 - Protocolo Legislativo - SGP.42
01 FEV 2017
SGP. 42



IV - rol de ações e serviços ofertados;

V - responsabilidades, critérios de acessibilidade, escala e escopo para conformação dos serviços;

VI - responsabilidades dos demais entes da federação, conforme pactos estabelecidos nas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite.

Art. 4º As regiões intramunicipais de saúde deverão conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção básica;

II - atenção ambulatorial especializada;

III - atenção de urgência e emergência;

IV - atenção hospitalar;

V - vigilância em saúde;

VI - atenção psicossocial.

Art. 5º As regiões intramunicipais de saúde serão referência para a instalação de serviços e alocação de recursos, devendo se constituir como unidades orçamentárias, de modo a atender as especificidades regionais.

Parágrafo único. O Poder Público Municipal deve promover o desenvolvimento e a redução das vulnerabilidades regionais em saúde mediante a observância da equidade orçamentária, sanitária, epidemiológica e ambiental entre as regiões intramunicipais de saúde.

Art. 6º As ações e serviços de saúde estarão organizados em redes regionais.

Parágrafo único. As ações e os serviços de saúde devem ser articulados em níveis de complexidade crescente, compondo um território sanitário, com a finalidade de garantir a integralidade da atenção à saúde.

Art. 7º. As regiões intramunicipais de saúde deverão ser regulamentadas por meio de decreto municipal.

Seção Única **Da Hierarquização**

Art. 8º O acesso às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do Sistema Único de Saúde e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de

L



acordo com a complexidade do serviço, conforme as responsabilidades estabelecidas nos pactos federativos.

Art. 9º São portas de entrada nas Redes de Atenção à Saúde, as ações e os serviços:

- I - de atenção básica;
- II - de atenção à urgência e emergência;
- III - de atenção psicossocial;
- IV - especiais de acesso aberto, a serem definidos por ato da Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 10. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção básica e, observadas as especificidades previstas na legislação, deve ser fundado:

- I - na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo;
- II - na vulnerabilidade;
- III - no critério cronológico.

§ 1º A população indígena contará com regramentos próprios de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com a Lei Federal nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 e demais disposições do Ministério da Saúde.

§ 2º Para garantir a equidade no acesso à saúde, deverão ser reconhecidas e respeitadas as especificidades da saúde da população negra, da população cigana, da população LGBT, da população imigrante e refugiada e da população em situação de rua.

Art. 11. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, nas modalidades e nos serviços integrantes da rede de atenção das respectivas regiões intramunicipais e do Município como um todo.

Parágrafo único. As regras de regulação para o acesso às ações e aos serviços de saúde, de modo a garantir a integralidade e continuidade do cuidado, serão pactuadas:

- I - nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite;
- II - nas instâncias de gestão da Secretaria Municipal da Saúde;
- III - nos Fóruns Regionais de Redes de Atenção à Saúde.

h



Art. 12. Em cada região intramunicipal fica criado um Fórum Regional de Redes de Atenção à Saúde, que será constituído pelos órgãos da Secretaria Municipal da Saúde e pelos responsáveis por serviços de saúde na região intramunicipal, nos termos disciplinados pela Secretaria Municipal da Saúde.

Parágrafo único. O Fórum Regional de Redes de Atenção à Saúde tem como atribuição primordial a pactuação dos processos regulatórios das regiões intramunicipais.

Art. 13. Para assegurar o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, caberá ao Poder Público Municipal, sem prejuízo do que for pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite:

- I - garantir a transparência, a publicidade da informação, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;
- II - orientar, ordenar e monitorar os fluxos de acesso às ações e aos serviços de saúde, conforme protocolos estabelecidos de referência e contrarreferência;
- III - ofertar regionalmente de modo progressivo as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. Os processos regulatórios e seus respectivos protocolos serão implementados na busca da garantia da integralidade do cuidado, efetivando ações e serviços transversais, intersetoriais e integrados de regulação do acesso ambulatorial, hospitalar e de urgência.

CAPÍTULO II

DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o central da Secretaria Municipal da Saúde, com a participação dos respectivos conselhos de saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade orçamentária e financeira e com os demais instrumentos de planejamento municipais.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor para o funcionamento de todas as instituições participantes do Sistema Único de Saúde.

§ 2º A compatibilização das necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade orçamentária e financeira e com os demais instrumentos de planejamento municipais será efetuada no âmbito dos planos regionais das regiões intramunicipais de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos e deverão conter metas de saúde quantitativas e qualitativas.



§ 3º As diretrizes para a elaboração dos planos regionais das regiões intramunicipais de saúde deverão considerar as necessidades de saúde e as características epidemiológicas, a organização de serviços existentes e ser aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 16. No processo de planejamento devem ser consideradas as necessidades de saúde, bem como a totalidade da oferta de serviços e as ações prestadas na região de saúde, inclusive aqueles que atuem de forma complementar ou não ao Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO III DA ATENÇÃO À SAÚDE

Art. 17. A organização dos serviços deverá obedecer aos seguintes princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde:

- I - universalidade do acesso;
- II - integralidade e equidade da atenção à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- III - gratuidade da assistência à saúde, vedada a cobrança a pacientes ou seus representantes;
- IV - prestação dos serviços com qualidade e eficiência;
- V - respeito aos direitos dos pacientes, garantido o acesso à informação sobre sua saúde e sobre o uso dos serviços, resguardado o sigilo de dados pessoais;
- VI - garantia de funcionamento das instâncias formais, nos termos da legislação pertinente para participação e controle social;
- VII - observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, publicidade, moralidade, eficiência, motivação, finalidade, razoabilidade, proporcionalidade e submissão ao efetivo controle administrativo e normativo.

Art. 18. A organização dos serviços deve respeitar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, especialmente:

- I - a presença de um acompanhante em tempo integral, nas internações e nos períodos de observação prolongados de crianças, adolescentes, gestantes, idosos, pessoas com deficiência, com direito à alimentação e acomodação, observados o Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do Idoso;

h



II - adoção progressiva da Visita Aberta aos pacientes internados em hospitais, com extensão do horário de visita em toda a rede hospitalar e conveniada do Município;

III - permissão de visita de autoridade religiosa, de toda e qualquer crença, ao paciente internado.

Art. 19. As maternidades e os estabelecimentos de saúde da rede municipal, ou hospitais privados contratados por ela, ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames de pré-natal, sempre que solicitada pela gestante.

§ 1º A presença da doula dar-se-á sem prejuízo da presença do acompanhante a que se refere a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, desde que o espaço físico do centro obstétrico comporte a permanência de ambos.

§ 2º Na hipótese do espaço físico do centro obstétrico não comportar a permanência de ambos, será viabilizada a presença do acompanhante ou da doula, conforme indicado pela gestante.

§ 3º A doula poderá entrar nos ambientes de trabalho de parto, parto e pós-parto com seus instrumentos de trabalho.

Seção Única

Das Relações de Ações e Serviços de Saúde e de Medicamentos Essenciais

Art. 20. O Município deve adotar a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, com todas as ações e os serviços de saúde que o Sistema Único de Saúde oferece ao usuário.

Art. 21. O Município deve considerar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME para elaboração da Relação Municipal de Medicamentos – REMUME.

§ 1º A elaboração da REMUME é de atribuição da Secretaria Municipal da Saúde.

§ 2º. As diretrizes de prescrição farmacológica no âmbito da assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde do Município, sempre considerando a necessidade do uso racional, devem observar:

I - a REMUME;

II - as diretrizes clínico-terapêuticas estabelecidas pela Secretaria Municipal da Saúde;

III - os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Sistema Único de Saúde.

L



§ 3º A REMUME somente poderá conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Art. 22. Desde que respeitadas as responsabilidades dos entes federativos pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, o Município poderá adotar relação específica e complementar de ações e serviços de saúde e de medicamentos.

CAPÍTULO IV DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE

Seção I

Do Colegiado de Gestão da Secretaria Municipal da Saúde

Art. 23. Fica instituído, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Colegiado Interno de Gestão, que terá como atribuições:

I - coordenar a gestão da política municipal de saúde consubstanciada no Plano Municipal de Saúde, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, nos seus aspectos técnicos, operacionais, financeiros e administrativos;

II - formular diretrizes gerais sobre as regiões intramunicipais de saúde, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre as regiões do município para o atendimento da integralidade da assistência;

III - participar da definição de princípios e diretrizes relativos aos processos regulatórios adotados em âmbito regional e municipal, visando à definição de fluxos e protocolos assistenciais que estabeleçam critérios de priorização e classificação de risco;

IV - participar da definição e implementação das diretrizes de âmbito regional e municipal, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos.

Parágrafo único. A composição e o funcionamento do Colegiado Interno de Gestão serão disciplinados por ato do Secretário Municipal da Saúde.

Seção III

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Região Intramunicipal de Saúde

L



Art. 25. A Secretaria Municipal da Saúde firmará contrato organizativo de ação pública com os gestores das regiões intramunicipais para a organização da rede integrada de atenção à saúde, observadas as diretrizes previstas nos artigos 17 e 18 desta lei.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Região Intramunicipal de Saúde deverá estar em consonância com o contrato organizativo de ação pública interfederativo, conforme estabelecido no Decreto Federal nº 7.508, de 2011.

Art. 26. O contrato organizativo da ação pública tem a finalidade de dar transparência ao planejamento das ações e serviços de saúde na região intramunicipal e deve conter, conforme padrão a ser definido pela Secretaria Municipal da Saúde, os elementos de organização e integração das ações e dos serviços na rede regionalizada e hierarquizada, com a definição mínima de:

I - responsabilidades;

II - indicadores e metas de saúde, bem como os critérios de avaliação de desempenho;

III - previsão de recursos orçamentários e financeiros;

IV - forma de controle e fiscalização da execução.

§ 1º Os indicadores nacionais e municipais de garantia de acesso e qualidade dos serviços prestados servirão como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no termo de pactuação.

§ 2º A Secretaria Municipal da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Seção IV

Da participação complementar das instituições privadas com e sem fins lucrativos

Art. 27 O Sistema Municipal de Saúde permitirá a participação de instituições privadas, em caráter complementar, conforme disposto no artigo 4º, § 2º, da Lei Federal nº 8.080, de 1990, na Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, na Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, na Lei Complementar Estadual nº 791, de 9 de março de 1995, suas alterações, e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie.

Art. 28. Será realizado processo de seleção pública para a constituição de parceria com instituições privadas com e sem fins lucrativos para ofertar serviços de saúde, o qual deverá considerar a necessidade das regiões intramunicipais de saúde de modo a



promover a integração e continuidade da atenção à saúde e favorecer o funcionamento em rede.

Art. 29. Os processos de seleção pública levarão em consideração as regiões intramunicipais de saúde, garantindo a maior integração, continuidade e custo efetividade do conjunto de equipamentos de um mesmo território.

Art. 30. Os processos de seleção pública serão acompanhados e fiscalizados pelas respectivas instâncias de Controle Social do SUS Municipal.

Art. 31. O poder público municipal está autorizado a constituir estrutura, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, para execução, acompanhamento, fiscalização e avaliação das ações e serviços de saúde em toda a rede do SUS municipal.

Seção V

Do contrato de gestão

Art. 32. A Secretaria Municipal da Saúde poderá celebrar contrato de gestão, se necessário, de acordo com os princípios estabelecidos no artigo 37 da Constituição Federal, no artigo 81 da Lei Orgânica do Município de São Paulo e na forma prevista na Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006.

Parágrafo único. O contrato de gestão deverá estar em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, do Plano Municipal de Saúde e com o termo de pactuação da respectiva região intramunicipal.

Art. 33. O contrato de gestão terá por objeto o gerenciamento e a execução das ações e serviços de saúde em Unidades da Rede Municipal e discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal da Saúde.

§ 1º O contrato de gestão terá como referência para a alocação dos recursos as características demográficas, as vulnerabilidades sociais e sanitárias, epidemiológicas e ambientais das regiões intramunicipais de saúde.

§ 2º O contrato de gestão deve estabelecer maior integração dos serviços em rede e fortalecimento da atenção básica e do custo efetividade das ações de saúde.

Art. 34. O contrato de gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde deverá obrigatoriamente conter:

I - especificação do programa de trabalho proposto pela organização social;

L



II - metas quantitativas para constituição das equipes mínimas e para oferta de ações e serviços assistenciais;

III - metas qualitativas estabelecidas em indicadores de saúde e de satisfação do usuário;

IV - previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados;

V - mecanismos de acompanhamento, supervisão e avaliação dos serviços prestados.

§ 1º O contrato de gestão poderá prever incentivos financeiros com a finalidade de obter níveis crescentes de desempenho e qualidade na prestação dos serviços.

§ 2º O contrato de gestão deverá prever mecanismos de descontos no caso de descumprimento das metas estabelecidas.

§ 3º O contrato de gestão deverá prever sanções no caso de infringência de cláusulas contratuais.

Art. 35. A Secretaria Municipal da Saúde deve definir padrões salariais a serem adotados de forma equânime e harmônica na gestão dos contratos com as organizações sociais, considerando a diversidade das regiões intramunicipais de saúde.

Art. 36. As instâncias de acompanhamento, supervisão e avaliação do contrato de gestão são:

I - Comissão de Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde – CAV/SMS;

II - Comitê Gestor do Contrato;

III - Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA;

IV - Comissão de Acompanhamento e Fiscalização da Secretaria Municipal da Saúde - CAF/SMS.

Parágrafo único. As instâncias referidas no “caput” deste artigo deverão produzir relatórios e promover audiências periódicas de avaliação e prestação de contas para as instâncias de controle social, locais e municipais, do SUS.

Art. 37. A Comissão de Avaliação – CAV, visando assegurar a transparência na celebração de contrato de gestão, será presidida pelo titular da Secretaria Municipal da Saúde e será composta por:

I - 2 (dois) membros da sociedade civil, indicados pelo Conselho Municipal de Saúde;

II - 2 (dois) membros indicados pela Câmara Municipal de São Paulo, sendo um titular e um suplente;

h



III - 4 (quatro) membros indicados pelo Poder Executivo, com notória capacidade e adequada qualificação, sendo dois titulares e dois suplentes.

§ 1º Compete à Comissão de Avaliação avaliar os termos da minuta do contrato de gestão, previamente à assinatura do ajuste.

§ 2º Caso o Conselho Municipal de Saúde não indique os representantes da sociedade civil, estes poderão ser indicados pelos Conselhos locais e, excepcionalmente, em caso de recusa destes, pelo Prefeito.

Art. 38. O Comitê Gestor do Contrato, visando assegurar a efetiva execução do contrato de gestão, será coordenado pela instância regional da Secretaria Municipal da Saúde e composto por:

- I - representantes das instâncias regionais da Secretaria Municipal da Saúde;
- II - representantes da contratada com atuação na respectiva região intramunicipal de saúde.

Parágrafo único. Compete ao Comitê Gestor do Contrato realizar o acompanhamento da execução dos serviços, identificar o alcance dos objetivos contratuais e propor os ajustes necessários, garantindo transparência para a instância de controle social do SUS Municipal.

Art. 39. A Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, visando assegurar a efetiva avaliação do desempenho do contrato de gestão, coordenado por instância do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde, será composta por:

- I - representantes da Secretaria Municipal da Saúde;
- II - representantes das instâncias regionais da Secretaria Municipal da Saúde;
- III - representantes da contratada.

Parágrafo único. Compete à Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA realizar o acompanhamento e avaliação dos serviços de acordo com os parâmetros e indicadores quantitativos e qualitativos estabelecidos no contrato.

Art. 40. A Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF, visando à avaliação dos resultados pactuados no contrato de gestão, será presidida por um de seus membros representantes do Poder Executivo, e será composta por:

- I - 2 (dois) membros da sociedade civil, escolhidos pelo Prefeito, com notória capacidade e adequada qualificação;

h



II - 3 (três) membros do Poder Executivo, com notória capacidade e adequada qualificação.

§ 1º Compete à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização – CAF analisar o relatório, elaborado pela Secretaria Municipal da Saúde, pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, garantindo transparência para a instância de controle social do SUS Municipal.

§ 2º Relatórios periódicos de avaliação serão acompanhados pelas instâncias locais de controle social do SUS Municipal e enviados ao Conselho Municipal de Saúde.

Seção VII

Das diretrizes da gestão do trabalho e educação em saúde

Art. 41. A Secretaria Municipal da Saúde estabelecerá medidas para valorizar os trabalhadores da saúde e desenvolver políticas de gestão de pessoas e do trabalho articuladas com as de educação na saúde, visando democratizar as relações de trabalho e promover a saúde do trabalhador.

Art. 42. A política de gestão do trabalho da Secretaria Municipal da Saúde deverá estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde.

Art. 43. A Secretaria Municipal da Saúde deverá implementar políticas de educação e gestão de pessoas e do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores para suprir as necessidades da rede de atenção à saúde, articulando-se com outras áreas da gestão e com a participação social, quando necessário.

Art. 44. A implementação das ações de educação em saúde deve ser baseada nas prioridades e necessidades de saúde regionais e nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estabelecendo um fluxo de funcionamento em rede na Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 45. A Secretaria Municipal da Saúde adotará como diretriz política e operacional o conceito de Rede-Escola, garantindo o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob sua responsabilidade como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação, aperfeiçoamento e da residência e pesquisa em saúde.

h



§ 1º A gestão do ensino da rede municipal de saúde será de responsabilidade da Escola Municipal de Saúde no nível municipal, das Escolas Regionais de Saúde no nível regional, e dos Núcleos de Ensino das Unidades, no nível de unidade de Saúde, incluindo hospitais.

§ 2º Fica instituído o planejamento anual de ensino em saúde, a partir das diretrizes estabelecidas pela Escola Municipal de Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde, para todos os níveis da rede municipal de saúde, de forma ascendente, horizontal e participativa;

§ 3º As ações de educação relativas à participação e ao controle social deverão estar incluídas no planejamento anual de ensino em saúde.

§ 4º É responsabilidade da Escola Municipal de Saúde, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, dar as diretrizes do planejamento anual de ensino em saúde;

CAPÍTULO V

DO SISTEMA MUNICIPAL DE OUVIDORIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Art. 46. Fica instituído o Sistema Municipal de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo, vinculado à Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 47. O Sistema Municipal de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo tem por finalidade oferecer aos cidadãos um espaço de participação e de controle social, possibilitar-lhes o acesso às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício, permitir a avaliação permanente dos serviços de saúde com vistas ao aprimoramento da gestão e, sobretudo:

- I - disponibilizar canais e instrumentos aos usuários do SUS para apresentação de suas demandas, conforme as tipologias previstas nesta lei;
- II - constituir-se como componente fundamental da participação popular na gestão do SUS, oferecendo ao cidadão uma via acessível e contínua de comunicação dialogada com o sistema, favorecendo a gestão participativa do SUS em caráter cotidiano e permanente;
- III - servir de interface para as políticas públicas, em especial à de humanização e de qualidade da assistência à saúde;
- IV - intermediar e qualificar a comunicação entre o cidadão e os gestores do SUS, favorecendo a colaboração mútua, bem como o fortalecimento da cidadania;

L



V - produzir informação gerencial que sirva de apoio aos gestores e gerentes do SUS no processo de tomada de decisão, subsidiando a atuação do controle social de forma hierarquizada;

VI - contribuir com a valorização dos profissionais que trabalham no SUS, acolhendo e comunicando as manifestações de reconhecimento do cidadão pelo bom serviço recebido, quando for o caso.

Art. 48. O Sistema Municipal de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo rege-se pelos seguintes princípios:

I - independência e autonomia para o pleno e livre exercício de suas atribuições, isento de ingerências de quaisquer naturezas, por força do dever de assegurar o respeito à dignidade e aos direitos do cidadão na relação deste com o serviço público de saúde;

II - transparência na prestação de informações de forma a facilitar a compreensão do usuário sobre as repercussões e abrangência do serviço público;

III - confidencialidade para a proteção da informação de modo a assegurar a intimidade, a privacidade, a honra e a imagem do usuário;

IV - imparcialidade e isenção necessárias para compreender, analisar e buscar respostas adequadas para as manifestações dos cidadãos;

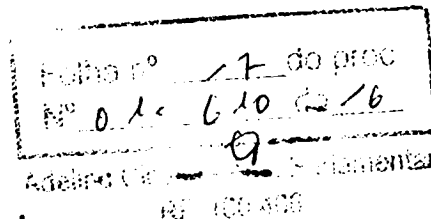
V - acessibilidade, eliminando obstáculos físicos e/ou normativos ao exercício da livre manifestação do cidadão;

VI - acolhimento, oferecendo um atendimento humanizado, que proporcione ao cidadão a experiência de sentir-se ouvido com respeito e dignidade, por meio de uma escuta qualificada, tolerante e compreensiva;

VII - compromisso com o aperfeiçoamento do SUS, buscando sempre o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias que, a partir dos dados e manifestações recebidos, viabilizem a produção sistemática de conhecimento gerencial quantitativo e qualitativo, oferecendo aos gerentes e gestores do SUS um apoio fundamentado e objetivo ao processo de tomada de decisão.

Art. 49. O Sistema Municipal de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo tem caráter descentralizado e será composto pela Ouvidoria Municipal de Saúde e pela Rede de Ouvidorias da Saúde.

f



Seção I

Da Ouvidoria Municipal de Saúde

Art. 50. A Ouvidoria Municipal de Saúde ficará responsável pela coordenação geral do Sistema Municipal de Ouvidorias, cabendo-lhe além de outras competências a serem regulamentadas em decreto:

I - enquanto sua atuação fim:

- a) receber as manifestações, classificá-las, tipificá-las e encaminhá-las às áreas e órgãos correspondentes;
- b) responder ao cidadão demandante nos termos desta lei e de sua regulamentação;
- c) acionar os órgãos competentes para a correção de problemas identificados, mediante reclamações enviadas diretamente à Secretaria Municipal da Saúde, contra atos ilegais ou indevidos e omissões no âmbito da saúde;
- d) acompanhar o cumprimento pelos órgãos e ouvidorias do Sistema Municipal das determinações contidas nesta lei;

II - enquanto órgão da gestão:

- a) elaborar, coordenar e implementar a Política Municipal de Ouvidoria em Saúde;
- b) estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de ouvidoria em saúde em âmbito municipal;
- c) implementar projetos que estimulem a participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS;
- d) propor, a partir de diálogos com as ouvidorias descentralizadas, os aspectos normativos, os protocolos e os projetos que visem à permanente estruturação dos serviços de ouvidoria;
- e) viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento, no campo da ouvidoria em saúde, para subsidiar a formulação de políticas de gestão do SUS em âmbito municipal.

Seção II

Da Rede de Ouvidorias da Saúde

h

Art. 51. A Rede de Ouvidorias da Saúde, articulada e coordenada administrativamente pela Ouvidoria Municipal de Saúde, é composta pelas ouvidorias:



18 do proc
nº 01-610 de 16
Adelina Clot - Adv. Parlamentar
nº 100-400

16

- I - das instâncias das regiões intramunicipais de saúde;
- II - dos serviços de saúde da administração direta e indireta;
- III - da Coordenação de Vigilância em Saúde;
- IV - do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- V - da Autarquia Hospitalar Municipal – AHM;
- VI - do Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM.

Art. 52. As ouvidorias têm as seguintes atribuições:

- I - receber manifestações, classificá-las e tipificá-las;
- II - examinar e encaminhar as manifestações às unidades administrativas competentes;
- III - dar resposta fundamentada, concisa e clara à demanda apresentada;
- IV - avaliar a informação correta, objetiva e ágil das manifestações apresentadas, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante;
- V - estabelecer canal permanente de comunicação com os usuários dos serviços públicos de saúde com vistas à prestação de informações em saúde ou similar;
- VI - elaborar relatórios e promover a divulgação de suas atividades;
- VII - sistematizar as manifestações, possibilitando a elaboração de indicadores abrangentes que possam servir de suporte estratégico à tomada de decisão.

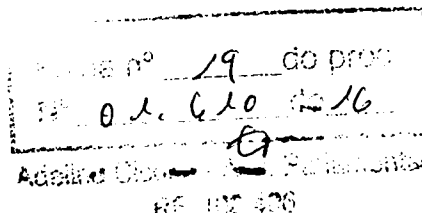
Seção III

Das Manifestações

Art. 53. É considerada manifestação qualquer demanda apresentada pelo cidadão às ouvidorias do SUS no Município de São Paulo, sendo classificadas em:

- I - solicitação: consistente em requerimento, escrito ou verbal, de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde, de caráter satisfatório ou não satisfatório;
- II - denúncia: nos casos em que o interessado noticiar atos irregulares ou potenciais ilegalidades na Administração Municipal Direta ou Indireta, que estejam associados a recursos do erário, patrimônio público ou exercício de cargo ou função pública;

L



III - reclamação: consistente na expressão, verbal ou escrita, que relata insatisfação ou opinião desfavorável em relação às ações e aos serviços prestados pelo SUS, sem conteúdo de requerimento;

IV - sugestão: consistente na expressão, verbal ou escrita, que propõe ação considerada útil à melhoria do SUS;

V - informação: consistente na expressão, verbal ou escrita, em que se solicita especificamente uma comunicação, orientação ou ensinamento relacionado à saúde;

VI - elogio: consistente na expressão, verbal ou escrita, que demonstre satisfação ou agradecimento pelo serviço ou atendimento prestado pelo SUS.

§ 1º Caberá à Ouvidoria Municipal de Saúde elaborar e tornar público o Manual de Classificação e Tipificação.

§ 2º Os dados pessoais do demandante contidos nas manifestações são de acesso restrito.

§ 3º Nas hipóteses em que a identidade do usuário for essencial à tomada de providências no âmbito das Ouvidorias, tal situação deverá ser autorizada pelo usuário, cabendo, no caso de recusa, o arquivamento da manifestação.

§ 4º As manifestações de autoria desconhecida ou incerta poderão ser admitidas quando forem dotadas de razoabilidade mínima e estiverem acompanhadas de informações ou de documentos que as apresentem verossímeis.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 54. O Município aplicará, anualmente, na manutenção e desenvolvimento das ações e serviços de saúde, no mínimo, 20% (vinte por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos de que tratam o artigo 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do artigo 159, todos da Constituição Federal.

Art. 55. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

 JAM/bam
Mais Saúde PL



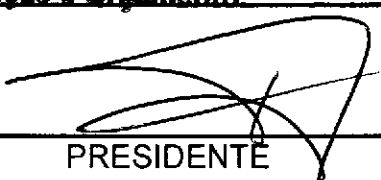


CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº 20

do processo nº 01 - PL 610 de 2016, 02.02.17 (a)

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100.406

LIDO HOJE
ÀS COMISSÕES DE: 01 FEV 2017
<u>Const., Just. e Leg. Particip.</u>
<u>Administração Pública</u>
<u>Saúde, Fam. Soc., Trab., Meio e Meio</u>
<u>Finanças e Orçamento</u>

PRESIDENTE

À Procuradoria – Setor de Pesquisa e Assessoria de Análise Prévia das Proposituras.
Efetuada a autuação, encaminho os presentes autos para prosseguimento.

06, FEV, 2017


Antonio Isoldi Caleari
Supervisor da Equipe de Controle do Processo Legislativo - SGP.22

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO			
SECTOR DE PESQUISA E ASSESSORIA DE ANÁLISE PRÉVIA DAS PROPOSITURAS			
EM	<u>06/02/17</u>	AO	<u>17</u> HS
POR	<u>Kard</u>		
SAÍDA	<u>11/02/17</u>	AS	<u>16</u> H ASS: <u>Kard</u>

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Administração
Folha de nº 22-81 em 14/02/17

Bruno Lucchetti
Técnico Administrativo
RF. 11.455



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

Bruno Lucchetti
RF 11.455

SETOR DE PESQUISA, ASSESSORIA E ANÁLISE PRÉVIA

PL 610/16

Realizada a pesquisa legislativa, a respeito do assunto foi localizado:

- Constituição Federal – especialmente art. 156 e seguintes;
- Lei Federal 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;
- Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;
- Lei Complementar nº 141/12, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços de saúde, nos termos que especifica, e dá outras providências;
- Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que 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 Inter federativa, e dá outras providências;
- Lei Federal nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para instituir o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;
- Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999;
- Lei Complementar Estadual nº 791/95, que estabelece o Código de Saúde do Estado;



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

Bruno Lucchetti
RF 11.455

-Lei Municipal nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais;

-Lei Municipal nº 15.968, de 27 de janeiro de 2014, que institui e define diretrizes para o Programa de Promoção, Proteção e Educação em Saúde no âmbito do Município de São Paulo;

-Lei Municipal nº 13.271, de 04 de janeiro de 2002, que dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no Município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial;

-Lei Municipal nº 14.413, de 31 de maio de 2007, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Município e dá outras providências;

- Portaria Municipal nº 1875/16, da Secretaria Municipal de Saúde, que dispõe sobre a rede de ouvidorias do SUS.

Cópia(s) do(s) texto(s) normativo(s) acima indicado(s) acompanha(m) a presente informação.

À Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, conforme despacho do Sr. Presidente de fls. 20.

São Paulo, 13 de fevereiro de 2017.

Christiana Samara Chebib Lienert
Procuradora Supervisora do Setor de Pesquisa e Análise Prévia
OAB/SP 244.472



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Bruno Lucchetti
RF 11.455

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

Vide Emenda
Constitucional nº 91,
de 2016

Emendas Constitucionais

Emendas Constitucionais de Revisão

Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

Atos decorrentes do disposto no § 3º do art. 5º

ÍNDICE TEMÁTICO

Texto compilado

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

TÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

- I - a soberania;
- II - a cidadania;
- III - a dignidade da pessoa humana;
- IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;
- V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Art. 2º São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II - garantir o desenvolvimento nacional;
- III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios:

- I - independência nacional;
- II - prevalência dos direitos humanos;
- III - autodeterminação dos povos;
- IV - não-intervenção;
- V - igualdade entre os Estados;
- VI - defesa da paz;
- VII - solução pacífica dos conflitos;
- VIII - repúdio ao terrorismo e ao racismo;
- IX - cooperação entre os povos para o progresso da humanidade;

g) regular a forma como, mediante deliberação dos Estados e do Distrito Federal, isenções, incentivos e benefícios fiscais serão concedidos e revogados.

h) definir os combustíveis e lubrificantes sobre os quais o imposto incidirá uma única vez, qualquer que seja a sua finalidade, hipótese em que não se aplicará o disposto no inciso X, b; (Incluída pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001) (Vide Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

i) fixar a base de cálculo, de modo que o montante do imposto a integre, também na importação do exterior de bem, mercadoria ou serviço. (Incluída pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

~~§ 3º À exceção dos impostos de que tratam o inciso I, b, do "caput" deste artigo e o art. 153, I e II, nenhum outro tributo incidirá sobre operações relativas a energia elétrica, combustíveis líquidos e gasosos, lubrificantes e minerais do País.~~

~~§ 3º À exceção dos impostos de que tratam o inciso II do caput deste artigo e o art. 153, I e II, nenhum outro tributo poderá incidir sobre operações relativas a energia elétrica, serviços de telecomunicações, derivados de petróleo, combustíveis e minerais do País. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)~~

§ 3º À exceção dos impostos de que tratam o inciso II do caput deste artigo e o art. 153, I e II, nenhum outro imposto poderá incidir sobre operações relativas a energia elétrica, serviços de telecomunicações, derivados de petróleo, combustíveis e minerais do País. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

§ 4º Na hipótese do inciso XII, h, observar-se-á o seguinte: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

I - nas operações com os lubrificantes e combustíveis derivados de petróleo, o imposto caberá ao Estado onde ocorrer o consumo; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

II - nas operações interestaduais, entre contribuintes, com gás natural e seus derivados, e lubrificantes e combustíveis não incluídos no inciso I deste parágrafo, o imposto será repartido entre os Estados de origem e de destino, mantendo-se a mesma proporcionalidade que ocorre nas operações com as demais mercadorias; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

III - nas operações interestaduais com gás natural e seus derivados, e lubrificantes e combustíveis não incluídos no inciso I deste parágrafo, destinadas a não contribuinte, o imposto caberá ao Estado de origem; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

IV - as alíquotas do imposto serão definidas mediante deliberação dos Estados e Distrito Federal, nos termos do § 2º, XII, g, observando-se o seguinte: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

a) serão uniformes em todo o território nacional, podendo ser diferenciadas por produto; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

b) poderão ser específicas, por unidade de medida adotada, ou *ad valorem*, incidindo sobre o valor da operação ou sobre o preço que o produto ou seu similar alcançaria em uma venda em condições de livre concorrência; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

c) poderão ser reduzidas e restabelecidas, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, b. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

§ 5º As regras necessárias à aplicação do disposto no § 4º, inclusive as relativas à apuração e à destinação do imposto, serão estabelecidas mediante deliberação dos Estados e do Distrito Federal, nos termos do § 2º, XII, g. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

§ 6º O imposto previsto no inciso III: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

I - terá alíquotas mínimas fixadas pelo Senado Federal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

II - poderá ter alíquotas diferenciadas em função do tipo e utilização. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

SEÇÃO V DOS IMPOSTOS DOS MUNICÍPIOS

Art. 156. Compete aos Municípios instituir impostos sobre:

I - propriedade predial e territorial urbana;

II - transmissão "inter vivos", a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição;

~~III - vendas a varejo de combustíveis líquidos e gasosos, exceto óleo diesel;~~

III - serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, II, definidos em lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

~~IV - serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, I, b, definidos em lei complementar.~~ (Revogado pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

~~§ 1º O imposto previsto no inciso I poderá ser progressivo, nos termos de lei municipal, de forma a assegurar o cumprimento da função social da propriedade.~~

§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - ser progressivo em razão do valor do imóvel; e (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º O imposto previsto no inciso II:

I - não incide sobre a transmissão de bens ou direitos incorporados ao patrimônio de pessoa jurídica em realização de capital, nem sobre a transmissão de bens ou direitos decorrente de fusão, incorporação, cisão ou extinção de pessoa jurídica, salvo se, nesses casos, a atividade preponderante do adquirente for a compra e venda desses bens ou direitos, locação de bens imóveis ou arrendamento mercantil;

II - compete ao Município da situação do bem.

~~§ 3º O imposto previsto no inciso III, não exclui a incidência do imposto estadual previsto no art. 156, I, b, sobre a mesma operação.~~

~~§ 3º Em relação ao imposto previsto no inciso III, cabe à lei complementar.~~ (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

§ 3º Em relação ao imposto previsto no inciso III do caput deste artigo, cabe à lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 37, de 2002)

~~I - fixar as suas alíquotas máximas; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)~~

§ 4º Do montante de recursos de que trata o inciso III que cabe a cada Estado, vinte e cinco por cento serão destinados aos seus Municípios, na forma da lei a que se refere o mencionado inciso. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.

RF 11.455

~~Parágrafo único. Essa vedação não impede a União de condicionar a entrega de recursos ao pagamento de seus créditos.~~
~~Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)~~

Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Art. 161. Cabe à lei complementar:

I - definir valor adicionado para fins do disposto no art. 158, parágrafo único, I;

II - estabelecer normas sobre a entrega dos recursos de que trata o art. 159, especialmente sobre os critérios de rateio dos fundos previstos em seu inciso I, objetivando promover o equilíbrio sócio-econômico entre Estados e entre Municípios;

III - dispor sobre o acompanhamento, pelos beneficiários, do cálculo das quotas e da liberação das participações previstas nos arts. 157, 158 e 159.

Parágrafo único. O Tribunal de Contas da União efetuará o cálculo das quotas referentes aos fundos de participação a que alude o inciso II.

Art. 162. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios divulgarão, até o último dia do mês subsequente ao da arrecadação, os montantes de cada um dos tributos arrecadados, os recursos recebidos, os valores de origem tributária entregues e a entregar e a expressão numérica dos critérios de rateio.

Parágrafo único. Os dados divulgados pela União serão discriminados por Estado e por Município; os dos Estados, por Município.

CAPÍTULO II DAS FINANÇAS PÚBLICAS SEÇÃO I NORMAS GERAIS

Art. 163. Lei complementar disporá sobre:

I - finanças públicas;

II - dívida pública externa e interna, incluída a das autarquias, fundações e demais entidades controladas pelo Poder Público;

III - concessão de garantias pelas entidades públicas;

IV - emissão e resgate de títulos da dívida pública;

~~V - fiscalização das instituições financeiras;~~

V - fiscalização financeira da administração pública direta e indireta; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 40, de 2003)

VI - operações de câmbio realizadas por órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

VII - compatibilização das funções das instituições oficiais de crédito da União, resguardadas as características e condições operacionais plenas das voltadas ao desenvolvimento regional.

Art. 164. A competência da União para emitir moeda será exercida exclusivamente pelo banco central.

§ 1º É vedado ao banco central conceder, direta ou indiretamente, empréstimos ao Tesouro Nacional e a qualquer órgão ou entidade que não seja instituição financeira.

§ 2º O banco central poderá comprar e vender títulos de emissão do Tesouro Nacional, com o objetivo de regular a oferta de moeda ou a taxa de juros.

§ 3º As disponibilidades de caixa da União serão depositadas no banco central; as dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e dos órgãos ou entidades do Poder Público e das empresas por ele controladas, em instituições financeiras oficiais, ressalvados os casos previstos em lei.

SEÇÃO II DOS ORÇAMENTOS

Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

I - o plano plurianual;

II - as diretrizes orçamentárias;

III - os orçamentos anuais.

§ 1º A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

§ 2º A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

§ 3º O Poder Executivo publicará, até trinta dias após o encerramento de cada bimestre, relatório resumido da execução orçamentária.

§ 4º Os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional.

§ 5º A lei orçamentária anual compreenderá:

- I - fixar as suas alíquotas máximas e mínimas; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 37, de 2002)
- II - excluir da sua incidência exportações de serviços para o exterior; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)
- III - regular a forma e as condições como isenções, incentivos e benefícios fiscais serão concedidos e revogados. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)
- ~~§ 4º Cabe à lei complementar:~~
- ~~I - fixar as alíquotas máximas dos impostos previstos nos incisos III e IV;~~
- ~~II - excluir da incidência de imposto previsto no inciso IV exportações de serviços para o exterior.~~ (Revogado pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

SEÇÃO VI DA REPARTIÇÃO DAS RECEITAS TRIBUTÁRIAS

Art. 157. Pertencem aos Estados e ao Distrito Federal:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - vinte por cento do produto da arrecadação do imposto que a União instituir no exercício da competência que lhe é atribuída pelo art. 154, I.

Art. 158. Pertencem aos Municípios:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

~~II - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados;~~

II - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, III; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003) (Regulamento)

III - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios;

IV - vinte e cinco por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação.

Parágrafo único. As parcelas de receita pertencentes aos Municípios, mencionadas no inciso IV, serão creditadas conforme os seguintes critérios:

I - três quartos, no mínimo, na proporção do valor adicionado nas operações relativas à circulação de mercadorias e nas prestações de serviços, realizadas em seus territórios;

II - até um quarto, de acordo com o que dispuser lei estadual ou, no caso dos Territórios, lei federal.

Art. 159. A União entregará: (Vide Emenda Constitucional nº 55, de 2007)

~~I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados, quarenta e sete por cento na seguinte forma: (Vide Emenda Constitucional nº 17, de 1997)~~

~~I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados quarenta e oito por cento na seguinte forma: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 55, de 2007)~~

I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados, 49% (quarenta e nove por cento), na seguinte forma: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 84, de 2014)

a) vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal; (Vide Lei Complementar nº 62, de 1989) (Regulamento)

b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios; (Vide Lei Complementar nº 62, de 1989) (Regulamento)

c) três por cento, para aplicação em programas de financiamento ao setor produtivo das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, através de suas instituições financeiras de caráter regional, de acordo com os planos regionais de desenvolvimento, ficando assegurada ao semi-árido do Nordeste a metade dos recursos destinados à Região, na forma que a lei estabelecer;

d) um por cento ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de dezembro de cada ano; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 55, de 2007)

e) 1% (um por cento) ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de julho de cada ano; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 84, de 2014)

II - do produto da arrecadação do imposto sobre produtos industrializados, dez por cento aos Estados e ao Distrito Federal, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados. (Regulamento)

~~III - do produto da arrecadação da contribuição de intervenção no domínio econômico prevista no art. 177, § 4º, vinte e cinco por cento para os Estados e o Distrito Federal, distribuídos na forma da lei, observada a destinação a que refere o inciso II, c, do referido parágrafo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 2003)~~

III - do produto da arrecadação da contribuição de intervenção no domínio econômico prevista no art. 177, § 4º, 29% (vinte e nove por cento) para os Estados e o Distrito Federal, distribuídos na forma da lei, observada a destinação a que se refere o inciso II, c, do referido parágrafo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 44, de 2004)

§ 1º Para efeito de cálculo da entrega a ser efetuada de acordo com o previsto no inciso I, excluir-se-á a parcela da arrecadação do imposto de renda e proventos de qualquer natureza pertencente aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, nos termos do disposto nos arts. 157, I, e 158, I.

§ 2º A nenhuma unidade federada poderá ser destinada parcela superior a vinte por cento do montante a que se refere o inciso II, devendo o eventual excedente ser distribuído entre os demais participantes, mantido, em relação a esses, o critério de partilha nele estabelecido.

§ 3º Os Estados entregarão aos respectivos Municípios vinte e cinco por cento dos recursos que receberem nos termos do inciso II, observados os critérios estabelecidos no art. 158, parágrafo único, I e II.



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Mensagem de veto

Regulamento
Regulamento

Dispõe sobre as condições para a 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:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

~~Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.~~

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
(Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

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.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoevidência;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

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). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

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; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

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; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contra-referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 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. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 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. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 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. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 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 imputação 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 integrada 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 agravos 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. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

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. A 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

Bruno Guichetti
RF 11.455

Folha 26
Proc. Nº 01-610 / 2016

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.

Art. 18. A direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

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

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no caput deste artigo. (Incluído pela Lei nº 12.895, de 2013)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

CAPÍTULO VIII

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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 agravamento à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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.

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 agravamento 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. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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 agravamento 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. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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 agravamento à saúde de que trata o protocolo. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 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. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 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: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-S. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa."

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. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Folha 27
Proc. Nº 01-610 / 2016
Bruno Buchner
R. 1.455

~~Art. 22. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.~~

~~§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.~~

~~§ 2º Executam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.~~

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: (Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

IV - demais casos previstos em legislação específica. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

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 Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012) (Vide Lei nº 8.142, de 1990)~~

§ 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.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Folha 28
Proc. Nº 01-610 / 2016
Benito Lucchetti
RF 11.455

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Aiceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.9.1990

✱



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Bruno Lucchetti
RF 11.455

LEI N° 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

Vide Lei nº 8.689, de 1993

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1° O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1° A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2° O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3° O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4° A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5° As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2° Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

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

Art. 3° Os recursos referidos no inciso IV do art. 2° desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1° Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1° do mesmo artigo. (Vide Lei nº 8.080, de 1990)

§ 2° Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3° Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2° desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

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

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 31.12.1990

*

Bruno Lucchetti
RF 11.455



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Bruno Lucchetti
RF 11.455

LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012

Mensagem de veto

(Vide Decreto nº 7.827, 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.

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - ações de assistência social;

IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

CAPÍTULO III

DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Seção I

Dos Recursos Mínimos

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 1º (VETADO).

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 9º Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3º do art. 5º e nos arts. 6º e 7º, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

Seção II

Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 13. (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

§ 3º (VETADO).

§ 4º A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Art. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 15. (VETADO).

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos arts. 6º a 8º será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

§ 3º As instituições financeiras referidas no § 3º do art. 164 da Constituição Federal são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2º deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 4º (VETADO).

Seção III

Da Movimentação dos Recursos da União

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Seção IV

Da Movimentação dos Recursos dos Estados

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Bruno Lucchetti

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Seção V

Disposições Gerais

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

- I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e
- II - à elaboração do Plano de Saúde.

Art. 23. Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.

Parágrafo único. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

- I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e
- II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

§ 3º Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

§ 4º Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º:

I - na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º;

II - (VETADO).

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar.

Art. 26. Para fins de efetivação do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 1º No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal.

§ 2º Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da vigência desta Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1º, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

§ 3º Os efeitos das medidas restritivas previstas neste artigo serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 4º A medida prevista no caput será restabelecida se houver interrupção do cumprimento do disposto neste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

§ 5º Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições estatuídas neste artigo, sem prejuízo das exigências, restrições e sanções previstas na legislação vigente.

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes.

Art. 28. São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 5º a 7º.

Art. 29. É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

Bruno Lucchetti

RF 11.455

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

CAPÍTULO IV

DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

Seção I

Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde

Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

- I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;
- II - Relatório de Gestão do SUS;
- III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

Seção II

Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde

Art. 32. Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As normas gerais para fins do registro de que trata o caput serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

Art. 33. O gestor de saúde promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

Seção III

Da Prestação de Contas

Art. 34. A prestação de contas prevista no art. 37 conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3º do art. 165 da Constituição Federal.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

- I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuidas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3º Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4º O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

§ 5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

Seção IV

Da Fiscalização da Gestão da Saúde

Art. 37. Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nesta Lei Complementar.

Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

- I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
- II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;
- III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;
- IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
- V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
- VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

- I - obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;
- II - processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;
- III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;
- IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;
- V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da Lei

Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

Proc. Nº 01-610 / 2016

Bruno Lucchetti

VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concorrente.

§ 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 4º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

§ 6º O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 40. Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

Parágrafo único. Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Art. 42. Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 43. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a implementação do disposto no art. 20 e para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 2º A cooperação financeira consiste na entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 45. (VETADO).

Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar 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.

Art. 47. Revogam-se o § 1º do art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 12 da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.

Art. 48. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de janeiro de 2012; 191ª da Independência e 124ª da República.

DILMA ROUSSEFF

José Eduardo Cardozo

Guido Mantega

Alexandre Rocha Santos Padilha

Eva Maria Cella Dal Chiavon

Luís Inácio Lucena Adams

Este texto não substitui o publicado no DOU de 16.1.2012

*



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Bruno Lucchetti
RF 11.455

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.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Seção I

Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I - atenção primária;
- II - urgência e emergência;
- III - atenção psicossocial;
- IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

- I - seus limites geográficos;
- II - população usuária das ações e serviços;
- III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e
- IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Seção II

Da Hierarquização

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

Bruno Lucchetti

RF 11.455

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regimentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

CAPÍTULO III

DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

CAPÍTULO IV

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção I

Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção II

Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

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

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

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Bruno Lucchetti
RF 11.455

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

CAPÍTULO V

DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

Seção I

Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Seção II

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos 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.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

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 perante a população no processo de regionalização, 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 federativo da Região de Saúde;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

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

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

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

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

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

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

Bruno Lucchetti

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990;

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF
Alexandre Rocha Santos Padilha

Este texto não substitui o publicado no DOU de 29.6.2011



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Bruno Lucchetti
RF 11.455

LEI Nº 9.836, DE 23 DE SETEMBRO DE 1999.

Acrescenta dispositivos 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", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo V ao Título II – Do Sistema Único de Saúde:

"CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso."

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 23 de setembro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Serra

Bruno Lucchetti
RF 11.455

Este texto não substitui o publicado no DOU de 24.9.1999

*



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Bruno Lucchetti
RF 11.455

LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.

Mensagem de veto

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de **PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

"CAPÍTULO VII
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O
TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)"

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto
Humberto Sérgio Costa Lima

te texto não substitui o publicado no D.O.U. de 8.4.2005.



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Bruno Lucchetti
RF 11.455

LEI N° 13.019, DE 31 DE JULHO DE 2014.

Texto compilado

Mensagem de veto

(Vigência)

(Vigência)

(Vigência)

(Vigência)

(Vigência)

Regulamento

~~Estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis n°s 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999.~~

Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis n°s 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. (Redação dada pela Lei n° 13.204, de 2015)

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

~~Art. 1º Esta Lei institui normas gerais para as parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, estabelecidas pela União, Estados, Distrito Federal, Municípios e respectivas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista prestadoras de serviço público, e suas subsidiárias, com organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com as organizações da sociedade civil; e institui o termo de colaboração e o termo de fomento.~~

Art. 1º Esta Lei institui normas gerais para as parcerias entre a administração pública e organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação. (Redação dada pela Lei n° 13.204, de 2015)

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 2º Para os fins desta Lei, considera-se:

~~I - organização da sociedade civil: pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos que não distribui, entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais resultados, sobras, excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social, de forma imediata ou por meio da constituição de fundo patrimonial ou fundo de reserva;~~

I - organização da sociedade civil: (Redação dada pela Lei n° 13.204, de 2015)

a) entidade privada sem fins lucrativos que não distribua entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados, doadores ou terceiros eventuais resultados, sobras, excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, isenções de qualquer natureza, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplique integralmente na consecução do respectivo objeto social, de forma imediata ou por meio da constituição de fundo patrimonial ou fundo de reserva; (Incluído pela Lei n° 13.204, de 2015)

b) as sociedades cooperativas previstas na Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999; as integradas por pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade pessoal ou social; as alcançadas por programas e ações de combate à pobreza e de geração de trabalho e renda; as voltadas para fomento, educação e capacitação de trabalhadores rurais ou capacitação de agentes de assistência técnica e extensão rural; e as capacitadas para execução de atividades ou de projetos de interesse público e de cunho social. (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015) Bruno Lucchetti
RF 11.455

c) as organizações religiosas que se dediquem a atividades ou a projetos de interesse público e de cunho social distintas das destinadas a fins exclusivamente religiosos; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~II - administração pública: União, Estados, Distrito Federal, Municípios e respectivas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista prestadoras de serviço público, e suas subsidiárias;~~

II - administração pública: União, Estados, Distrito Federal, Municípios e respectivas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista prestadoras de serviço público, e suas subsidiárias, alcançadas pelo disposto no § 9º do art. 37 da Constituição Federal; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~III - parceria: qualquer modalidade de parceria prevista nesta Lei, que envolva ou não transferências voluntárias de recursos financeiros, entre administração pública e organizações da sociedade civil para ações de interesse recíproco em regime de mútua cooperação;~~

III - parceria: conjunto de direitos, responsabilidades e obrigações decorrentes de relação jurídica estabelecida formalmente entre a administração pública e organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividade ou de projeto expressos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

III-A - atividade: conjunto de operações que se realizam de modo contínuo ou permanente, das quais resulta um produto ou serviço necessário à satisfação de interesses compartilhados pela administração pública e pela organização da sociedade civil; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

III-B - projeto: conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto destinado à satisfação de interesses compartilhados pela administração pública e pela organização da sociedade civil; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~IV - dirigente: pessoa que detenha poderes de administração, gestão ou controle da organização da sociedade civil;~~

IV - dirigente: pessoa que detenha poderes de administração, gestão ou controle da organização da sociedade civil, habilitada a assinar termo de colaboração, termo de fomento ou acordo de cooperação com a administração pública para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, ainda que delegue essa competência a terceiros; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~V - administrador público: agente público, titular de órgão, autarquia, fundação, empresa pública ou sociedade de economia mista competente para assinar instrumento de cooperação com organização da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público;~~

V - administrador público: agente público revestido de competência para assinar termo de colaboração, termo de fomento ou acordo de cooperação com organização da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, ainda que delegue essa competência a terceiros; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~VI - gestor: agente público responsável pela gestão da parceria, designado por ato publicado em meio oficial de comunicação, com poderes de controle e fiscalização;~~

VI - gestor: agente público responsável pela gestão de parceria celebrada por meio de termo de colaboração ou termo de fomento, designado por ato publicado em meio oficial de comunicação, com poderes de controle e fiscalização; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~VII - termo de colaboração: instrumento pelo qual são formalizadas as parcerias estabelecidas pela administração pública com organizações da sociedade civil, selecionadas por meio de chamamento público, para a consecução de finalidades de interesse público propostas pela administração pública, sem prejuízo das definições atinentes ao contrato de gestão e ao termo de parceria, respectivamente, conforme as Leis nºs 9.637, de 15 de maio de 1998, e 9.790, de 23 de março de 1999;~~

VII - termo de colaboração: instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias estabelecidas pela administração pública com organizações da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco propostas pela administração pública que envolvam a transferência de recursos financeiros; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~VIII - termo de fomento: instrumento pelo qual são formalizadas as parcerias estabelecidas pela administração pública com organizações da sociedade civil, selecionadas por meio de chamamento público, para a consecução de~~

~~finalidades de interesse público propostas pelas organizações da sociedade civil, sem prejuízo das parcerias estabelecidas pela administração pública com organizações da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco propostas pelas organizações da sociedade civil, que envolvam a transferência de recursos financeiros; ao contrato de gestão e ao termo de parceria, respectivamente, conforme as Leis nº 9.637, de 15 de maio de 1998, e 9.790, de 23 de março de 1999;~~

Bruno Lucchetti

VIII - termo de fomento: instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias estabelecidas pela administração pública com organizações da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco propostas pelas organizações da sociedade civil, que envolvam a transferência de recursos financeiros; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

VIII-A - acordo de cooperação: instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias estabelecidas pela administração pública com organizações da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco que não envolvam a transferência de recursos financeiros; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

IX - conselho de política pública: órgão criado pelo poder público para atuar como instância consultiva, na respectiva área de atuação, na formulação, implementação, acompanhamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas;

~~X - comissão de seleção: órgão colegiado da administração pública destinado a processar e julgar chamamentos públicos, composto por agentes públicos, designados por ato publicado em meio oficial de comunicação, sendo, pelo menos, 2/3 (dois terços) de seus membros servidores ocupantes de cargos permanentes do quadro de pessoal da administração pública realizadora do chamamento público;~~

X - comissão de seleção: órgão colegiado destinado a processar e julgar chamamentos públicos, constituído por ato publicado em meio oficial de comunicação, assegurada a participação de pelo menos um servidor ocupante de cargo efetivo ou emprego permanente do quadro de pessoal da administração pública; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~XI - comissão de monitoramento e avaliação: órgão colegiado da administração pública destinado a monitorar e avaliar as parcerias celebradas com organizações da sociedade civil nos termos desta Lei, composto por agentes públicos, designados por ato publicado em meio oficial de comunicação, sendo, pelo menos, 2/3 (dois terços) de seus membros servidores ocupantes de cargos permanentes do quadro de pessoal da administração pública realizadora do chamamento público;~~

XI - comissão de monitoramento e avaliação: órgão colegiado destinado a monitorar e avaliar as parcerias celebradas com organizações da sociedade civil mediante termo de colaboração ou termo de fomento, constituído por ato publicado em meio oficial de comunicação, assegurada a participação de pelo menos um servidor ocupante de cargo efetivo ou emprego permanente do quadro de pessoal da administração pública; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

XII - chamamento público: procedimento destinado a selecionar organização da sociedade civil para firmar parceria por meio de termo de colaboração ou de fomento, no qual se garanta a observância dos princípios da isonomia, da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos;

~~XIII - bens remanescentes: equipamentos e materiais permanentes adquiridos com recursos da parceria, necessários à consecução do objeto, mas que a ele não se incorporam;~~

XIII - bens remanescentes: os de natureza permanente adquiridos com recursos financeiros envolvidos na parceria, necessários à consecução do objeto, mas que a ele não se incorporam; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~XIV - prestação de contas: procedimento em que se analisa e se avalia a execução da parceria quanto aos aspectos de legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e eficácia, pelo qual seja possível verificar o cumprimento do objeto da parceria e o alcance das metas e dos resultados previstos, compreendendo 2 (duas) fases:~~

XIV - prestação de contas: procedimento em que se analisa e se avalia a execução da parceria, pelo qual seja possível verificar o cumprimento do objeto da parceria e o alcance das metas e dos resultados previstos, compreendendo duas fases: (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

a) apresentação das contas, de responsabilidade da organização da sociedade civil;

b) análise e manifestação conclusiva das contas, de responsabilidade da administração pública, sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle;

~~XV - termo aditivo: instrumento que tem por objetivo a modificação de termo de colaboração ou de termo de fomento celebrado, vedada a alteração do objeto aprovado.~~

XV - (revogado). (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

Art. 2º-A. As parcerias disciplinadas nesta Lei respeitarão, em todos os seus aspectos, as normas específicas das políticas públicas setoriais relativas ao objeto da parceria e as respectivas instâncias de pactuação e

deliberação. (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

Art. 3º Não se aplicam as exigências desta Lei:

Bruno Lucchetti

~~I - às transferências de recursos homologadas pelo Congresso Nacional ou autorizadas pelo Senado Federal naquilo em que as disposições dos tratados, acordos e convenções internacionais específicas conflitam com esta Lei, quando os recursos envolvidos forem integralmente oriundos de fonte externa de financiamento;~~

I - às transferências de recursos homologadas pelo Congresso Nacional ou autorizadas pelo Senado Federal naquilo em que as disposições específicas dos tratados, acordos e convenções internacionais conflitam com esta Lei; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~II - às transferências voluntárias regidas por lei específica, naquilo em que houver disposição expressa em contrário;~~

II - (revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~III - aos contratos de gestão celebrados com organizações sociais, na forma estabelecida pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998;~~

III - aos contratos de gestão celebrados com organizações sociais, desde que cumpridos os requisitos previstos na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

IV - aos convênios e contratos celebrados com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição Federal; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

V - aos termos de compromisso cultural referidos no § 1º do art. 9º da Lei nº 13.018, de 22 de julho de 2014; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

VI - aos termos de parceria celebrados com organizações da sociedade civil de interesse público, desde que cumpridos os requisitos previstos na Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

VII - às transferências referidas no art. 2º da Lei nº 10.845, de 5 de março de 2004, e nos arts. 5º e 22 da Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

VIII - (VETADO); (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

IX - aos pagamentos realizados a título de anuidades, contribuições ou taxas associativas em favor de organismos internacionais ou entidades que sejam obrigatoriamente constituídas por: (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

a) membros de Poder ou do Ministério Público; (Incluída pela Lei nº 13.204, de 2015)

b) dirigentes de órgão ou de entidade da administração pública; (Incluída pela Lei nº 13.204, de 2015)

c) pessoas jurídicas de direito público interno; (Incluída pela Lei nº 13.204, de 2015)

d) pessoas jurídicas integrantes da administração pública; (Incluída pela Lei nº 13.204, de 2015)

X - às parcerias entre a administração pública e os serviços sociais autônomos. (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

Art. 4º ~~Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, às relações da administração pública com entidades qualificadas como organizações da sociedade civil de interesse público, de que trata a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, regidas por termos de parceria.~~ (Revogado pela Lei nº 13.204, de 2015)

CAPÍTULO II

DA CELEBRAÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO OU DE FOMENTO

Seção I

Normas Gerais

Art. 5º ~~O regime jurídico de que trata esta Lei tem como fundamentos a gestão pública democrática, a participação social, o fortalecimento da sociedade civil e a transparência na aplicação dos recursos públicos, devendo obedecer aos princípios da legalidade, da legitimidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da economicidade, da eficiência e da eficácia, além dos demais princípios constitucionais aplicáveis e dos relacionados a seguir:~~

Art. 5º O regime jurídico de que trata esta Lei tem como fundamentos a gestão pública democrática, a participação social, o fortalecimento da sociedade civil, a transparência na aplicação dos recursos públicos, os princípios da legalidade, da legitimidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da economicidade, da eficiência e da eficácia, destinando-se a assegurar: (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

RF 11.455

I - o reconhecimento da participação social como direito do cidadão;

II - a solidariedade, a cooperação e o respeito à diversidade para a construção de valores de cidadania e de inclusão social e produtiva;

III - a promoção do desenvolvimento local, regional e nacional, inclusivo e sustentável;

IV - o direito à informação, à transparência e ao controle social das ações públicas;

V - a integração e a transversalidade dos procedimentos, mecanismos e instâncias de participação social;

VI - a valorização da diversidade cultural e da educação para a cidadania ativa;

VII - a promoção e a defesa dos direitos humanos;

VIII - a preservação, a conservação e a proteção dos recursos hídricos e do meio ambiente;

IX - a valorização dos direitos dos povos indígenas e das comunidades tradicionais;

X - a preservação e a valorização do patrimônio cultural brasileiro, em suas dimensões material e imaterial.

~~Art. 6º São diretrizes fundamentais do regime jurídico de fomento ou de colaboração:~~

Art. 6º São diretrizes fundamentais do regime jurídico de parceria: (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

I - a promoção, o fortalecimento institucional, a capacitação e o incentivo à organização da sociedade civil para a cooperação com o poder público;

II - a priorização do controle de resultados;

III - o incentivo ao uso de recursos atualizados de tecnologias de informação e comunicação;

IV - o fortalecimento das ações de cooperação institucional entre os entes federados nas relações com as organizações da sociedade civil;

V - o estabelecimento de mecanismos que ampliem a gestão de informação, transparência e publicidade;

VI - a ação integrada, complementar e descentralizada, de recursos e ações, entre os entes da Federação, evitando sobreposição de iniciativas e fragmentação de recursos;

VII - a sensibilização, a capacitação, o aprofundamento e o aperfeiçoamento do trabalho de gestores públicos, na ementa de atividades e projetos de interesse público e relevância social com organizações da sociedade civil;

~~VIII - a adoção de práticas de gestão administrativa necessárias e suficientes para coibir a obtenção, individual ou coletiva, de benefícios ou vantagens indevidas, em decorrência da participação no respectivo processo decisório ou ocupação de posições estratégicas;~~

VIII - a adoção de práticas de gestão administrativa necessárias e suficientes para coibir a obtenção, individual ou coletiva, de benefícios ou vantagens indevidos; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

IX - a promoção de soluções derivadas da aplicação de conhecimentos, da ciência e tecnologia e da inovação para atender necessidades e demandas de maior qualidade de vida da população em situação de desigualdade social.

Seção II

Da Capacitação de Gestores, Conselheiros e Sociedade Civil Organizada

~~Art. 7º A União, em coordenação com os Estados, Distrito Federal, Municípios e organizações da sociedade civil, instituirá programas de capacitação para gestores, representantes de organizações da sociedade civil e conselheiros dos conselhos de políticas públicas, não constituindo a participação nos referidos programas condição para o exercício da função.~~

Art. 7º A União poderá instituir, em coordenação com os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e organizações da sociedade civil, programas de capacitação voltados a: (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

- I - administradores públicos, dirigentes e gestores; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015) Proc. Nº 01-610 / 2016
- II - representantes de organizações da sociedade civil; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)
- III - membros de conselhos de políticas públicas; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)
- IV - membros de comissões de seleção; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)
- V - membros de comissões de monitoramento e avaliação; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)
- VI - demais agentes públicos e privados envolvidos na celebração e execução das parcerias disciplinadas nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

Bruno Lucchetti
RF 11.455

Parágrafo único. A participação nos programas previstos no **caput** não constituirá condição para o exercício de função envolvida na materialização das parcerias disciplinadas nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~Art. 8º Ao decidir sobre a celebração de parcerias previstas nesta Lei, o administrador público considerará, obrigatoriamente, a capacidade operacional de órgão ou entidade da administração pública para instituir processos seletivos, avaliará as propostas de parceria com o rigor técnico necessário, fiscalizará a execução em tempo hábil e de modo eficaz e apreciará as prestações de contas na forma e nos prazos determinados nesta Lei e na legislação específica.~~

Art. 8º Ao decidir sobre a celebração de parcerias previstas nesta Lei, o administrador público: (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

I - considerará, obrigatoriamente, a capacidade operacional da administração pública para celebrar a parceria, cumprir as obrigações dela decorrentes e assumir as respectivas responsabilidades; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

II - avaliará as propostas de parceria com o rigor técnico necessário; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

III - designará gestores habilitados a controlar e fiscalizar a execução em tempo hábil e de modo eficaz; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

IV - apreciará as prestações de contas na forma e nos prazos determinados nesta Lei e na legislação específica. (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

Parágrafo único. A administração pública adotará as medidas necessárias, tanto na capacitação de pessoal, quanto no provimento dos recursos materiais e tecnológicos necessários, para assegurar a capacidade técnica e operacional de que trata o **caput** deste artigo.

Seção III

Da Transparência e do Controle

~~Art. 9º No íncio de cada ano civil, a administração pública fará publicar, nos meios oficiais de divulgação, os valores aprovados na lei orçamentária anual vigente para execução de programas e ações do plano plurianual em vigor, que poderão ser executados por meio de parcerias previstas nesta Lei. (Revogado pela Lei nº 13.204, de 2015)~~

~~Art. 10. A administração pública deverá manter, em seu sítio oficial na internet, a relação das parcerias celebradas, em ordem alfabética, pelo nome da organização da sociedade civil, por prazo não inferior a 5 (cinco) anos, contado da apreciação da prestação de contas final da parceria.~~

Art. 10. A administração pública deverá manter, em seu sítio oficial na internet, a relação das parcerias celebradas e dos respectivos planos de trabalho, até cento e oitenta dias após o respectivo encerramento. (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~Art. 11. A organização da sociedade civil deverá divulgar, em seu sítio na internet, caso mantenha, e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações, todas as parcerias celebradas com o poder público.~~

Art. 11. A organização da sociedade civil deverá divulgar na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações todas as parcerias celebradas com a administração pública. (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

Parágrafo único. As informações de que tratam este artigo e o art. 10 deverão incluir, no mínimo:

- I - data de assinatura e identificação do instrumento de parceria e do órgão da administração pública responsável;

II - nome da organização da sociedade civil e seu número de inscrição no Cadastro Nacional da Receita Federal do Brasil - CNPJ da Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB;

III - descrição do objeto da parceria;

~~IV - valor total da parceria e valores liberados;~~

Bruno Lucchetti
RF 11.455

IV - valor total da parceria e valores liberados, quando for o caso; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

V - situação da prestação de contas da parceria, que deverá informar a data prevista para a sua apresentação, a data em que foi apresentada, o prazo para a sua análise e o resultado conclusivo.

VI - quando vinculados à execução do objeto e pagos com recursos da parceria, o valor total da remuneração da equipe de trabalho, as funções que seus integrantes desempenham e a remuneração prevista para o respectivo exercício. (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~Art. 12. A administração pública deverá divulgar pela internet os meios para apresentação de denúncia sobre a aplicação irregular dos recursos transferidos.~~

Art. 12. A administração pública deverá divulgar pela internet os meios de representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria. (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

Seção IV

Do Fortalecimento da Participação Social e da Divulgação das Ações

Art. 13. (VETADO).

~~Art. 14. O poder público, na forma de regulamento, divulgará, nos meios públicos de comunicação por radiodifusão de sons e de sons e imagens, campanhas publicitárias e programações desenvolvidas por organizações da sociedade civil, no âmbito das parcerias com a administração pública, com previsão de recursos tecnológicos e linguagem adequados à garantia de acessibilidade por pessoas com deficiência.~~

Art. 14. A administração pública divulgará, na forma de regulamento, nos meios públicos de comunicação por radiodifusão de sons e de sons e imagens, campanhas publicitárias e programações desenvolvidas por organizações da sociedade civil, no âmbito das parcerias previstas nesta Lei, mediante o emprego de recursos tecnológicos e de linguagem adequados à garantia de acessibilidade por pessoas com deficiência. (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

Art. 15. Poderá ser criado, no âmbito do Poder Executivo federal, o Conselho Nacional de Fomento e Colaboração, de composição paritária entre representantes governamentais e organizações da sociedade civil, com a finalidade de divulgar boas práticas e de propor e apoiar políticas e ações voltadas ao fortalecimento das relações de fomento e de colaboração previstas nesta Lei.

§ 1º A composição e o funcionamento do Conselho Nacional de Fomento e Colaboração serão disciplinados em regulamento.

§ 2º Os demais entes federados também poderão criar instância participativa, nos termos deste artigo.

§ 3º Os conselhos setoriais de políticas públicas e a administração pública serão consultados quanto às políticas e ações voltadas ao fortalecimento das relações de fomento e de colaboração propostas pelo Conselho de que trata o caput deste artigo. (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

Seção V

Dos Termos de Colaboração e de Fomento

~~Art. 16. O termo de colaboração deve ser adotado pela administração pública em caso de transferências voluntárias de recursos para consecução de planos de trabalho propostos pela administração pública, em regime de mútua cooperação com organizações da sociedade civil, selecionadas por meio de chamamento público, ressalvadas as exceções previstas nesta Lei.~~

Art. 16. O termo de colaboração deve ser adotado pela administração pública para consecução de planos de trabalho de sua iniciativa, para celebração de parcerias com organizações da sociedade civil que envolvam a transferência de recursos financeiros. (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

Parágrafo único. Os conselhos de políticas públicas poderão apresentar propostas à administração pública para celebração de termo de colaboração com organizações da sociedade civil.

~~Art. 17. O termo de fomento deve ser adotado pela administração pública em caso de transferências voluntárias de recursos para consecução de planos de trabalho propostos pelas organizações da sociedade civil, em regime de~~

~~mútua cooperação com a administração pública, selecionadas por meio de chamamento público, ressalvadas as exceções previstas nesta Lei.~~

Art. 17. O termo de fomento deve ser adotado pela administração pública para consecução de planos de trabalho propostos por organizações da sociedade civil que envolvam a transferência de recursos financeiros. (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

Bruno Lucchietti
RF 1

Seção VI

Do Procedimento de Manifestação de Interesse Social

Art. 18. É instituído o Procedimento de Manifestação de Interesse Social como instrumento por meio do qual as organizações da sociedade civil, movimentos sociais e cidadãos poderão apresentar propostas ao poder público para que este avalie a possibilidade de realização de um chamamento público objetivando a celebração de parceria.

Art. 19. A proposta a ser encaminhada à administração pública deverá atender aos seguintes requisitos:

I - identificação do subscritor da proposta;

II - indicação do interesse público envolvido;

III - diagnóstico da realidade que se quer modificar, aprimorar ou desenvolver e, quando possível, indicação da viabilidade, dos custos, dos benefícios e dos prazos de execução da ação pretendida.

Art. 20. Preenchidos os requisitos do art. 19, a administração pública deverá tomar pública a proposta em seu sítio eletrônico e, verificada a conveniência e oportunidade para realização do Procedimento de Manifestação de Interesse Social, o instaurará para oitiva da sociedade sobre o tema.

Parágrafo único. Os prazos e regras do procedimento de que trata esta Seção observarão regulamento próprio de cada ente federado, a ser aprovado após a publicação desta Lei.

Art. 21. A realização do Procedimento de Manifestação de Interesse Social não implicará necessariamente na execução do chamamento público, que acontecerá de acordo com os interesses da administração.

§ 1º A realização do Procedimento de Manifestação de Interesse Social não dispensa a convocação por meio de chamamento público para a celebração de parceria.

§ 2º A proposição ou a participação no Procedimento de Manifestação de Interesse Social não impede a organização da sociedade civil de participar no eventual chamamento público subsequente.

§ 3º É vedado condicionar a realização de chamamento público ou a celebração de parceria à prévia realização de Procedimento de Manifestação de Interesse Social. (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

Seção VII

Do Plano de Trabalho

~~Art. 22. Deverá constar do plano de trabalho, sem prejuízo da modalidade de parceria adotada:~~

Art. 22. Deverá constar do plano de trabalho de parcerias celebradas mediante termo de colaboração ou de fomento: (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~I - diagnóstico da realidade que será objeto das atividades da parceria, devendo ser demonstrado o nexo entre essa realidade e as atividades ou metas a serem atingidas;~~

I - descrição da realidade que será objeto da parceria, devendo ser demonstrado o nexo entre essa realidade e as atividades ou projetos e metas a serem atingidas; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~II - descrição pormenorizada de metas quantitativas e mensuráveis a serem atingidas e de atividades a serem executadas, devendo estar claro, preciso e detalhado o que se pretende realizar ou obter, bem como quais serão os meios utilizados para tanto;~~

II - descrição de metas a serem atingidas e de atividades ou projetos a serem executados; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

II-A - previsão de receitas e de despesas a serem realizadas na execução das atividades ou dos projetos abrangidos pela parceria; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~III - prazo para a execução das atividades e o cumprimento das metas;~~

III - forma de execução das atividades ou dos projetos e de cumprimento das metas a eles atreladas; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~IV - definição dos indicadores, qualitativos e quantitativos, a serem utilizados para a aferição do cumprimento das metas;~~

IV - definição dos parâmetros a serem utilizados para a aferição do cumprimento das metas. Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015 Bruno L. R. de Oliveira RF 11.455

~~V - elementos que demonstrem a compatibilidade dos custos com os preços praticados no mercado ou com outras parcerias da mesma natureza, devendo existir elementos indicativos da mensuração desses custos, tais como: cotações, tabelas de preços de associações profissionais, publicações especializadas ou quaisquer outras fontes de informação disponíveis ao público;~~

~~VI - plano de aplicação dos recursos a serem desembolsados pela administração pública;~~

~~VII - estimativa de valores a serem recolhidos para pagamento de encargos previdenciários e trabalhistas das pessoas envolvidas diretamente na consecução do objeto, durante o período de vigência proposto;~~

~~VIII - valores a serem repassados, mediante cronograma de desembolso compatível com os gastos das etapas vinculadas às metas do cronograma físico;~~

~~IX - modo e periodicidade das prestações de contas, compatíveis com o período de realização das etapas vinculadas às metas e com o período de vigência da parceria, não se admitindo periodicidade superior a 1 (um) ano ou que dificulte a verificação física do cumprimento do objeto;~~

~~X - prazos de análise da prestação de contas pela administração pública responsável pela parceria.~~

Parágrafo único. Cada ente federado estabelecerá, de acordo com a sua realidade, o valor máximo que poderá ser repassado em parcela única para a execução da parceria, o que deverá ser justificado pelo administrador público no plano de trabalho.

V - (revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

VI - (revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

VII - (revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

VIII - (revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

IX - (revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

X - (revogado). (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

Parágrafo único. (Revogado). (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

Seção VIII

Do Chamamento Público

~~Art. 23. A administração pública deverá adotar procedimentos claros, objetivos, simplificados e, sempre que possível, padronizados, que orientem os interessados e facilitem o acesso direto aos órgãos da administração pública, independentemente da modalidade de parceria prevista nesta Lei.~~

Art. 23. A administração pública deverá adotar procedimentos claros, objetivos e simplificados que orientem os interessados e facilitem o acesso direto aos seus órgãos e instâncias decisórias, independentemente da modalidade de parceria prevista nesta Lei. (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~Parágrafo único. Sempre que possível, a administração pública estabelecerá critérios e indicadores padronizados a serem seguidos, especialmente quanto às seguintes características:~~

Parágrafo único. Sempre que possível, a administração pública estabelecerá critérios a serem seguidos, especialmente quanto às seguintes características: (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~I - objetos;~~

~~II - metas;~~

~~III - métodos;~~

III - (revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~IV - custos;~~

~~V - plano de trabalho;~~

V - (revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~VI - indicadores, quantitativos e qualitativos, de avaliação de resultados;~~

VI - indicadores, quantitativos ou qualitativos, de avaliação de resultados.
(Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

(Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~Art. 24. Para a celebração das parcerias previstas nesta Lei, a administração pública deverá realizar chamamento público para selecionar organizações da sociedade civil que tomem mais eficaz a execução do objeto.~~ RF 11.455

Art. 24. Exceto nas hipóteses previstas nesta Lei, a celebração de termo de colaboração ou de fomento será precedida de chamamento público voltado a selecionar organizações da sociedade civil que tomem mais eficaz a execução do objeto. (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

§ 1º O edital do chamamento público especificará, no mínimo:

~~I - a programação orçamentária que autoriza e fundamenta a celebração da parceria;~~

I - a programação orçamentária que autoriza e viabiliza a celebração da parceria; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~II - o tipo de parceria a ser celebrada;~~

II - (revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

III - o objeto da parceria;

IV - as datas, os prazos, as condições, o local e a forma de apresentação das propostas;

~~V - as datas e os critérios objetivos de seleção e julgamento das propostas, inclusive no que se refere à metodologia de pontuação e ao peso atribuído a cada um dos critérios estabelecidos, se for o caso;~~

V - as datas e os critérios de seleção e julgamento das propostas, inclusive no que se refere à metodologia de pontuação e ao peso atribuído a cada um dos critérios estabelecidos, se for o caso; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

VI - o valor previsto para a realização do objeto;

~~VII - a exigência de que a organização da sociedade civil possua:~~

~~a) no mínimo, 3 (três) anos de existência, com cadastro ativo, comprovados por meio de documentação emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, com base no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;~~
~~b) experiência prévia na realização, com efetividade, do objeto da parceria ou de natureza semelhante;~~
~~c) capacidade técnica e operacional para o desenvolvimento das atividades previstas e o cumprimento das metas estabelecidas.~~

VII - (revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

a) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

b) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

c) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

VIII - as condições para interposição de recurso administrativo; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~IX - a minuta do instrumento por meio do qual será celebrada a parceria; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)~~

IX - a minuta do instrumento por meio do qual será celebrada a parceria; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~X - de acordo com as características do objeto da parceria, medidas de acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida e idosos. (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)~~

X - de acordo com as características do objeto da parceria, medidas de acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida e idosos. (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

~~§ 2º É vedado admitir, prever, incluir ou tolerar, nos atos de convocação, cláusulas ou condições que comprometam, restrinjam ou frustrem o seu caráter competitivo e estabeleçam preferências ou distinções em razão da naturalidade, da sede ou do domicílio dos concorrentes ou de qualquer outra circunstância impertinente ou irrelevante para o específico objeto da parceria.~~

§ 2º É vedado admitir, prever, incluir ou tolerar, nos atos de convocação, cláusulas ou condições que comprometam, restrinjam ou frustrem o seu caráter competitivo em decorrência de qualquer circunstância impertinente

Lei Complementar ESTADUAL N. 791, DE 9 DE MARÇO DE 1995

Bruno Lucchetti

RF 11.455

Estabelece o Código de Saúde no Estado.

O Governador do Estado de São Paulo:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte Lei Complementar:

Disposição Preliminar

Artigo 1º - Este Código estabelece normas de ordem pública e interesse social para a promoção, defesa e recuperação da saúde, nos termos da Constituição da República e da Constituição do Estado, e dispõe sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde nas esferas estadual e municipal.

§ 1º - As ações e os serviços de saúde compreendem, isoladamente e no seu conjunto, as iniciativas do Poder Público que tenham por objetivo a promoção, defesa e recuperação da saúde, individual ou coletiva, e serão desenvolvidos pelo Poder Público com o apoio e a vigilância da sociedade, a quem cabe também propor qualquer medida sanitária de interesse coletivo.

§ 2º - Na organização e no funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS, o Poder Público atuará sob a orientação de que o desenvolvimento econômico é instrumento do desenvolvimento social e do bem-estar coletivo, e que as metas econômicas devem ser formuladas em função das metas sociais.

Parte Primeira**Dos Fundamentos Políticos e Sociais da Saúde****TÍTULO I****Da Saúde Como Direito Social**

Artigo 2º - A saúde é uma das condições essenciais da liberdade individual e da igualdade de todos perante a lei.

§ 1º - O direito à saúde é inerente à pessoa humana, constituindo-se em direito público subjetivo.

§ 2º - O dever do Poder Público de prover as condições e as garantias para o exercício do direito individual à saúde não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Artigo 3º - O estado de saúde, expresso em qualidade de vida, pressupõe:

I - Condições dignas de trabalho, de renda, de alimentação e nutrição, de educação, de moradia, de saneamento, de transporte e de lazer, assim como o acesso a esses bens e serviços essenciais;

II - Correlação entre as necessidades coletivas de saúde e as prioridades que o Poder Público estabelece nos seus planos e programas na área econômico-social;

III - Assistência prestada pelo Poder Público como instrumento que possibilite à pessoa o uso e gozo de seu potencial físico e mental; e

IV - Reconhecimento e salvaguarda dos direitos do indivíduo, como sujeito das ações e dos serviços de assistência em saúde, possibilitando-lhe:

a) exigir, por si ou por meio de entidade que o representante e defenda os seus direitos, serviços de qualidade prestados oportunamente e de modo eficaz;

b) decidir, livremente, sobre a aceitação ou recusa da prestação da assistência à saúde oferecida pelo Poder Público e pela sociedade, salvo nos casos de iminente perigo de vida.

c) ser tratado por meios adequados e com presteza, correção técnica, privacidade e respeito;

d) ser informado sobre o seu estado de saúde, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do quadro nosológico e, quando for o caso, sobre situações atinentes à saúde coletiva e formas de prevenção de doenças e agravos à saúde; e

e) ter garantido e respeitado o sigilo sobre os dados pessoais revelados.

V - Constituição de entidades que representem e defendam os interesses dos usuários; e

VI - Obtenção de informações e esclarecimentos adequados sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde.

§ 1º - Para o atendimento dos pressupostos do estado de saúde enunciados nos incisos I, II e III, o Estado promoverá a cooperação interinstitucional com a União, os demais Estados, os Municípios e o Distrito Federal, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar da população em âmbito nacional.

§ 2º - A direção estadual e a municipal do SUS adotarão medidas destinadas à identificação dos fatores determinantes e condicionantes do estado de saúde da população, e, nesse sentido, se articularão com os órgãos e instâncias governamentais responsáveis pelos setores econômico, de educação, trabalho, habitação, saneamento, transporte, alimentação e nutrição.

TÍTULO II

Das Ações Dos Serviços De Saúde

Capítulo I

Disposições Gerais

Artigo 4º - No território do Estado as ações e os serviços de saúde são executados e desenvolvidos pela administração direta, indireta e fundacional do Estado e dos Municípios, e pela iniciativa privada, na forma desta lei e da sua respectiva regulamentação.

§ 1º - Por serem de relevância pública, as ações e os serviços públicos e privados de saúde implicam co-participação do Estado, dos Municípios, das pessoas e da sociedade em geral, na consecução de resultados qualitativos e quantitativos para o bem comum em matéria de saúde.

§ 2º - A hierarquização e a regionalização dos serviços e ações de saúde constituem base e estratégia de descentralização administrativa, de municipalização do atendimento e de integração finalística, sendo a regionalização objeto de decisão conjunta do Estado e dos Municípios.

Artigo 5º - As ações e os serviços de saúde abrangem o meio ambiente, os locais públicos e de trabalho, e os produtos, procedimentos, processos, métodos e técnicas relacionados à saúde.

Artigo 6º - A atenção à saúde é livre à iniciativa privada, observadas as normas de regulamentação, fiscalização e controle estabelecidas neste Código, no Código Sanitário do Estado, na legislação nacional e na legislação suplementar estadual.

Artigo 7º - As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado participantes do SUS são responsáveis, objetivamente, pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem ao indivíduo ou à coletividade.

Capítulo II

Princípios Gerais

Artigo 8º - Na execução das ações e dos serviços de saúde, públicos e privados, serão observados os seguintes princípios gerais:

I - Os serviços de saúde manterão, nos seus vários níveis de complexidade, os padrões de qualidade técnica, científica e administrativa universalmente reconhecidos, e aos ditames da ética profissional;

II - Toda pessoa tem o direito de obter informações e esclarecimentos sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde; e

III - Os agentes públicos e privados têm o dever de comunicar às autoridades competentes as irregularidades ou deficiências apresentadas por serviços públicos e privados responsáveis por atividades ligadas ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Capítulo III

Da Política de Saúde no Estado

Artigo 9º - A política de saúde, expressa em planos de saúde do Estado e dos Municípios, será orientada para:

I - A atuação articulada do Estado e dos Municípios, mediante o estabelecimento de normas, ações, serviços e atividades sobre fato, situação ou local que ofereça risco à saúde individual e coletiva;

II - O reconhecimento e a valorização de práticas profissionais alternativas de assistência à saúde;

III - A adoção do critério das reais necessidades de saúde da população, identificadas por estudos epidemiológicos loco-regionais, refletidas na elaboração de planos e programas e na oferta de serviços de atenção à saúde;

IV - A prioridade das ações preventivas em relação às ações e aos serviços assistenciais; e

V - A formulação, com ampla divulgação à sociedade, de indicadores de avaliação de resultados das ações e dos serviços de saúde.

Artigo 10 - A base das atividades e programas no âmbito estadual e municipal serão os planos de saúde do Estado e dos Municípios, nos quais se compatibilizarão os objetivos da política de saúde com a disponibilidade de recursos.

Parte Segunda

Da Estrutura e do Funcionamento do Sistema Único de Saúde

TÍTULO I

Da Organização do Sistema Único de Saúde no Estado

Capítulo I

Diretrizes e Bases do SUS

Artigo 11 - As ações e os serviços públicos de saúde, executados e desenvolvidos pela administração direta, indireta e fundacional do Estado e dos Municípios, constituem o SUS, com direção única na esfera do governo estadual e na dos Municípios.

§ 1º - Compete ao SUS, além de outras que vierem a ser estabelecidas, as atribuições fixadas neste Código, na Constituição da República, na Constituição do Estado e na legislação sanitária nacional, estadual e municipal.

§ 2º - Os hospitais universitários preservarão, no SUS, a sua peculiar autonomia nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados, respeitadas as diretrizes do Sistema.

§ 3º - A integração do hospital universitário e de ensino, público e privado, no SUS, visa, principalmente, à conjugação de meios para a formação de recursos humanos destinados ao SUS e ao aprimoramento da assistência à saúde da população.

Artigo 12 - O SUS obedecerá às seguintes diretrizes e bases:

I - Diretrizes:

- a) universalidade de acesso do indivíduo às ações e aos serviços em todos os níveis de atenção à saúde;
- b) igualdade de atendimento;
- c) equidade, como forma de suprir as deficiências do tratamento igualitário de casos e situações;
- d) integralidade da atenção, significando atendimento pleno ao indivíduo em vista da proteção e do desenvolvimento do seu potencial biológico e psicossocial;
- e) resolutividade dos serviços e ações de saúde em todos os níveis de assistência;
- f) racionalidade de organização dos serviços, vedada a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes;
- g) precedência do método epidemiológico como critério para o estabelecimento de prioridade, alocação de recursos e orientação programática;

h) participação da comunidade na formulação das políticas de saúde, controle, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde; e

II - Bases:

a) gratuidade das ações e dos serviços assistenciais prestados, vedada a cobrança de despesa complementar ou adicional, sob qualquer título;

b) descentralização das ações e dos serviços de saúde, com ênfase na municipalização;

c) conjugação da totalidade dos recursos físicos, materiais e humanos do Estado e dos Municípios na realização de ações e prestação de serviços públicos de assistência à saúde, e divulgação de informações quanto ao potencial desses serviços e à sua utilização adequada pelo usuário;

d) cooperação técnica e financeira do Estado aos municípios na prestação da assistência à saúde;

e) planejamento que reflita as necessidades da população e a regionalização e hierarquização do atendimento individual e coletivo;

f) intercâmbio de dados, informações e experiências referentes ao SUS, visando ao seu aprimoramento e ao fortalecimento das relações do Estado com os Municípios; e

g) incentivo ao trabalho integrado e harmonioso dos profissionais que atuam na área da saúde, promovendo o reconhecimento, em favor da qualidade e da resolutividade dos serviços e das ações de saúde, da experiência e da capacidade técnica e científica demonstrada pelo profissional.

Capítulo II

Da Competência do Estado e do Município

Seção I

Das Autoridades do SUS

Artigo 13 - Ressalvada a competência do Governador do Estado e do Prefeito Municipal para a prática de atos específicos decorrentes do exercício da chefia do Poder Executivo, a direção do SUS é exercida, no Estado, pela Secretaria de Estado da Saúde e, no município, pela respectiva Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente.

Artigo 14 - Além dos secretários, as demais autoridades sanitárias no SUS são as identificadas na organização das secretarias de saúde ou em órgãos equivalentes, e nos atos regulamentares de fiscalização e controle de ações e serviços de saúde.

Seção II

Da Competência do Estado

Artigo 15 - Compete à direção estadual do SUS, além da observância do disposto nos artigos 2º e 12 deste Código, fundamentalmente:

I - Transferir aos Municípios, com os recursos correspondentes, os serviços de saúde próprios do Estado que atuam preponderantemente ou exclusivamente na área do Município, ou cuja complexidade interessa para garantir a resolutividade dos sistemas municipais;

II - Prestar assistência técnica e apoio financeiro aos Municípios para a execução dos serviços e das ações de saúde de âmbito local;

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

IV - Acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade, mortalidade e condições de risco ou agravo à saúde, no âmbito do Estado;

V - Estabelecer normas para o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, incluindo normas técnicas especiais de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica;

VI - Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual ou regional;

VII - Aprovar, em consonância com o plano estadual de saúde, a localização de estabelecimentos hospitalares e conexos; e

VIII - Exercer, com equidade, o papel redistributivo de meios e instrumentos para os Municípios, no âmbito da adequada política de saúde.

Parágrafo Único - O Estado executará, supletivamente, serviços e ações de saúde nos Municípios, no limite das deficiências locais e de comum acordo com a direção local do SUS.

Bruno Lucchetti
RF 11.455

Artigo 16 - Observadas as normas gerais de competência da União, o Estado estabelecerá normas suplementares sobre promoção, defesa e recuperação da saúde, individual e coletiva.

Artigo 17 - Compete, ainda, à direção estadual do SUS:

I - Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de:

- a) assistência integral à saúde;
- b) vigilância epidemiológica;
- c) vigilância sanitária;
- d) controle de endemias;
- e) alimentação e nutrição;
- f) saúde do trabalhador; e
- g) saneamento básico, conjuntamente com o setor específico e com financiamento deste.

II - Realizar, em articulação com os Municípios e outros setores da administração pública estadual:

- a) medidas de proteção especial à criança, ao adolescente, ao idoso, ao portador de deficiência e à pessoa acometida de transtorno mental;
- b) o atendimento integral aos portadores de deficiências, de caráter regionalizado, descentralizado e hierarquizado em níveis de complexidade crescente, abrangendo desde a atenção primária de saúde até o fornecimento dos equipamentos necessários à sua integração social;
- c) o provimento de meios educacionais, científicos e assistenciais para assegurar o direito à autorregulação da fertilidade como livre decisão do homem, da mulher ou do casal, tanto para exercer a procriação como para evitá-la, vedada qualquer forma coercitiva ou de indução por parte de instituições públicas ou privadas;
- d) a fiscalização, o controle e a avaliação dos equipamentos e da tecnologia utilizados no SUS; e
- e) programas de educação em saúde;

III - Instituir, e atualizá-lo periodicamente, o plano estadual de saúde e o plano estadual específico de alimentação e nutrição, em consonância com os planos nacionais e tendo em vista as prioridades e estratégias regionais;

IV - Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e saúde ambiental;

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

VI - Participar da normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas, atuando, ainda, em relação ao processo produtivo para garantir:

- a) assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença do trabalho, visando sua recuperação e reabilitação;
- b) participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- c) participação na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, produtos, máquinas e equipamentos

que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

d) avaliação do impacto que as tecnologias provocam na saúde;

e) informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical, e às empresas, sobre os riscos de acidente de trabalho e doenças do trabalho, bem como sobre os resultados de fiscalização, avaliação ambiental e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

f) revisão periódica, com a colaboração das entidades sindicais, da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho;

VII - Participar do controle e da fiscalização da produção, armazenamento, distribuição, transporte, guarda, manuseio e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos;

VIII - Controlar e fiscalizar o teor nutricional dos alimentos;

IX - Organizar, fiscalizar, controlar e participar da produção e distribuição de medicamentos, de componentes farmacêuticos básicos, produtos químicos, biotecnológicos, imunobiológicos, hemoderivados e outros de interesse para a saúde, facilitando à população o acesso a eles;

X - Adotar política de recursos humanos abrangente para a capacitação, formação e valorização de profissionais de saúde, para propiciar melhor adequação às necessidades específicas de cada região e de segmentos da população que requeiram atenção especial;

XI - Vetado.

XII - Participar, com os órgãos afins, da proteção do meio ambiente e do controle dos agravos que tenham repercussão na saúde humana;

XIII - Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;

XIV - Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, gerindo as unidades integradas na sua organização administrativa;

XV - Avaliar a segurança, a eficácia e a utilidade das tecnologias relevantes para a saúde e a assistência sanitária;

XVI - Revisar o Código Sanitário do Estado a cada cinco (5) anos; e

XVII - Administrar, em caráter excepcional e durante o tempo estritamente necessário para a normalização da situação irregular, os serviços contratados ou conveniados pelo Município com o setor privado, nos quais fique demonstrada a ocorrência de desvio de finalidade praticado pela direção municipal do SUS.

§ 1º - As atividades de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica serão exercidas em articulação e integração com outros setores, dentre os quais os de saneamento básico, energia, planejamento urbano, obras públicas, agricultura e meio ambiente.

§ 2º - A vigilância sanitária abrangerá o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, inclusive o do trabalho, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

§ 3º - A vigilância epidemiológica abrangerá o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de adotar ou recomendar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos à saúde.

Seção III

Da Competência do Município

Artigo 18 - Compete à direção municipal do SUS, além da observância do disposto nos artigos 2º e 12 deste Código:

I - Planejar, organizar, controlar e avaliar os serviços de saúde de âmbito municipal e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - Participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a direção estadual;

III - Executar ações e serviços de:

a) assistência integral à saúde;

b) vigilância epidemiológica;

c) vigilância sanitária;

d) controle de endemias;

e) alimentação e nutrição;

f) saúde do trabalhador; e

g) saneamento básico, conjuntamente com o setor específico e com financiamento deste.

IV - Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

V - Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las;

VI - Exigir estudo prévio sobre os efeitos para a saúde da população, em termos de risco-benefício sanitário, nos casos de projeto de obra ou de instalação de atividade potencialmente causadora de grave risco para a vida, a qualidade de vida e a saúde coletiva;

VII - Participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes aos processos e aos ambientes de trabalho, e exercer a inspeção dos ambientes no tocante à área da saúde;

VIII - Gerir laboratórios de saúde pública e hemocentros integrados na sua organização administrativa;

IX - Colaborar com a União e com os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - Celebrar contratos e convênios para a aquisição de serviços de assistência à saúde, com entidades do setor privado que atuam, preponderante ou exclusivamente, no município, ou cuja complexidade interessa para garantir a resolutividade do sistema local, bem como controlar e avaliar a sua execução;

XI - Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde no município;

XII - Formar consórcios administrativos intermunicipais;

XIII - Ordenar a legislação referente à proteção sanitária; e

XIV - Articular-se com o Estado e outros setores da administração pública municipal para realizar as ações e os serviços referidos no artigo 17, inciso II.

§ 1º - No tocante ao inciso III, a execução dos serviços e ações aí mencionados se fará em articulação com o SUS federal e estadual, sobretudo quanto aos prazos fixados pela legislação, ou autoridade sanitária nacional ou estadual, para o atendimento de medidas ou a adoção de providências relacionadas com aqueles serviços e ações.

§ 2º - Quando os Municípios constituírem consórcio administrativo intermunicipal para desenvolver, em conjunto, ações e serviços públicos de saúde, aplicar-se-á ao consórcio o princípio da direção única, a ser definida no ato constitutivo da entidade, que ficará sujeita às mesmas normas de observância obrigatória pelas pessoas jurídicas de direito público integrantes do SUS.

§ 3º - No âmbito municipal, o SUS poderá organizar-se em distritos, núcleos ou circunscrições sanitárias para integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações e dos serviços de saúde.

Artigo 19 - Os municípios poderão expedir, no que concerne estritamente aos interesses locais, normas suplementares ao presente Código.

Capítulo III

Da Participação Complementar do Setor Privado no SUS

Bruno Lucchetti
RF 11.455

Artigo 20 - O SUS poderá recorrer à participação do setor privado quando a sua capacidade instalada de serviços for insuficiente para garantir a assistência à saúde da população.

§ 1º - A participação complementar do setor privado no SUS será efetivada mediante convênio ou contrato administrativo de direito público.

§ 2º - O convênio terá por objeto a realização de atividades constantes de projeto específico elaborado em conformidade com as normas reguladoras do SUS e cuja aprovação, nas suas instâncias, ficará condicionada à integração do projeto nos planos de saúde.

§ 3º - Para a celebração de convênio ou contrato administrativo o SUS dará preferência às entidades filantrópicas e às entidades sem fins lucrativos.

§ 4º - Vetado.

§ 5º - É vedada qualquer forma de transferência, a entidades privadas, da execução ou gestão de serviço público de saúde;

§ 6º - Somente poderá participar, complementarmente, do SUS, a entidade privada com ou sem fins lucrativos que possuir serviços próprios de assistência à saúde, ficando-lhe vedada qualquer forma de transferência a terceiro, de modo direto ou convenial, dos encargos contratados ou conveniados com a direção do SUS.

Artigo 21 - Os serviços de saúde do setor privado que participarem do SUS ficam sujeitos à normatividade técnico-administrativa do Sistema, aos princípios gerais e às diretrizes e bases enunciadas nos artigos 8º e 12.

Artigo 22 - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenção às entidades privadas com fins lucrativos.

Capítulo IV

Do Desenvolvimento do SUS

Seção I

Disposições Gerais

Artigo 23 - Os serviços públicos de saúde da administração direta, indireta e fundacional do Estado e do Município serão organizados em função do SUS.

Artigo 24 - O SUS no Estado será organizado com base na integração de meios e recursos e na descentralização político-administrativa.

§ 1º - O processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o estadual, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios e do Estado e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º - No âmbito do Poder Executivo do Estado, a descentralização far-se-á conforme exigirem as características demográficas e epidemiológicas da região, a capacidade instalada e a resolutividade dos serviços do SUS, para permitir o acesso da população a todos os níveis de atenção e continuidade e qualidade da articulação dos dirigentes regionais com as Prefeituras Municipais interessadas.

§ 3º - A responsabilidade pública da atenção ambulatorial no SUS será exercida por meio da rede de Unidades Básicas de Saúde, hierarquizada em níveis de complexidade e definida como principal porta de entrada seletiva para os serviços de maior especialização e os hospitalares.

§ 4º - No caso das população favelada, albergada e escolar, e de pessoas portadoras de deficiência física, a atenção ambulatorial constará de projetos integrados com as áreas de educação, trabalho, promoção social e outras.

§ 5º - As atividades de vigilância epidemiológica, controle de endemias e vigilância sanitária no SUS são públicas e exercidas em articulação e integração com outros setores, dentre os quais os de saneamento básico energia, planejamento urbano, obras públicas, agricultura e meio ambiente.

§ 6º - Os projetos de desenvolvimento institucional e os programas de atenção à saúde serão realizados, avaliados e aperfeiçoados segundo as diretrizes do SUS.

§ 7º - Os estabelecimentos hospitalares e as unidades de saúde, públicas e privadas são obrigados a apresentar em local acessível aos interessados quadro com o nome dos integrantes do seu corpo clínico.

§ 8º - As unidades básicas de saúde e os pronto socorros públicos manterão em funcionamento, em caráter permanente, serviço de farmácia para o fornecimento gratuito de medicamentos aos pacientes neles atendidos.

§ 9º - A direção estadual do SUS normatizará a prescrição farmacêutica com base na denominação genérica dos medicamentos, bem como fará afixar, em todos os dispensários de medicamentos, a lista de medicamentos identificados por sua denominação genérica.

Seção II

Das Medidas Assistenciais Específicas

Artigo 25 - O SUS, pelo seu corpo clínico especializado, prestará atendimento médico para a prática de aborto nos casos excludentes de antijuridicidade, previstos na legislação penal.

Artigo 26 - O órgão competente do SUS estadual promoverá o esclarecimento público e a divulgação das normas sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgão, tecido ou substância humana, para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como sobre a coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Artigo 27 - No âmbito do Estado, os órgãos e entidades hospitalares do SUS e do setor privado estão obrigados a notificar, em caráter de emergência, todos os casos de morte encefálica comprovada.

Artigo 28 - Será disciplinado em lei, no âmbito do Estado e em consonância com a legislação nacional, o processo de coleta, processamento, percurso e transfusão do sangue e seus derivados.

Artigo 29 - O Poder Executivo incentivará e auxiliará os órgãos públicos e entidades filantrópicas de estudos, pesquisa e combate ao câncer, respeitando a sua autonomia de atuação científica.

Parágrafo único - Na aplicação do disposto neste artigo serão observados o preceito do artigo 51 e as prioridades dos planos de saúde.

Artigo 30 - Respeitada a privacidade dos demais internados, assegurar-se-á ao paciente, internado em hospitais da rede pública ou privada, a faculdade de ser assistido, espiritualmente, por ministro de culto religioso de sua escolha.

Artigo 31 - Nos internamentos de crianças e adolescentes nos estabelecimentos do SUS, será proporcionada condições para a permanência com o menor e em período integral, de um dos pais ou do responsável.

Artigo 32 - O SUS manterá em funcionamento:

I - Unidades terapêuticas para recuperação de usuários de substâncias que geram dependência física ou psíquica, resguardado o direito de livre adesão dos pacientes aos programas de recuperação;

II - Serviços de orientação e informação sobre a sexualidade humana e a auto-regulação da fertilidade, preservada a liberdade do indivíduo para exercer a procriação ou para evitá-la; e

III - Atendimento integral aos portadores de deficiências, em todos os níveis de complexidade, incluindo o fornecimento dos equipamentos necessários à sua plena integração social.

Seção III

Da Saúde Mental

Artigo 33 - No tocante à saúde mental, o SUS, estadual e municipal, empreenderá a substituição gradativa do procedimento de internação hospitalar pela adoção e o desenvolvimento de ações predominantemente extra-hospitalares, na forma de programas de apoio à desospitalização que darão ênfase à organização e manutenção de redes de serviços e cuidados assistenciais destinada a acolher os pacientes em seu retorno ao convívio social, observados, ainda, os seguintes princípios:

I - Desenvolvimento, em articulação com os órgãos e entidades, públicas e privadas, da área de assistência e promoção social, de ações e serviços de recuperação da saúde de pessoas acometidas de transtorno mental e sua reinserção na família e na sociedade;

II - A atenção aos problemas de saúde mental, em especial os referentes à psiquiatria infantil e à psicogeriatría, se realizará, basicamente, no âmbito comunitário, mediante assistência ambulatorial, assistência domiciliar e internação de tempo parcial, de modo a evitar ou a reduzir, ao máximo possível, a internação hospitalar duradoura ou de tempo integral;

III - Toda pessoa acometida de transtorno mental terá direito a tratamento em ambiente o menos restritivo possível, o qual só será administrado depois de o paciente estar informado sobre o diagnóstico e os procedimentos terapêuticos, e expressar seu consentimento;

IV - A internação psiquiátrica será utilizada como último recurso terapêutico, e objetivará a mais breve recuperação do paciente;

V - Quando necessária a internação de pessoa acometida de transtorno mental, esta se dará, preferentemente, em hospitais gerais; e

VI - A vigilância dos direitos indisponíveis dos indivíduos assistidos será realizada de forma articulada pela autoridade sanitária local e pelo Ministério Público, especialmente na vigência de internação psiquiátrica involuntária.

Seção IV

Dos Locais de Trabalho

Artigo 34 - Compete à autoridade sanitária, de ofício ou mediante denúncia de risco à saúde, proceder à avaliação das fontes de risco no meio ambiente, nele incluídos o local e os processos de trabalho, e determinar a adoção das providências para que cessem os motivos que lhe deram causa.

Artigo 35 - Ao sindicato de trabalhadores, ou representante que designar, é garantido requerer a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou a saúde dos empregados.

§ 1º - Em condições de risco grave e iminente no local de trabalho, será lícito ao empregado interromper suas atividades, sem prejuízo de quaisquer direitos, até a eliminação do risco.

§ 2º - O Estado e os Municípios atuarão para garantir a saúde e a segurança dos empregados nos ambientes de trabalho.

§ 3º - São asseguradas, nas ações e nos serviços desenvolvidos pelo sistema de vigilância sanitária, a cooperação e a participação dos sindicatos de trabalhadores, dos organismos de defesa do consumidor e das entidades ambientalistas.

§ 4º - A autoridade sanitária se articulará com o setor de relações do trabalho, de medicina e segurança do trabalho e com os conselhos de fiscalização do exercício profissional para a avaliação das situações de risco e a adoção das medidas exigidas.

§ 5º - É assegurada a cooperação dos Sindicatos de Trabalhadores nas ações de vigilância sanitária desenvolvidas nos locais de trabalho, bem como o direito dos trabalhadores e dos sindicatos de acesso às informações coletadas e aos relatórios de avaliação das condições de trabalho registradas processualmente.

Seção V

Da Ouvidoria Geral

Artigo 36 - Sem prejuízo da competência do dirigente do SUS e da atuação dos órgãos de controle externo e interno e do Conselho Estadual de Saúde, haverá, na direção do SUS estadual, uma Ouvidoria Geral, incumbida de detectar e receber reclamações e denúncias, encaminhando-as aos órgãos competentes para as providências necessárias.

Artigo 37 - O Ouvidor Geral será designado, pelo prazo de 2 (dois) anos, pelo Secretário da Saúde, mediante escolha de lista tríplice preparada pelo Conselho Estadual de Saúde e composta de servidores da administração pública direta, indireta ou fundacional do Estado, com reconhecida experiência no campo da saúde.

§ 1º - O servidor designado nos termos deste artigo fará jus, durante o tempo em que perdurar a designação, aos vencimentos ou salário do cargo ou função que exerça na Administração, acrescido de vantagens adquiridas na forma da legislação pertinente.

§ 2º - Ouvido o Conselho Estadual de Saúde, o dirigente do SUS disporá sobre as condições de atuação do Ouvidor Geral.

Artigo 38 - O Ouvidor Geral terá acesso às repartições do SUS, bem como aos serviços contratados ou conveniados com o setor privado, podendo solicitar as informações e os dados que julgar necessários para o exercício de suas funções.

Seção VI

Dos Recursos Humanos

Artigo 39 - A formação dos profissionais de saúde será ordenada de modo a harmonizar-se com os objetivos do SUS e a integrar os profissionais na estrutura dos serviços de saúde.

Artigo 40 - O Estado, por seus órgãos competentes e em articulação com a União e os Municípios, ordenará a formação de recursos humanos para o SUS, visando, sobretudo:

I - A organização do sistema de formação de recursos humanos e a institucionalização de programas de capacitação permanente do pessoal da equipe de saúde, mediante integração operacional e curricular com as instituições de ensino nos diferentes graus de escolaridade, em especial com as instituições de ensino superior e os hospitais universitários e de ensino;

II - A valorização do tempo integral nos serviços do SUS;

III - A adequação dos recursos humanos às necessidades específicas de cada região e de segmentos da população que requeiram atenção especial; e

IV - A utilização da rede de serviços públicos como campo de aplicação para o ensino e a pesquisa em ciências da saúde, e o treinamento em serviço.

§ 1º - A política salarial e o plano de carreiras, de cargos e salários dos servidores da área da saúde levando em conta os seguintes elementos, além de outros exigidos pela política de saúde:

1 - formação profissional;

2 - especificidade da função;

3 - complexidade das atribuições;

4 - local e condições de trabalho;

5 - riscos inerentes à atividade; e

6 - incentivo à qualidade dos serviços prestados, aperfeiçoamento profissional continuado e permanência do servidor no SUS.

§ 2º - Os cargos e funções de direção, chefia e assistência, no âmbito do SUS, serão exercidos em tempo integral, ressalvadas as exceções previstas em legislação específica.

§ 3º - Os cargos e funções a que se refere o § 2º serão exercidos, preferencialmente, por servidores integrantes das classes constantes do plano de carreiras, de cargos e salários.

Artigo 41 - É vedada a nomeação ou designação, para cargo ou função de chefia, direção ou assessoramento na área da saúde, em qualquer nível, de proprietário, sócio ou pessoa que participe de direção, gerência ou administração de entidades que mantenham contratos ou convênios com o SUS.

Seção VII

Do Financiamento

Artigo 42 - As ações e os serviços do SUS, estadual e municipal, serão financiados com os seguintes recursos:

I - Dotações ou créditos consignados nos orçamentos fiscal e de investimento do Estado e dos Municípios;

II - Transferências da União para o Estado e os Municípios e transferências do Estado para os Municípios; e

III - Recursos de outras fontes.

§ 1º - O financiamento dos serviços e ações de saúde, considerado pelo Poder Público como suporte dos interesses da cidadania, far-se-á sempre mediante correlação entre a despesa e a respectiva fonte de receita.

§ 2º - Os recursos adicionais, provenientes da prestação de serviços que não prejudicam a assistência à saúde, só serão admitidos como outra fonte de financiamento quando os serviços por eles remunerados não interferirem na assistência ambulatorial ou hospitalar à saúde da população, ou não estiverem a ela diretamente ligados.

Artigo 43 - As ações de saneamento, que venham a ser executadas supletivamente pelo SUS, terão dotações orçamentárias próprias, e serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros do Estado, dos Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação, e por recursos da União.

Artigo 44 - Salvo os casos de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, ou de entidades de cooperação técnica, e os de financiamentos e empréstimos, é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde.

Parágrafo único - Nas hipóteses de que trata este artigo, é obrigatória a autorização do órgão competente da direção estadual do SUS, ouvido o Conselho Estadual de Saúde, ao qual caberá controlar as atividades desenvolvidas e os respectivos instrumentos jurídicos e administrativos firmados.

Seção VIII

Sistema Estadual de Auditoria e Avaliação

Artigo 45 - Sem prejuízo da fiscalização exercida pelo Tribunal de Contas, o Estado organizará, sob coordenação da Secretaria de Estado da Saúde, o Sistema Estadual de Auditoria e Avaliação das ações e dos serviços de saúde.

Artigo 46 - O Sistema Estadual de Auditoria e Avaliação compreende o conjunto de órgãos do SUS que exercem a fiscalização técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial, bem como a avaliação do desempenho, da qualidade e da resolutividade das ações e dos serviços de saúde.

Seção IX

Sistema Estadual de Informações em Saúde

Artigo 47 - O Estado organizará, em articulação com os Municípios, o sistema estadual de informações em saúde, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Artigo 48 - Os órgãos e entidades públicas e as entidades do setor privado, participantes ou não do SUS, estão obrigados a fornecer informações à direção do SUS na forma por esta solicitada, para fins de planejamento, de correção finalística de atividades e de elaboração de estatísticas da saúde.

Parágrafo único - A recusa em fornecer as informações solicitadas pela direção do SUS acarretará a cassação do alvará de funcionamento da entidade e outras sanções cabíveis.

Seção X

Do Planejamento, do Orçamento, da Gestão Financeira e do Fundo de Saúde

Artigo 49 - Os recursos financeiros do SUS serão depositados no fundo de saúde de cada esfera de governo e movimentados pela direção do SUS sob fiscalização do respectivo conselho de saúde, sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle interno e externo.

§ 1º - Nos fundos de saúde, estadual e municipal, os recursos financeiros do SUS serão discriminados como despesas de custeio e de investimento das respectivas secretarias de saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta, de modo que se identifiquem globalmente os recursos destinados ao setor de saúde.

§ 2º - Vetado.

§ 3º - Vetado.

§ 4º - Vetado.

Artigo 50 - O processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível municipal para o estadual, passando pelo regional, ouvidos os respectivos conselhos de saúde, e compatibilizando-se, em planos de saúde estadual e municipal, os objetivos da política de saúde no Estado com a disponibilidade de recursos.

Bruno Lucchetti

RF 11.455

§ 1º - Os planos de saúde serão a base das atividades e programação do estado e dos municípios, e seu financiamento será previsto na proposta orçamentária correspondente, observando-se, especialmente, o disposto na Seção VII deste Capítulo.

§ 2º - No financiamento do plano estadual de alimentação e nutrição, previsto no inciso III do artigo 17, não serão incluídos recursos correspondentes à alimentação escolar, os quais onerarão o orçamento do setor educacional.

§ 3º - É vedada a transferência de recursos do Estado para o financiamento de ações ou serviços não previstos nos planos de saúde municipais, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área da saúde.

§ 4º - A direção do SUS, nas esferas estadual e municipal, dará publicidade aos contratos e convênios e a outras informações de interesse da comunidade, de forma a permitir o acompanhamento da atuação do administrador público.

Artigo 51 - Comprovada, no interesse do SUS, a conveniência da ajuda financeira, a concessão de recursos públicos para auxílio ou subvenção a entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos ficará, ainda, subordinada ao preenchimento, pela entidade interessada, de requisitos de idoneidade técnica, científica, sanitária e administrativa, fixados por órgão ou entidade específica do SUS, e à avaliação do retomo social dos serviços e atividades que realizam.

Parágrafo único - No exame de pedidos de financiamento, incentivo fiscal ou crédito, ou outro benefício financeiro formulados pelo setor privado sem fins lucrativos, os órgãos competentes do Poder Executivo verificarão, obrigatoriamente, se não está ocorrendo duplicação de meios para atingir objetivos realizáveis pelo SUS e se cientificarão, previamente, da impossibilidade de expansão da rede de serviços públicos pertinentes.

Artigo 52 - O Estado apoiará financeiramente, em caráter prioritário, entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos dedicadas aos serviços de prevenção e atendimento especializado a pessoas portadoras de deficiência, observado o disposto no artigo 51.

Artigo 53 - A quantificação global dos recursos próprios, incluídos os transferidos pela União, que o Estado destinará aos Municípios, para atender a despesas de custeio e investimento, constará do plano estadual de saúde, elaborado pela direção do SUS e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde.

Artigo 54 - Na transferência para os Municípios de recursos estaduais ou provenientes da esfera federal, a fixação de valores ficará subordinada à conjugação dos seguintes critérios na análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico do município;
- II - perfil epidemiológico da área 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 no orçamento municipal;
- VI - previsão do plano de investimentos na rede; e
- VII - ressarcimento dos serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º - No caso de Município sujeito a notório processo de migração, ou a flutuação populacional cíclica, os critérios demográficos mencionados neste artigo serão ponderados por outros indicadores de crescimento da população estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

§ 2º - Vetado.

§ 3º - Além de outros que venham a ser estabelecidos, é requisito essencial para o recebimento de recursos do Estado a existência, no município, de Conselho de Saúde, Fundo de Saúde e Plano de Saúde.

Artigo 55 - Sem prejuízo do controle externo, destinado à verificação da probidade dos agentes da Administração e da legalidade da aplicação dos recursos públicos, as esferas estadual e municipal do SUS estabelecerão instrumentos e procedimentos eficazes de controle interno da execução orçamentária.

TÍTULO II Da Vigilância em Saúde

Capítulo I Disposições Gerais

Artigo 56 - Pela interdependência do seu conteúdo e do desenvolvimento de suas ações, a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica são tratadas, conceitualmente, como vigilância em saúde, implicando compromisso solidário do Poder Público, do setor privado e da sociedade em geral na proteção e defesa da qualidade de vida.

§ 1º - A atuação do sistema de vigilância sanitária, no âmbito do Estado,

dar-se-á de forma integrada com o sistema de vigilância epidemiológica, compreendendo:

I - A proteção do ambiente e a defesa do desenvolvimento sustentado;

II - O saneamento básico;

III - A fiscalização de alimentos, águas e bebidas para consumo humano;

IV - A fiscalização de medicamentos, equipamentos, produtos imunológicos e outros insumos de interesses para saúde;

V - A proteção do ambiente de trabalho e de saúde do trabalhador;

VI - A execução dos serviços de assistência à saúde;

VII - A produção, o transporte, a distribuição, a guarda, o manuseio e a utilização de outros bens, substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - A fiscalização da coleta, do processamento e da transfusão do sangue e seus derivados;

IX - O controle e a fiscalização de radiações de qualquer natureza; e

X - A colaboração, com a União, na fiscalização dos portos, aeroportos e fronteiras.

§ 2º - A atuação administrativa de que trata este artigo será realizada pelos órgãos e autoridades sanitárias estaduais e municipais.

§ 3º - Os órgãos e autoridades do Poder Público, bem como qualquer pessoa, entidade, de classe ou associação comunitária poderão solicitar às autoridades de vigilância em saúde a adoção de providências em conformidade com as atribuições previstas nos incisos I a X.

§ 4º - Os órgãos e autoridades estaduais do SUS articular-se-ão com autoridades e órgãos de outras áreas estaduais, e com a direção nacional do SUS, para a realização e promoção de estudos e pesquisas interdisciplinares, a identificação de fatores potencialmente prejudiciais à qualidade de vida e a avaliação de resultados de interesse para a saúde.

§ 5º - Entende-se por vigilância em saúde o conjunto de ações capazes de:

I - Eliminar, diminuir ou prevenir riscos de agravo à saúde do indivíduo e da coletividade;

II - Intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção, distribuição, comercialização e uso de bens de capital e consumo, e de prestação de serviços de interesse da saúde; e

III - Exercer fiscalização e controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade, abrangendo o ambiente de trabalho, a habitação e o lazer.

§ 6º - No campo da vigilância em saúde serão observadas as seguintes normas:

I - É vedada adoção de medidas obrigatórias que impliquem riscos à vida;

II - Os atos que consubstanciam condicionamentos administrativos, sob as modalidades de Pro. nº 610 / 2016, encargos e sujeições, serão proporcionais aos fins que em cada situação se busquem; e

III - Dar-se-á preferência à colaboração voluntária das pessoas e da comunidade com as autoridades sanitárias.

Bruno Lucchetti
RF 11.455

Capítulo II

Do Código Sanitário do Estado

Artigo 57 - O Código Sanitário do Estado consubstanciará as normas reguladoras da atuação do indivíduo e das autoridades e agentes sanitários incumbidos das ações de fiscalização e controle previstos neste Código, e disporá, especialmente, sobre:

I - Tipificação das infrações sanitárias;

II - Procedimento de apuração dos fatos e definição de responsabilidade do agente causador da ação ou omissão danosa; e

III - Aplicação das sanções administrativas.

TÍTULO III

Da Participação da Comunidade na Gestão do SUS

Capítulo I

Das Conferências e Dos Conselhos de Saúde

Artigo 58 - A participação da comunidade na gestão do SUS é uma das formas de controle social da atuação do Poder Público, destinada a garantir o direito individual e coletivo à saúde, e se efetiva, institucionalmente, por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

Parágrafo único - Sem prejuízo da sua atuação institucional na gestão do SUS, por meio dos conselhos e conferências de saúde, a comunidade poderá participar do aperfeiçoamento do SUS mediante outras iniciativas próprias.

Artigo 59 - As conferências de saúde e os conselhos de saúde, estaduais e municipais, são instâncias colegiadas, que expressam a participação da comunidade na gestão do SUS e no controle das ações e dos serviços de saúde.

Capítulo II

Da Conferência Estadual de Saúde

Artigo 60 - A Conferência Estadual de Saúde, que contará com a representação de vários grupos sociais interessados nas questões de saúde, promoverá a avaliação e a discussão da realidade sanitária e proporá as diretrizes para a política de saúde no Estado.

Parágrafo único - A representação dos usuários na Conferência Estadual de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos representantes do Governo, dos prestadores de serviço e dos profissionais de saúde.

Artigo 61 - A Conferência Estadual de Saúde reunir-se-á, ordinariamente, no mínimo a cada 4 (quatro) anos, convocada pelo Secretário de Estado da Saúde e, extraordinariamente, quando convocada pelo Governador do Estado ou pelo Conselho Estadual de Saúde.

Artigo 62 - A convocação ordinária será feita com antecedência mínima de 6 (seis) meses e, a extraordinária, pelo menos dois meses antes da reunião.

Artigo 63 - A Conferência Estadual de Saúde será presidida pelo Secretário de Estado da Saúde e terá o apoio técnico do Conselho Estadual de Saúde, que a regulamentará.

Capítulo III

Do Conselho Estadual de Saúde

Artigo 64 - O Conselho Estadual de Saúde, estruturado e definido em lei específica, é o órgão pelo qual se efetiva a participação da comunidade na gestão do SUS.

Artigo 65 - Além de expressar a participação da comunidade na área da saúde, o Conselho também exerce função de controle social das atividades governamentais na área.

Artigo 66 - O Conselho Estadual de Saúde, que funcionará em caráter permanente, será composto por representantes do Governo, dos prestadores de serviços de saúde, dos profissionais de saúde e dos usuários.

Artigo 67 - A representação dos usuários no Conselho Estadual de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos representantes do Governo, dos prestadores de serviço e dos profissionais de saúde.

Artigo 68 - Para garantir a legitimidade de representação paritária dos usuários, é vedada a escolha de representante dos usuários que tenha vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos integrantes do Conselho.

Capítulo IV

Da Conferência e do Conselho Municipal de Saúde

Artigo 69 - A Conferência Municipal de Saúde tem atribuições análogas às da Conferência Estadual de Saúde.

Artigo 70 - A Conferência Municipal de Saúde terá sua composição, organização e funcionamento estabelecidos pelo Município, de acordo com os interesses locais, e em consonância com o disposto no artigo 60.

Artigo 71 - O Conselho Municipal de Saúde, com atribuições idênticas às do Conselho Estadual de Saúde, terá sua composição, organização e funcionamento estabelecidos de acordo com as peculiaridades e os interesses locais de cada município, observado o disposto nos artigos 66, 67 e 68.

TÍTULO IV

Disposições Finais

Artigo 72 - O Estado, pelos seus órgãos competentes, poderá celebrar convênios com a União, outros Estados-membros, os Municípios e com entidades públicas e privadas, nacionais, estrangeiras e internacionais, objetivando a execução de preceitos específicos deste Código.

Artigo 73 - O Estado e os Municípios poderão constituir, por ato administrativo conjunto, mecanismo próprio com a finalidade de propor solução consensual de eventuais conflitos ou impasses de natureza político-administrativa surgidos na implementação das ações e dos serviços de saúde e que não tenham sido resolvidos pelos órgãos ou procedimentos regulares da administração estadual e municipal.

Parágrafo único - As recomendações ou conclusões do órgão ou instrumento de que trata este artigo não impedem a postulação das partes interessadas perante as instâncias jurisdicionais, mas, uma vez acolhidas pelas partes, e desde que não haja violação de norma legal, implicarão compromisso institucional terminativo do conflito ou impasse.

Artigo 74 - Sem prejuízo da atuação direta do SUS, prevista neste Código, o Poder Executivo adotará as medidas necessárias para a execução continuada de programas integrados referentes à proteção especial à criança, ao adolescente, ao idoso, ao deficiente, ao toxicodependente, à família carente do egresso de hospital psiquiátrico do Estado e à população favelada.

Parágrafo único - A direção do SUS nas esferas estadual e municipal, estabelecerá, em articulação com as áreas de educação, trabalho, promoção social e outras, programas e mecanismos integrados de atenção ambulatorial a segmentos da população que, transitoriamente, por sua condição de vida, exijam cuidados diferenciados.

Artigo 75 - Os serviços de saúde pertencentes ao sistema estadual ou municipal de previdência social se integrarão à respectiva direção do SUS.

Artigo 76 - O SUS estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa oficiais aos serviços públicos de saúde no Estado e nos Municípios.

Artigo 77 - Esta Lei Complementar e suas Disposições Transitórias entrarão em vigor na data da sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Artigo 78 - O Poder Executivo regulamentará esta Lei Complementar no prazo de 90 (noventa) dias a contar da sua vigência.

Artigo 79 - A Secretaria de Estado da Saúde, por seus órgãos e autoridades competentes, complementarão e explicitarão o disposto neste Código e seu Regulamento mediante resoluções, normas técnicas e outros atos administrativos cabíveis.

Disposição Transitória

Artigo único - O Poder Executivo estadual transferirá para o Município, por ato próprio, os serviços de saúde do Estado que atuam, preponderante ou exclusivamente, na área do Município, ou cuja complexidade interesse para garantir a resolutividade do sistema local.

§ 1º - Para o atendimento do disposto no *caput*, a transferência do patrimônio, dos recursos humanos e dos recursos materiais e financeiros será efetuada por intermédio dos respectivos instrumentos jurídicos.

§ 2º - O Poder Executivo, observada a legislação pertinente, poderá autorizar o afastamento, junto aos Municípios, de servidores que já estejam exercendo funções no SUS.

INÍCIO

Base de dados : legis

Pesquisa : 14132

Total de referências : 1

Bruno Lucchetti
RF 11.455

1/1

- Título: LEI Nº 14.132 24/01/2006 ([ver documento](#))
Revogado(a) parcialmente
- Ementa: Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais.
- Projeto: Projeto de Lei Nº 318/2005 ([ver documento](#))
- Autor(es): EXECUTIVO; José Serra
- Regulamentação: Decreto nº 47.012/2006 - Regulamenta esta Lei.; ([ver documento](#))
Decreto nº 47.453/2006 - Regulamenta os arts. 5º e 8º deste Decreto.; ([ver documento](#))
Decreto nº 47.544/2006 - Regulamenta o §3º do art. 5º desta Lei.; ([ver documento](#))
Decreto nº 49.462/2008 - Regulamenta os arts. 16 e 16A desta Lei.; ([ver documento](#))
Decreto nº 49.523/2008 - Regulamenta esta Lei, revogando os Decretos nºs 47.012/2006, 47.453/2006 e 47.544/2006.; ([ver documento](#))
Decreto nº 52.858/2011 - Regulamenta esta Lei, revogando regulamentações anteriores. ([ver documento](#))
PARA VERIFICAR SE HÁ ALTERAÇÕES PARA OS ATOS E DECRETOS DE REGULAMENTAÇÃO DESTA NORMA, FAÇA NOVA PESQUISA PELO NÚMERO DE CADA ATO OU DECRETO DE REGULAMENTAÇÃO.
- Revogação: Lei nº 16.610/2017 - Revoga os incisos IV e VI do art. 4º desta Lei. ([ver documento](#))
- Notas complement.: - Decreto nº 46.979/2006 - Dispõe sobre o fomento à execução de atividades de interesse público, com base na Lei Federal nº 9.790/1999, que regula a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.
- Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 130.726-0 - Por meio do Acórdão publicado em 17/04/2007, o Órgão Especial do E. Tribunal de Justiça, por unanimidade, analisou o mérito e julgou improcedente a ação movida pelo Diretório Estadual do Partido dos Trabalhadores com o objetivo de declarar a inconstitucionalidade desta Lei. Tal decisão ainda não transitou em julgado. DOC 28/07/2010 p. 108 c. 4.
- Alterações: Lei 14.482/2007 - Altera o art. 5º desta Lei.; Lei 14.664/2007 - Altera esta Lei.; Lei 14.669/2008 - Acrescenta §4º ao art. 16 e o art. 16A a esta Lei.; Lei 15.380/2011 - Altera o caput do art. 1º desta Lei.

[\[Back \]](#)

LEI Nº 14.132, DE 24 DE JANEIRO DE 2006

(Projeto de Lei nº 318/05, do Executivo, aprovado na forma de Substitutivo do Legislativo)

Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais.

JOSÉ SERRA, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 3 de janeiro de 2006, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º O Poder Executivo qualificará como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, atendidos os requisitos previstos nesta lei.

Parágrafo único. As pessoas jurídicas de direito privado cujas atividades sejam dirigidas àquelas relacionadas no "caput" deste artigo, qualificadas pelo Poder Executivo como organizações sociais, serão submetidas ao controle externo da Câmara Municipal, que o exercerá com o auxílio do Tribunal de Contas do Município, ficando o controle interno a cargo do Poder Executivo.

Art. 2º São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no art. 1º desta lei habilitem-se à qualificação como organização social:

I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
- b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquela composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta lei;
- d) participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes dos empregados da entidade e de membros de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
- e) composição e atribuições da diretoria;
- f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
- g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
- h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
- i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Município de São Paulo, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Município, na proporção dos recursos e bens por ele alocados nos termos do contrato de gestão;

II - haver aprovação, quanto ao cumprimento integral dos requisitos para sua qualificação, do Secretário ou Titular do órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social, bem como do Secretário Municipal de Gestão.

Parágrafo único. Somente serão qualificadas como organização social as entidades que, efetivamente, comprovarem o desenvolvimento da atividade descrita no "caput" do art. 1º desta lei há mais de 5 (cinco) anos.

DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Art. 3º O Conselho de Administração deve estar estruturado nos termos do respectivo estatuto, observados, para fins de atendimento dos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos:

I - ser composto por:

a) 55% (cinquenta e cinco por cento), no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;

b) 35% (trinta e cinco por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

c) 10% (dez por cento) de membros eleitos pelos empregados da entidade;

II - os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho terão mandato de 4 (quatro) anos, admitida uma recondução;

III - o primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados deve ser de 2 (dois) anos, segundo critérios estabelecidos no estatuto;

IV - o dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do Conselho, sem direito a voto;

V - o Conselho deve reunir-se ordinariamente, no mínimo, 3 (três) vezes a cada ano e, extraordinariamente, a qualquer tempo;

VI - os conselheiros não receberão remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à organização social, ressalvada a ajuda de custo por reunião da qual participem;

VII - os conselheiros eleitos ou indicados para integrar a diretoria da entidade devem renunciar ao assumirem as correspondentes funções executivas.

Art. 4º Para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, devem ser incluídas, dentre as atribuições privativas do Conselho de Administração, as seguintes:

I - fixar o âmbito de atuação da entidade, para consecução do seu objeto;

II - aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade;

III - aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;

IV - designar e dispensar os membros da diretoria;

V - fixar a remuneração dos membros da diretoria;

VI - aprovar os estatutos, bem como suas alterações, e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros;

VII - aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, o gerenciamento, os cargos e as competências;

VIII - aprovar por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações, e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;

IX - aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela diretoria;

X - fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 5º Para os efeitos desta lei, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividade relativa à relacionada em seu art. 1º.

§ 1º É dispensável a licitação para a celebração dos contratos de que trata o "caput" deste artigo, nos termos do art. 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, com a redação dada pela Lei Federal nº 9.648, de 27 de maio de 1998.

Bruno Lucchetti
RF 11.455

§ 2º O Poder Público dará publicidade da decisão de firmar cada contrato de gestão, indicando as atividades que deverão ser executadas, nos termos do art. 1º desta lei.

§ 3º A celebração do contrato de gestão será precedida de processo seletivo, quando houver mais de uma entidade qualificada para prestar o serviço objeto da parceria, nos termos do regulamento.

Art. 6º O contrato de gestão celebrado pelo Município discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da entidade contratada e será publicado na íntegra no Diário Oficial do Município.

Parágrafo único. O contrato de gestão deve ser submetido, após aprovação do Conselho de Administração, ao Secretário Municipal de Saúde, bem como à respectiva Comissão de Avaliação prevista no art. 8º.

Art. 7º Na elaboração do contrato de gestão, devem ser observados os princípios inscritos no art. 37 da Constituição Federal e no art. 81 da Lei Orgânica do Município de São Paulo e, também, os seguintes preceitos:

I - especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, quando for pertinente, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções.

Parágrafo único. O Secretário Municipal de Saúde deverá definir as demais cláusulas necessárias dos contratos de gestão de que for signatário.

DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 8º O Secretário Municipal de Saúde presidirá uma Comissão de Avaliação, a qual será responsável pelo acompanhamento e fiscalização da execução dos contratos de gestão celebrados por organizações sociais no âmbito de sua competência.

§ 1º A Comissão de Avaliação será composta, além do Presidente, por:

I - dois membros da sociedade civil, escolhidos dentre os membros do Conselho Municipal de Saúde ou dos Conselhos Gestores dos equipamentos incluídos nos Contratos de Gestão, quando existirem, ou pelo Prefeito;

II - um membro indicado pela Câmara Municipal de São Paulo e

III - três membros indicados pelo Poder Executivo, com notória capacidade e adequada qualificação.

§ 2º A entidade qualificada apresentará à Comissão de Avaliação, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

§ 3º Sem prejuízo do disposto no § 2º, os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, pela Comissão de Avaliação prevista no "caput".

§ 4º A Comissão deverá encaminhar à autoridade supervisora relatório conclusivo sobre a avaliação procedida.

§ 5º O Poder Executivo regulamentará a instalação e o funcionamento da Comissão de Avaliação.

Art. 9º Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas do Município e ao Ministério Público, para as providências relativas aos respectivos âmbitos de atuação, sob pena de responsabilidade solidária.

Art. 10. Sem prejuízo da medida a que se refere o art. 9º desta lei, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização representarão ao Ministério Público e comunicarão à Procuradoria Geral do Município para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o seqüestro dos bens dos seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

Art. 11. Até o término de eventual ação, o Poder Público permanecerá como depositário e gestor dos bens e valores seqüestrados ou indisponíveis e zelará pela continuidade das atividades sociais da entidade.

Art. 12. O balanço e demais prestações de contas da organização social devem, necessariamente, ser publicados no Diário Oficial do Município e analisados pelo Tribunal de Contas do Município de São Paulo.

DO FOMENTO ÀS ATIVIDADES SOCIAIS

Art. 13. As entidades qualificadas como organizações sociais ficam declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública, para todos os efeitos legais.

Art. 14. As organizações sociais poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.

§ 1º São assegurados às organizações sociais os créditos previstos no orçamento e as respectivas liberações financeiras, de acordo com o cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão.

§ 2º Poderá ser adicionada aos créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão parcela de recursos para compensar afastamento de servidor cedido, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social.

§ 3º Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, dispensada licitação, mediante permissão de uso, consoante cláusula expressa do contrato de gestão.

Art. 15. Os bens móveis públicos permitidos para uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, desde que os novos bens integrem o patrimônio do Município.

Parágrafo único. A permuta a que se refere este artigo dependerá de prévia avaliação do bem e expressa autorização do Poder Público.

Art. 16. Fica facultado ao Poder Executivo o afastamento de servidor para as organizações sociais, com ônus para a origem.

§ 1º Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor afastado qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela organização social.

§ 2º Não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor afastado com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.

§ 3º O servidor afastado perceberá as vantagens do cargo a que fizer jus no órgão de origem.

Art. 17. São extensíveis, no âmbito do Município de São Paulo, os efeitos do art. 13 e do § 3º do art. 14, ambos desta lei, para as entidades qualificadas como organizações sociais pela União, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, quando houver reciprocidade e desde que a legislação local não contrarie as normas gerais emanadas da União sobre a matéria, os preceitos desta lei, bem como os da legislação específica de âmbito municipal.

Bruno Lucchetti
RF 11.455

Art. 18. O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como organização social quando verificado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão.

§ 1º A desqualificação será precedida de processo administrativo, conduzido por Comissão Especial a ser designada pelo Chefe do Executivo, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da organização social, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão.

§ 2º A desqualificação importará reversão dos bens permitidos e do saldo remanescente dos recursos financeiros entregues à utilização da organização social, sem prejuízo das sanções contratuais, penais e civis aplicáveis à espécie.

Art. 19. A organização social fará publicar na imprensa e no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

Art. 20. Os Conselheiros e Diretores das organizações sociais não poderão exercer outra atividade remunerada, com ou sem vínculo empregatício, na mesma entidade.

Art. 21. Na hipótese de a entidade pleiteante da habilitação como organização social existir há mais de 5 (cinco) anos, contados da data da publicação desta lei, fica estipulado o prazo de 4 (quatro) anos para adaptação das normas do respectivo estatuto ao disposto no art. 3º, incisos I a IV, desta lei.

Art. 22. Sem prejuízo do disposto nesta lei, poderão ser estabelecidos em decreto outros requisitos de qualificação de organizações sociais.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23. (VETADO)

Parágrafo único. (VETADO)

Art. 24. (VETADO)

§ 1º (VETADO)

I - (VETADO)

II - (VETADO)

III - (VETADO)

IV - (VETADO)

§ 2º (VETADO)

Art. 25. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 24 de janeiro de 2006, 452º da fundação de São Paulo.

JOSÉ SERRA, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 24 de janeiro de 2006.

ALOYSIO NUNES FERREIRA FILHO, Secretário do Governo Municipal

Secretaria de Documentação da Câmara Municipal de São Paulo (SGP.3)

Base de dados: **legis**
Pesquisar: **LEI15.968/2014 [Todos os campos]**
Total de referências: **1**

Bruno Lucchetti
RF 11.455

1/1

Título: LEI Nº 15.968 27/01/2014 (ver documento)

Sem revogação expressa

Ementa: Institui e define diretrizes para o Programa de Promoção, Proteção e Educação em Saúde no âmbito do Município de São Paulo.

Publicação: DOC 28/01/2014 p. 1 c. 1

Projeto: Projeto de Lei Nº 458/2013 (ver documento)

Autor(es): George Hato; Rubens Calvo; Orlando Silva; Paulo Frange

Indexação: Criação - Programa de Promoção, Proteção e Educação em Saúde - Sistema Único de Saúde - Campanha educacional - Informação - Campanha de conscientização - Educação nutricional - Nutrição - Alimentação - Prevenção - Qualidade de vida - Higiene - Saúde pública - Atividade física - Saúde bucal

[Retorna]

IAH vrs: 3.1.1 modificado - BIREME



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Secretaria de Documentação
Equipe de Documentação do Legislativo

LEI Nº 15.968, DE 27 DE JANEIRO DE 2014

**(Projeto de Lei nº 458/13, dos Vereadores George Hato - PMDB, Calvo - PMDB,
Orlando Silva - PC do B e Paulo Frange - PTB)**

Institui e define diretrizes para o Programa de Promoção, Proteção e Educação em Saúde no âmbito do Município de São Paulo.

FERNANDO HADDAD, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 18 de dezembro de 2013, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º Fica instituído no Município de São Paulo o Programa de Promoção, Proteção e Educação em Saúde como parte integrante do SUS, junto à Atenção Básica do Sistema Municipal de Saúde, em conformidade com o Plano Nacional de Promoção da Saúde destinado aos cidadãos, usuários dos equipamentos públicos municipais de saúde, dos centros esportivos municipais, parques, praças públicas, e demais congêneres, tendo como diretrizes:

I - prover orientação e permanentes programas informacionais em escolas, equipamentos públicos municipais de saúde, centros esportivos municipais, praças e parques públicos sobre:

- a) higiene corporal;
- b) saúde bucal;
- c) hábitos saudáveis de alimentação e nutrição adequados às diversas faixas etárias;
- d) hábitos saudáveis de comportamento postural e práticas corporais;
- e) hábitos saudáveis de comportamentos mental e social;
- f) informações e instruções relativas ao acometimento de doenças por faixa etária;
- g) incentivo à prática regular de atividade física segura;

h) todas e quaisquer informações e instruções relativas à melhoria na qualidade de vida dos cidadãos;

II - promover o fomento e a normatização da prática de atividade física segura destinada à promoção e proteção à saúde por faixa etária, por meio de criteriosa avaliação pré-participativa do estado de saúde física do cidadão;

III - promover educação nutricional eficaz, com ações que estimulem hábitos alimentares saudáveis dos indivíduos e suas famílias;

IV - promover, quando necessário, o encaminhamento médico e social aos órgãos e entidades competentes para suprimento do atendimento básico à saúde;

V - (VETADO)

VI - (VETADO)

VII - dar ênfase às ações coletivas, individuais quando necessário, com a perspectiva da promoção, proteção, educação em saúde e qualidade de vida;

VIII - promover a interdisciplinaridade, o trabalho intersetorial e intersecretarial em ações que visem à promoção, proteção e educação em saúde;

IX - promover o desenvolvimento de instrumentos informacionais, abertos à população, de análise, de avaliação e de controle dos serviços de saúde prestados pelo presente Programa;

X - (VETADO)

XI - apoiar o desenvolvimento científico e tecnológico voltado à produção de conhecimento em promoção, proteção e educação em saúde;

XII - (VETADO)

XIII - apontar os indicadores para avaliação, controle e, se necessárias, readequações das ações implementadas.

Art. 2º Será disponibilizado treinamento e capacitação aos profissionais inseridos e incluídos no presente Programa.

Art. 3º (VETADO)

Art. 4º (VETADO)

Art. 5º (VETADO)

Art. 6º (VETADO)

Art. 7º As despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 8º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 27 de janeiro de 2014, 461º da fundação de São Paulo.

FERNANDO HADDAD, PREFEITO

FRANCISCO MACENA DA SILVA, Secretário do Governo Municipal

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 27 de janeiro de 2014.

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da Cidade em 28/01/2014, p. 1 c. 1

Para informações sobre revogações ou alterações a esta norma, visite o site www.camara.sp.gov.br.

Base de dados : legis

Pesquisa : 13271

Total de referências : 1

Bruno Lucchetti

RF 11.455

1/1

Título: LEI Nº 13.271 04/01/2002 ([ver documento](#))

Revogado(a) parcialmente

Ementa: Dispoe sobre a descentralizaçao das açoes e serviços de saude no Municipio de Sao Paulo, com a criação de entidades autarquicas hospitalares de regime especial.

Projeto: Projeto de Lei Nº 483/2001 ([ver documento](#))

Autor(es): EXECUTIVO; Marta Suplicy

Regulamentação: Decreto nº 41.709/2002 - Regulamenta esta Lei. ([ver documento](#))

PARA VERIFICAR SE HÁ ALTERAÇÕES PARA OS ATOS E DECRETOS DE REGULAMENTAÇÃO DESTA NORMA, FAÇA NOVA PESQUISA PELO NÚMERO DE CADA ATO OU DECRETO DE REGULAMENTAÇÃO.

Revogação: Revoga a Lei nº 11.866/1995.; ([ver documento](#))Lei nº 14.669/2008 - Revoga o §5º do art. 20, o par. único do art. 23 e o Anexo III desta Lei. ([ver documento](#))

Notas complem.: - Lei nº 13.355/2002 - Dispoe sobre a criação de empregos publicos de Medico, Enfermeiro e Auxiliar Tecnico Administrativo - Area Administraçao Geral, no Quadro das Autarquias Hospitalares Municipais Regionais, instituidas por esta Lei.

- Decreto nº 42.096/2002 - Estabelece a estrutura organizacional e o quadro provisorio de pessoal da Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Campo Limpo.

- Decreto nº 42.097/2002 - Estabelece a estrutura organizacional e o quadro provisorio de pessoal da Autarquia Hospitalar Municipal Regional Central.

- Decreto nº 42.098/2002 - Estabelece a estrutura organizacional e o quadro provisorio de pessoal da Autarquia Hospitalar Municipal Regional de Ermelino Matarazzo.

- Decreto nº 42.099/2002 - Estabelece a estrutura organizacional e o quadro provisorio de pessoal da Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Jabaquara.

- Decreto nº 42.100/2002 - Estabelece a estrutura organizacional e o quadro provisorio de pessoal da Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Tatuape.

- Decreto nº 47.107/2006 - Altera a denominação das Autarquias sob regime especial instituidas por esta Lei.

Alterações: Lei 13.861/2004 - Altera o "caput" do art. 23 desta Lei.; Lei 14.669/2008 - Altera os arts. 10, 11, 12 e 19 desta Lei.; Lei 14.876/2009 - Acrescenta o art. 20-A a esta Lei.

[[Back](#)]

Dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no Município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial.

HÉLIO BICUDO, Vice-Prefeito, em exercício no cargo de Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 19 de dezembro de 2001, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - As ações e os serviços públicos de saúde serão prestados, no Município de São Paulo, em consonância com os princípios e as normas do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos pela Constituição Federal, Constituição Estadual, Lei Orgânica do Município de São Paulo, Leis Federais nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e Lei Complementar Estadual nº 791, de 9 de março de 1995.

Art. 2º - Ficam instituídas, no Município de São Paulo, vinculadas à Secretaria Municipal da Saúde, as seguintes Autarquias, sob regime especial, para a promoção e execução das ações e serviços públicos de saúde de atenção médico-hospitalar:

I - Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Tatuapé: constituída por Hospital Municipal Dr. Carmineo Caricchio, Hospital Municipal Dr. Alexandre Zato, Hospital Municipal Dr. Ignácio Prence de Gouvêa, Pronto-Socorro Municipal 21 de Junho, Pronto-Socorro Municipal Vila Maria Baixa e Pronto-Socorro Municipal Dr. Lauro Ribas Braga;

II - Autarquia Hospitalar Municipal Regional de Ermelino Matarazzo: constituída por Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto, Hospital Municipal Tide Setúbal, Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula, Pronto-Socorro Municipal Júlio Tupy, Pronto Atendimento Dra. Glória Rodrigues Santos Bonfim, Pronto Atendimento São Mateus e Pronto Atendimento Atualpa Girão Rabelo;

III - Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Jabaquara: constituída por Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya, Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro e Pronto-Socorro Dr. Augusto Gomes de Mattos;

IV - Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Campo Limpo: constituída por Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha, Pronto-Socorro Municipal Balneário São José, Pronto-Socorro Municipal Dona Maria Antonieta F. Barros, Pronto-Socorro Municipal Dr. José Sylvio de Camargo, Pronto Atendimento Jardim Macedônia e Pronto Atendimento Parelheiros;

V - Autarquia Hospitalar Municipal Regional Central: constituída por Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, Hospital Municipal e Maternidade Prof. Mário Degni, Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria, Pronto-Socorro Municipal Álvaro Dino de Almeida, Pronto-Socorro Municipal Prof. João Catarin Mezomo, Pronto-Socorro Municipal Dr. Caetano Virgílio Netto e Pronto-Socorro Municipal de Perus.

Parágrafo único - Cabe ao Executivo a realocação de unidades entre as Autarquias, para as compatibilizações necessárias em eventuais mudanças de regionalização da saúde e da implementação de Subprefeituras, Distritos e Integração com as redes estadual e federal do SUS, bem como a incorporação, às Autarquias ora criadas, de unidades hospitalares e de atendimento às emergências que vierem a ser criadas ou transferidas para a gestão municipal após a publicação desta lei.

Art. 3º - As Autarquias instituídas por esta lei serão dotadas de personalidade jurídica de direito público, sob regime especial, caracterizado por autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

§ 1º - As Autarquias terão sede e foro na cidade de São Paulo.

§ 2º - O Regulamento das Autarquias será elaborado pelo Secretário Municipal de Saúde, respeitadas as diretrizes do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 4º - As Autarquias ora criadas terão as seguintes atribuições, além das finalidades referidas no artigo 2º desta lei:

I - promover o desenvolvimento tecnológico e de atividades de ensino e pesquisa, incluindo a especialização técnica de profissionais da saúde;

II - estabelecer parcerias, convênios, acordos e ajustes com instituições públicas e privadas, preferencialmente aquelas sem fins lucrativos, obedecidas as normas de direito público, visando ao desenvolvimento de suas atribuições ou à complementação de ações e serviços de saúde de sua competência;

III - executar as ações e serviços de saúde definidos no Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, realizando as atividades nele previstas em seu âmbito territorial, obedecidos os princípios e normas que lhe são aplicáveis.

§ 1º - As atribuições das autarquias observarão os princípios e normas definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º - Fica vedada a venda de produtos e de serviços a pessoas físicas ou jurídicas, mediante remuneração, por parte das Autarquias.

Art. 5º - A autonomia administrativa, financeira e patrimonial das Autarquias, bem como as prerrogativas e os direitos inerentes à sua personalidade jurídica de ente público descentralizado, serão exercidos, especialmente, pela capacidade de:

I - gestão administrativa:

a) organizar o quadro de pessoal necessário ao pleno desempenho das atribuições da Autarquia, de acordo com seus recursos orçamentários e a qualificação profissional, de forma a garantir a qualidade das ações e serviços;

b) normatizar o gerenciamento de pessoal, estabelecendo os casos de admissão e contratação temporária em casos de emergência, observada a legislação municipal vigente;

c) instituir políticas permanentes de formação e desenvolvimento de seus quadros;

d) aplicar as normas disciplinares, mediante o devido processo administrativo, nas infrações cometidas por seus servidores, nos termos da legislação municipal pertinente e da CLT, no que couber;

e) instituir mecanismos de controle de qualidade das ações e serviços prestados à população, regulando a relação médico-assistencial, os medicamentos e produtos que afetem a saúde;

f) estabelecer a política de organização interna de serviços e sua modernização;

II - gestão financeira e patrimonial:

a) elaborar participativamente a proposta orçamentária, discriminando receitas e despesas com base na estimativa da produção de serviços de seu Plano Anual de Trabalho;

b) administrar os recursos financeiros, os bens móveis e imóveis que estejam sob sua responsabilidade por força de lei, convênio ou consórcio;

c) controlar a execução orçamentária e a aplicação das dotações, bem como estabelecer normas internas de execução e controle do orçamento e remanejamento de verbas, sem prejuízo dos demais controles exercidos pelo Poder Executivo.

d) estabelecer sua própria política de materiais e equipamentos, em especial de informática, submetendo os projetos à prévia aprovação da Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 6º - O patrimônio inicial das Autarquias será formado pelos bens imóveis municipais em que se situam as unidades que as integram, pelas benfeitorias existentes nos respectivos imóveis municipais e pelos bens móveis que guarnecem tais benfeitorias, conforme constante do Anexo I desta lei.

§ 1º - Fica o Executivo autorizado a transferir às Autarquias os bens relacionados no Anexo I desta lei.

§ 2º - Os bens patrimoniais somente serão alienados em conformidade com o disposto no artigo 112 da Lei Orgânica do Município.

Art. 7º - A receita das instituições autárquicas será constituída por:

I - dotação anual da Prefeitura Municipal, consignada em seu orçamento;

II - recursos provenientes da prestação de serviços à União, Estado e Municípios, remunerados de acordo com a avaliação da produtividade e do desempenho global previstos nos planos da Autarquia ou em convênios firmados entre ela e a União, Estado e Municípios;

Bruno Lucchetti
nº 11.455

III - aplicações financeiras;
 IV - auxílios e subvenções da União, Estado e Municípios;
 V - recursos provenientes de acordos de cooperação e convênios voltados ao desenvolvimento de atividades próprias da Autarquia, desde que não impliquem na percepção de honorários profissionais particulares nem em compromissos ou contrapartidas em desacordo com os critérios de universalidade e equidade;
 VI - recursos provenientes de operações de crédito, incluídas aquelas efetuadas a título de fundo perdido;
 VII - doações e legados;
 VIII - rendas patrimoniais, eventualmente auferidas;
 IX - recursos provenientes de ressarcimento ao SUS por parte de pessoas jurídicas de direito privado que operem planos de saúde, seguros saúde ou outra modalidade assistencial de medicina em grupo, em razão de atendimento prestado pelo SUS aos seus associados, nos termos da Lei Federal 9.656 de 03 de junho de 1998 e Lei Estadual 9.058 de 29 de dezembro de 1994.

§ 1º - A subvenção do Município às Autarquias fica condicionada à aprovação, pelo Secretário Municipal da Saúde, dos respectivos Planos Anuais de trabalho.

§ 2º - As doações, legados e subvenções, quando onerosas, somente poderão ser aceitas mediante autorização do Secretário Municipal da Saúde, precedida de parecer do Conselho Deliberativo e Fiscalizador da Autarquia e do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 8º - Cada Autarquia será constituída por:

I - Conselho Deliberativo e Fiscalizador - órgão de deliberação máxima, controle e fiscalização;

II - Superintendência - órgão de direção e administração superior, contando com:

- a) Gabinete do Superintendente;
- b) Assessoria Jurídica;
- c) Assessoria Técnica de Apoio às Informações Gerenciais;
- d) Departamento Administrativo-Financeiro;
- e) Departamento de Gestão de Pessoal;
- f) Departamentos Hospitalares;
- g) Divisões de Pronto-Socorro e de Pronto-Atendimento;
- h) Seção Jurídica.

Art. 9º - O Conselho Deliberativo e Fiscalizador de cada Autarquia terá composição tripartite e será constituído por 12 (doze) membros e respectivos suplentes, nomeados pelo Secretário Municipal, de acordo com a seguinte distribuição:

I - 3 (três) representantes do Poder Executivo Municipal, indicados pelo Secretário Municipal de Saúde, sendo que 1 (um) será escolhido entre os Diretores de Distritos de Saúde;

II - 3 (três) representantes dos servidores, eleitos por seus pares, no âmbito de cada Autarquia;

III - 6 (seis) representantes dos usuários dos serviços de saúde da Autarquia, indicados pelo segmento dos usuários do Conselho Municipal de Saúde.

§ 1º - Os membros do Conselho Deliberativo e Fiscalizador e seus suplentes serão indicados pelos órgãos e segmentos representados.

§ 2º - Os suplentes substituirão os respectivos titulares em seus impedimentos e, em caso de vacância, assumirão a titularidade da representação pelo restante do mandato.

§ 3º - É vedada a indicação do Superintendente da Autarquia para compor o Conselho Deliberativo e Fiscalizador, na condição de membro, sendo permitida sua participação nas reuniões, quando convidado, com direito a voz, mas sem direito a voto.

§ 4º - É vedado aos membros do Conselho Deliberativo e Fiscalizador integrarem, simultaneamente, o mesmo órgão de outra Autarquia, ainda que na condição de suplentes.

§ 5º - Os membros do Conselho exercerão o mandato por 2 (dois) anos, permitida 1 (uma) recondução.

§ 6º - O Conselho será presidido por um dos representantes do Poder Executivo Municipal.

§ 7º - O Conselho reunir-se-á, ordinária e obrigatoriamente 1 (uma) vez por mês, no mínimo, com a presença da maioria de seus membros, mediante convocação de seu Presidente, ou por solicitação da maioria de seus componentes, dirigida à mesma autoridade.

§ 8º - As decisões do Conselho serão tomadas por maioria simples de votos, exceto no que se refere à matéria constante do inciso IX do artigo 10 desta lei, que requererá maioria qualificada, cabendo ao seu Presidente, em casos de empate, o voto de qualidade.

§ 9º - As atividades exercidas pelos membros do Conselho serão consideradas relevante serviço público, não sendo remuneradas.

§ 10 - O Regimento Interno do Conselho Deliberativo e Fiscalizador especificará os requisitos exigidos para os membros do Conselho e seus suplentes, bem como os casos de impedimentos decorrentes da perda de mandato, de dispensa ou de vacância.

§ 11 - Os representantes de que trata o inciso III não poderão estar nomeados em cargos de provimento em comissão, manter relações formais e/ou remuneradas com o Poder Executivo, Legislativo e Judiciário, não poderão ser servidores da saúde - do setor público ou privado - e não poderão pertencer à diretoria de entidades sindicais ou profissionais da área da saúde.

Art. 10 - O Conselho Deliberativo e Fiscalizador da Autarquia terá as seguintes atribuições:

I - traçar diretrizes para as atividades da autarquia;

II - orientar, de comum acordo com o Superintendente, o exercício da gestão administrativa, financeira e patrimonial referidas no artigo 5º;

III - elaborar e aprovar seu Regimento Interno, observado o disposto no § 10 do artigo 9º desta lei, dentro de 30 (trinta) dias a partir de sua constituição;

IV - apreciar e aprovar anualmente, nos prazos fixados no Regulamento, a proposta orçamentária da autarquia, submetendo-a à aprovação do Secretário Municipal da Saúde;

V - fiscalizar a execução orçamentária, apreciar e aprovar, nos prazos fixados no Regulamento, a prestação de contas da Autarquia antes de seu encaminhamento aos órgãos de controle interno e externo, submetendo-a à aprovação do Conselho Municipal de Saúde e ao Secretário Municipal da Saúde;

VI - aprovar convênios, ajustes ou acordos com entidades públicas e privadas, submetendo-os à aprovação do Secretário Municipal da Saúde;

VII - mediante proposta do Superintendente:

- a) aprovar, no âmbito da autarquia, no prazo fixado no regulamento, e encaminhar ao Secretário Municipal da Saúde para aprovação final, e ao Conselho Municipal de Saúde, para apreciação, o Plano Anual de Trabalho da Autarquia, Plano Plurianual de Investimentos e Plano Diretor de Recursos Humanos;
- b) deliberar sobre incentivos funcionais, com base em critérios de especificidade e complexidade de atribuições, produtividade, qualidade das ações em equipe, local de exercício, carga horária, riscos inerentes à profissão e outros fatores determinados em lei;
- c) aprovar programas de desenvolvimento e formação permanente do pessoal técnico, administrativo e de direção da Autarquia;
- d) deliberar sobre a alienação de bens patrimoniais móveis;
- e) aprovar o quadro de pessoal e a estrutura organizacional;

VIII - constituir-se em instância recursal de sanções disciplinares aplicadas pelo Superintendente;

IX - avaliar o desempenho do Superintendente e propor, se for o caso, sua exoneração, nas hipóteses de desempenho insatisfatório do cargo, respeitado o direito de defesa;

X - formular sugestões à Superintendência, no tocante ao aperfeiçoamento dos serviços da entidade;

XI - instituir mecanismos de ouvidoria na Autarquia;

XII - garantir a integração, nos projetos da Autarquia, das ações e serviços previstos nos Planos Distrital, Municipal e Estadual de Saúde, em sua área de abrangência, bem como de ações, projetos e programas intersetoriais que se façam necessários à saúde e à qualidade

de vida da população;

XIII - deliberar sobre outros assuntos que lhe forem submetidos, a pedido do Superintendente ou a pedido de um terço dos membros do Conselho Deliberativo e Fiscalizador.

Art. 11 - O Superintendente será nomeado, em comissão, pelo Prefeito, a partir de lista triplíce elaborada pelo Secretário Municipal de Saúde, dentre profissionais Médicos, com curso de Administração Hospitalar ou Administração de Serviços de Saúde ou Administração em Saúde Pública.

§ 1º - Os indicados na lista triplíce deverão apresentar memorial onde constem informações curriculares, cópias das declarações de renda dos últimos 5 (cinco) anos, relacionando todas as empresas de que participaram.

§ 2º - No caso de exoneração do cargo do Superintendente, o Secretário Municipal da Saúde designará, por período não superior a 90 (noventa) dias, Superintendente interino que atenda às exigências curriculares já previstas para o cargo.

Art. 12 - Compete ao Superintendente:

I - dirigir a autarquia em consonância com as diretrizes e normas emanadas do Sistema Único de Saúde - SUS, do Conselho Deliberativo e Fiscalizador e do Plano Anual de Trabalho;

II - elaborar e submeter o Plano Anual de Trabalho, o Plano Plurianual de Investimentos e o Plano Diretor de Recursos Humanos à aprovação do Conselho Deliberativo e Fiscalizador;

III - representar a Autarquia judicial e extrajudicialmente;

IV - exercer as funções executivas da Autarquia;

V - gerenciar o quadro de pessoal da Autarquia, provendo cargos e empregos e contratando servidores temporários, formalizando as respectivas nomeações, exonerações e dispensas, bem como autorizando comissionamentos, nos termos da legislação aplicável;

VI - autorizar afastamentos de servidores para participação em cursos, seminários e congressos, quando no interesse da Autarquia, nos termos da legislação em vigor, disponibilizando para fiscalização do Conselho Deliberativo e Fiscalizador relatórios das respectivas participações;

VII - nomear e exonerar os ocupantes de cargos de direção e assessoramento da Autarquia;

VIII - autorizar a instauração de sindicâncias e procedimentos disciplinares, garantindo o direito de defesa, e aplicar penalidades, observadas as normas da CLT, suplementadas, no que couber, pelas disposições da Lei nº 8.989/79;

IX - apreciar e deliberar sobre recursos interpostos das decisões de Diretores de Divisões de Departamentos;

X - submeter, trimestralmente, ao Conselho Deliberativo e Fiscalizador as prestações de contas da Autarquia e de seus órgãos;

XI - constituir Comissões de Licitação, designando seus membros entre funcionários do quadro de pessoal da Autarquia, inclusive seu Presidente, devendo este último, ser portador de diploma de nível universitário;

XII - autorizar a abertura ou a dispensa de licitação em qualquer modalidade, fundamentada em projetos técnicos básicos previamente definidos pela Superintendência, cujos parâmetros serão estabelecidos na regulamentação, e prestando as pertinentes informações ao Conselho Deliberativo e Fiscalizador;

XIII - homologar licitações;

XIV - autorizar reajustes de preços contratuais, bem como a prorrogação e a rescisão de contratos, a revogação de licitações e a aplicação de penalidades contratuais;

XV - autorizar pagamentos e adiantamentos, na forma prevista na legislação aplicável, respeitadas a precedência e a ordem cronológica;

XVI - autorizar a abertura de créditos adicionais;

XVII - assinar convênios, contratos, acordos e ajustes com entidades públicas ou privadas, observado o § 2º do artigo 4º;

XVIII - delegar atribuições e funções a servidores da Autarquia.

Art. 13 - À Assessoria Jurídica compete assessorar o Superintendente, o Conselho Deliberativo e Fiscalizador e as demais unidades que compõem a respectiva Autarquia, nos assuntos jurídicos, emitindo pareceres, opinando sobre projetos de lei e decretos e cumprindo outras tarefas afins.

Art. 14 - À Assessoria Técnica de Apoio às Informações Gerenciais cabe: o assessoramento e a operacionalização das atividades de informática; a centralização e a coordenação das informações gerenciais fornecidas periodicamente pelos departamentos, divisões e demais unidades que constituem a respectiva Autarquia, para fins de apresentação de relatórios, com demonstrativos parciais e gerais; a organização de um banco de dados e a realização de estudos e levantamentos estatísticos de assuntos pertinentes.

Art. 15 - Ao Departamento Administrativo-Financeiro compete: assegurar apoio administrativo, material, de transportes e demais serviços necessários ao desempenho de todas as unidades da respectiva Autarquia; controlar a movimentação de papéis e documentos da Autarquia; elaborar a proposta orçamentária; promover a execução orçamentária e a aplicação das dotações, realizar serviços de natureza contábil e financeira, organizar e atualizar o registro cadastral das empresas individuais e sociedades civis e comerciais para participação em licitações de todas as unidades da Autarquia e executar outras atividades pertinentes.

Art. 16 - Ao Departamento de Gestão de Pessoal compete: planejar e elaborar programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal; ministrar cursos de capacitação profissional; elaborar a folha de pagamento, preparar e manter os prontuários de pessoal de todas as unidades que constituem a respectiva autarquia; manter atualizados o quadro funcional e as informações de pessoal; elaborar folhas de ocorrências; exercer o controle permanente do pessoal e outras atividades afins.

Art. 17 - Cada Departamento Hospitalar será constituído por um dos hospitais municipais indicados nos incisos do artigo 2º desta lei, mantidas suas competências, estruturas e atribuições previstas em lei.

Art. 18 - Cada Divisão de Pronto-Socorro ou de Pronto Atendimento será constituída por um Pronto-Socorro ou um Pronto Atendimento, indicados nos incisos do artigo 2º desta lei, mantidas suas competências, estruturas e atribuições previstas em lei.

Art. 19 - À Seção Jurídica compete a execução do serviço jurídico das unidades que compõem a respectiva Autarquia, cabendo-lhe processar os feitos disciplinares, oficiar nos processos administrativos e nas ações judiciais em que a Autarquia figure como parte, terceiro ou interessada, na forma prevista na legislação municipal vigente.

Art. 20 - O quadro de pessoal das Autarquias será constituído por pessoal próprio, mediante contrato regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, após prévia aprovação em concurso público, bem como por servidores municipais postos à disposição das Autarquias.

§ 1º - Aos atuais servidores do quadro de pessoal das unidades da Secretaria Municipal da Saúde incorporadas às Autarquias instituídas por esta lei, fica assegurado o direito de permanecerem na Administração Direta, podendo ser relotados em outras unidades da Secretaria Municipal da Saúde, ou de optarem por prestar serviços nas autarquias, nos termos do artigo 45 da Lei nº 8.989, de 29 de outubro de 1979, mantido o regime estatutário, podendo, inclusive, exercer cargos em comissão, optando ou não pelos vencimentos destes.

§ 2º - Todo servidor vinculado às Unidades constantes do artigo 2º será convocado pelo Executivo para manifestar seu direito de opção mencionado no parágrafo anterior deste artigo, sendo-lhe assegurado o prazo de 30 (trinta) dias para manifestação a partir da convocação.

§ 3º - Deverão ser previstos, pelas autarquias, plano de carreira, cargos e salários específicos, sendo, ainda, obrigatórias a criação e a atualização de um Plano Diretor de Recursos Humanos, que conterá normas relativas a:

a) critérios para ingresso, ocupação de cargos, quadros de lotação, movimentação,

promoção e desenvolvimento educacional, técnico profissional e cultural de seus trabalhadores, objetivando atender às peculiaridades ou especificidades do trabalho executado, em função do pleno cumprimento da finalidade da instituição;

b) estímulo ao regime de tempo integral e à dedicação exclusiva, cujo provimento poderá ser feito pela prestação de serviços na própria instituição ou em outras unidades de saúde da rede à qual se integra a instituição;

c) instituição de um sistema de incentivo à qualidade das ações e dos serviços e do trabalho em equipe, ao cumprimento de metas de atendimento e ao uso da plena capacidade instalada, com a criação do Prêmio Qualidade, a ser conferido a equipes pelo desempenho alcançado, com base em indicadores qualitativos;

d) criação de uma instância gestora colegiada permanente, com participação paritária de representantes da direção e de sindicatos dos trabalhadores, incumbida de, mediante acordo coletivo de trabalho, definir normas referentes ao processo de trabalho e encaminhar soluções relativas a conflitos de interesses entre a Autarquia e os servidores;

e) adoção de procedimentos de avaliação do volume e da qualidade das ações e dos serviços prestados e do desempenho individual e coletivo dos servidores e da entidade, visando à fixação de critérios operacionais para o sistema de incentivo à qualidade e produtividade, à política de desenvolvimento e formação permanente e ao desenvolvimento do plano de carreira, cargos e salários;

§ 4º - O quadro de pessoal das Autarquias contará com cargos em comissão, criados e transformados nos termos do Anexo II desta lei, e deverá ser estruturado com a utilização dos atuais cargos e funções das unidades hospitalares do Município de São Paulo.

§ 5º - Ficam criados, em cada Autarquia, 02 (dois) empregos públicos de Procurador para compor a respectiva Seção Jurídica, nos termos do Anexo III desta lei.

§ 6º - Ficam criados 17 (dezesete) empregos públicos de Administrador Hospitalar, sendo 1 (um) para cada Autarquia e 1 (um) para cada unidade hospitalar, integrante desta lei, na forma do Anexo IV.

§ 7º - O total de empregos e de cargos dos quadros das Autarquias especiais ora instituídas corresponderá ao total atualmente existente nas unidades hospitalares do Município de São Paulo, além dos cargos em comissão e os empregos criados por esta lei.

§ 8º - Qualquer alteração no quadro de pessoal das Autarquias dependerá de prévia aprovação do Conselho Deliberativo e Fiscalizador.

Art. 21 - As Autarquias deverão apresentar Planos Anuais de Trabalho, Plano Plurianual de Investimentos e Plano Diretor de Recursos Humanos aprovados pelo Conselho Deliberativo e Fiscalizador, em consonância com os planos distritais, regionais e municipal de saúde respeitada sua especificidade, que serão submetidos à apreciação do Conselho Municipal de Saúde, o que deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do seu recebimento, e à aprovação do Secretário Municipal de Saúde, respeitado prazo igual, contemplando, obrigatoriamente:

I - objetivos e metas baseadas em indicadores de produção de serviços e base epidemiológica, expressos em termos quantitativos e qualitativos, a fim de explicitar o impacto pretendido nas condições de saúde e qualidade de vida da população em suas áreas de abrangência;

II - previsão dos mecanismos de articulação entre a Autarquia e o restante da rede de serviços de saúde da região, em particular dos fluxos de referência e contra-referência;

III - critérios e mecanismos objetivos de avaliação do desempenho da Autarquia, através de indicadores de produtividade e de qualidade;

IV - previsão dos recursos necessários para concretização das metas definidas;

V - a Autarquia deverá publicar a cada 180 (cento e oitenta) dias, em Imprensa Oficial, mantendo disponível na Internet, os "Indicadores Hospitalares de Qualidade".

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 22 - Poderão as Autarquias ora instituídas contratar servidores, temporariamente, em conformidade com o disposto no artigo 108 da Lei Orgânica do Município, enquanto não

realizados os concursos públicos para provimento de seu quadro de pessoal.

Art. 23 - O Executivo promoverá a estruturação dos quadros de pessoal das Autarquias especiais, nos termos previstos no artigo 13 da Lei Orgânica do Município, no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data da publicação desta lei.

Parágrafo único - Até que sejam estruturados os quadros de pessoal e providos os respectivos empregos públicos, a representação processual das Autarquias ficará a cargo da Procuradoria Geral do Município de São Paulo.

Art. 24 - Cada Autarquia terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a partir da publicação desta lei, para constituir seu Conselho Deliberativo e Fiscalizador.

Art. 25 - A eleição dos membros do Conselho Deliberativo e Fiscalizador será regulamentada pelo Executivo e deverá realizar-se dentro de 45 (quarenta e cinco) dias, a contar da data da publicação desta lei.

Art. 26 - No interregno compreendido entre o início da vigência desta lei e a eleição dos novos representantes do Conselho Deliberativo e Fiscalizador, poderão ser designados tais membros pelo Secretário Municipal de Saúde, mantidos, eventualmente, se posteriormente eleitos, na forma prevista no artigo 9º desta lei.

Art. 27 - Fica o Executivo autorizado a realocar os saldos das dotações orçamentárias da Secretaria Municipal de Saúde para a atividade a ser criada no orçamento vigente, denominada "Transferências às Autarquias Hospitalares".

Parágrafo único - As Autarquias ora instituídas elaborarão seus orçamentos para o exercício de 2002, respeitando no conjunto o saldo da dotação orçamentária da atividade "Transferência às Autarquias Hospitalares".

Art. 28 - A fiscalização contábil e financeira das Autarquias será exercida pela Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico - SF.

Parágrafo único - A publicação de todos os atos administrativos das autarquias será feita, obrigatoriamente, pelo Diário Oficial do Município, sem prejuízo, no que couber, do cumprimento das normas administrativas previstas na Lei Orgânica do Município e demais da legislação ordinária.

Art. 29 - Ficam as Autarquias autorizadas a adotar as medidas preliminares atinentes à sua organização e funcionamento, observado o disposto nesta lei.

Art. 30 - As Autarquias ora criadas deverão organizar e manter em funcionamento Comissões Internas de Prevenção de Acidentes - CIPA's, nos termos da Lei 13.174, de 5 de setembro de 2001.

Art. 31 - Para a primeira investidura nos empregos públicos, as Autarquias poderão aproveitar concursos públicos em vigor no âmbito da Administração Pública Direta ou Indireta para o preenchimento dos mesmos, mediante concordância expressa dos candidatos aprovados quanto ao seu regime de contratação.

Art. 32 - O Poder Executivo Municipal regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 33 - As despesas com a execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 34 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a Lei nº 11.866, de 13 de setembro de 1995.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 04 de janeiro de 2002, 448º da fundação de São Paulo.

Hélio Bicudo, Prefeito em Exercício

ILZA REGINA DEFILIPPI DIAS, Respondendo pelo Cargo de Secretária dos Negócios Jurídicos

FERNANDO HADDAD, Respondendo pelo Cargo de Secretário de Finanças e Desenvolvimento Econômico

EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SDBRINH, Secretário Municipal de Saúde

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 04 de janeiro de 2002.

RUI GOETHE DA COSTA FALCÃO, Secretário do Governo Municipal

ANEXO I INTEGRANTE DA LEI Nº 13.271, DE 04 DE JANEIRO DE 2002

Relação dos Bens Imóveis Municipais Transferidos às Autarquias previstas no artigo 2º da Lei nº 13.271, de 04 de janeiro de 2002

I - AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL REGIONAL DO TATUAPÉ

Nome da Unidade Localização do Imóvel Municipal Croquis

Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio Av. Celso Garcia, nº 4815, Tatuapé 300240 (AC406/AC2089)

Hospital Municipal Dr. Alexandre Zaio R. Alves Maldonado, nº 128, Vila Nhocuné 100105

Pronto-Socorro Municipal 21 de Junho Av. João Paulo, nº 421, Freguesia do Ó 100784

Pronto-Socorro Municipal Vila Maria Baixa Praça Engenheiro Hugo Brandi, nº 15, Parque Novo Mundo 100331 (AC3085)

Pronto-Socorro Municipal Dr. Lauro Ribas Braga R. Voluntários da Pátria, nº 943, Santana 1382-D (AC1249)

II - AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL REGIONAL DE ERMELINO MATARAZZO

Nome da Unidade Localização do Imóvel Municipal Croquis

Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto Al. Rodrigo de Brum, nº 1989, Vila Paranaguá 100543

Hospital Municipal Tide Setúbal R. Dr. José Guilherme Elras, nº 123, São Miguel 301384 (AC2860/AC3344)

Hospital Municipal Prof. Dr. Waldomiro de Paula R. Augusto Carlos Baumann, nº 1074, Itaquera 301883 (AC3376)

Pronto-Socorro Municipal Júlio Tupy R. Serra da Queimada, nº 800, Parque Guaianazes 100810

Pronto Atendimento Dra. Glória Rodrigues Santos Bonfim Av. dos Metalúrgicos, nº 2820, Cidade Tiradentes 101121

Pronto Atendimento São Mateus II R. Maestro João Balan, nº 8B, Cidade São Mateus 100471 (AC2781)

Pronto-Atendimento Atualpa Girão Rabelo R. Ilha do Arvoredo, nº 100, vila Morgadouro 1213-0

III - AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL REGIONAL DO JABAQUARA

Nome da Unidade Localização do Imóvel Municipal Croquis

Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Av. Francisco de Paula Quintanilha Ribeiro, nº 860, Jabaquara 101462 (AC2305/AC2113)

Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro R. Antonio Lázaro, nº 226, Jardim Iva 101345

Pronto-Socorro Municipal Dr. Augusto Gomes de Mattos R. Júlio Felipe Guedes, nº 200, Vila das Mercês 100038

IV - AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL REGIONAL DO CAMPO LIMPO

Nome da Unidade Localização do Imóvel Municipal Croquis

Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha Estrada de Itapeverica, nº 1661, Vila Maracanã 301265

Pronto-Socorro Municipal Balneário São José R. Gaspar Leme, s/nº, Balneário São José 102002 (AC3079)

Pronto-Socorro Municipal Dona Maria Antonieta F. de Barros R. Antonio Felipe Filho, nº 180, Jardim Reimberg 102291

Pronto-Socorro Municipal Dr. José Sylvio de Camargo Av. Adolfo Pinheiro, nº 805, Santo Amaro 101510

Pronto-Atendimento Parelheiros R. Mário Trappe, nº 100, Parelheiros 100281 (AC2491)

Pronto-Atendimento Jardim Macedônia R. Soriano de Albuquerque, nº 77, Jardim Macedônia 102324 (AC2085)

V - AUTARQUIA MUNICIPAL REGIONAL CENTRAL

Nome da unidade Localização do Imóvel Municipal Croquis

Hospital Municipal e Maternidade Professor Mário Degni Rua Lucas de Leyde, 257 - Vila Antonio 101976

Hospital Municipal Infantil Menino Jesus R. dos Ingleses, nº 258, Bela Vista 300509 (AC769)

Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria Av. Menotti Laudisio, nº 100, Pirituba 1119-DUE

Pronto-Socorro Municipal Dr. Caetano Virgílio Netto R. Augusto Farina, nº 1125, Jardim Pinheiros 100347 (AC3434)

Pronto-Socorro Municipal Álvaro Dino de Almeida R. Vitorino Carmilo, nº 717, Campos Eliseos 259-D (AC1469)

Pronto-Socorro Municipal Prof. João Catarin Mezomo Av. Queiroz Filho, nº 313, Parque da Lapa 301419

ANEXO II A QUE SE REFERE D § 4º DO ARTIGO 20 DA LEI Nº 13.271, DE 04 DE JANEIRO DE 2002

Cargos de Provimento em Comissão das Autarquias Hospitalares Municipais Regionais

Denominação do Cargo/ Lotação Ref. Qtde. Forma de Provimento Denominação do Cargo/ Lotação Ref. Qtde. Forma de Provimento

Superintendente

- Autarquia Hospitalar Municipal Regional : do Tatuapé (1); de Ermelino Matarazzo (1); do Jabaquara (1); do Campo Limpo (1) e Central (1)

DAS-16 5 Livre provimento em comissão pelo Prefeito, dentre profissionais Médicos com Curso de Administração Hospitalar ou Administração de Serviços de Saúde ou Administração em Saúde Pública.

Diretor de Departamento Técnico

- Departamento Administrativo-Financeiro, das Autarquias Hospitalares Municipais Regionais: do Tatuapé (1); de Ermelino Matarazzo (1); do Jabaquara (1); do Campo Limpo (1) e Central (1) DAS-14 5 Livre provimento em comissão pelo Superintendente, dentre portadores de diploma de nível superior com curso de administração hospitalar e experiência comprovada na área de finanças e/ou administração hospitalar, dentre os servidores públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde.

Diretor de Departamento Técnico

- Departamento de Gestão de Pessoal, das Autarquias Hospitalares Municipais Regionais: do Tatuapé (1); de Ermelino Matarazzo (1); do Jabaquara (1); do Campo Limpo (1) e Central (1) DAS-14 5 Livre provimento em comissão pelo Superintendente, dentre portadores de diploma de nível superior com curso de administração hospitalar e experiência comprovada na área de recursos humanos.

Diretor de Distrito de Saúde

- Direção Geral, do Distrito de Saúde do Butantã, da Administração Regional de Saúde Butantã/Lapa - ARS-2 (1)

- Direção Geral, do Distrito de Saúde de Sapopemba, da Administração Regional de Saúde Ipiranga/ Jabaquara/ Vila Prudente - ARS-3 (1)

- Direção Geral, do Distrito de Saúde de Vila Matilde, da Administração Regional de Saúde Penha - ARS-4 (1)

(Leis nº 10.955/91 e nº 13.169/01) DAS-14 3 Livre provimento em comissão pelo Prefeito, dentre portadores de diploma de Médico Diretor de Departamento Técnico

- Hospital Municipal

Prof. Mário Degni (Jardim Sarah), da Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Campo Limpo (1)

- Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro (Jardim Iva), da Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Jabaquara (1)

- Hospital Municipal Dr. Alexandre Zaio (Vila Nhocuné), da Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Tatuapé (1) DAS-14 3 Livre provimento em comissão pelo Superintendente, dentre portadores de diploma de Médico.

Diretor de Distrito de Saúde

- Direção Geral, do Distrito de Saúde do Campo Limpo, da Administração Regional de Saúde de Campo Limpo - ARS-10 (1)

- Direção Geral, do Distrito de Saúde de Ermelino Matarazzo, da Administração Regional de Saúde

Bruno Lucchetti
Rf 11.455

Folha 71
Prof. Nº 01-610 / 2016

Saúde de São Miguel - ARS-6 (1)

(Leis nº 10.869/90 e nº 13.169/01) DAS-14 2 Livre provimento em comissão pelo Prefeito, dentre portadores de diploma de nível superior, Diretor de Departamento Técnico

- Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha (Campo Limpo), da Autarquia

Hospitalar Municipal Regional do Campo Limpo (1)

- Hospital Municipal Dr. Alípio Corrêa Netto (Ermelino Matarazzo), da Autarquia Hospitalar Municipal Regional de Ermelino Matarazzo (1) DAS-14 2 Livre provimento em comissão pelo Superintendente, dentre portadores de diploma de Médico.

Assessor Técnico

- Autarquia Hospitalar Municipal Regional: do Tatuapé (2); de Ermelino Matarazzo (2); do Jabaquara (2); do Campo Limpo (2) e Central (2) DAS-12 10 Livre provimento em comissão pelo Superintendente, dentre portadores de diploma de nível superior com curso de administração hospitalar ou saúde pública ou serviços de saúde.

Assessor Técnico

- Autarquia Hospitalar Municipal Regional: do Tatuapé (2); de Ermelino Matarazzo (2); do Jabaquara (2); do Campo Limpo (2) e Central (2) DAS-12 10 Livre provimento em comissão pelo Superintendente, dentre portadores de diploma de médico com curso de administração hospitalar ou saúde pública ou serviços de saúde.

Assessor Jurídico

- Autarquia Hospitalar Municipal Regional: do Tatuapé (2); de Ermelino Matarazzo (2); do Jabaquara (2); do Campo Limpo (2) e Central (2) DAS-12 10 Livre provimento em comissão pelo Superintendente, dentre advogados com experiência comprovada em Administração Hospitalar ou Direito Administrativo.

Oficial de Gabinete

- Autarquia Hospitalar Municipal Regional: do Tatuapé (1); de Ermelino Matarazzo (1); do Jabaquara (1); do Campo Limpo (1) e Central (1) DAI-5 5 Livre provimento em comissão pelo Superintendente, dentre portadores de diploma de ensino médio.

ANEXO III A QUE SE REFERE O § 5º DO ARTIGO 20 DA LEI Nº 13.271, DE 04 DE JANEIRO DE 2002

Qtde. Emprego Público Ref. Forma de Preenchimento

10 Procurador PR-1 Mediante concurso público de provas ou de provas e títulos, exigido o diploma de curso superior de Direito e registro na OAB.

ANEXO IV A QUE SE REFERE O § 6º DO ARTIGO 20 DA LEI Nº 13.271, DE 04 DE JANEIRO DE 2002

Qtde. Emprego Público Ref. Forma de Preenchimento

17 Administrador Hospitalar AH-1 Mediante concurso público de provas ou de provas e títulos, exigido o diploma de graduação em Administração Hospitalar.

Câmara Municipal de São Paulo

Base de dados : **legis**
Pesquisa : **14413**
Total de referências : **1**

Bruno Lucchetti
RF 11.455

1/1

Título: LEI Nº 14.413 31/05/2007 ([ver documento](#))
Sem revogação expressa
Ementa: Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Município, e dá outras providências.
Projeto: Projeto de Lei Nº 920/1997 ([ver documento](#))
Autor(es): Carlos Neder
Alterações: Lei 15.281/2010 - Altera o inciso II do art. 2º desta Lei.

[[Back](#)]

LEI Nº 14.413, DE 31 DE MAIO DE 2007

(Projeto de Lei nº 920/97, do Vereador Carlos Neder - PT)

Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Município e dá outras providências.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 8 de maio de 2007, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º A prestação dos serviços de saúde aos usuários, de qualquer natureza ou condição, será universal e igualitária, nos termos do art. 213 da Lei Orgânica do Município de São Paulo.

Art. 2º São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Município:

I – ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;

II – ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;

III – não ser identificado ou tratado por:

a) números;

b) códigos;

c) ou de modo:

1. genérico;

2. desrespeitoso;

3. preconceituoso;

IV – poder identificar as pessoas responsáveis, direta ou indiretamente, por sua assistência através de crachás visíveis, legíveis e que contenham:

a) nome completo;

b) função;

c) cargo;

d) nome da instituição;

V – receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:

a) hipóteses diagnósticas;

b) diagnósticos realizados;

c) exames solicitados;

d) ações terapêuticas;

e) riscos e benefícios dos tratamentos propostos;

f) duração prevista do tratamento proposto;

g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos:

1. necessidade ou não de anestesia;

2. tipo de anestesia a ser aplicada;

3. instrumental a ser utilizado;

4. partes do corpo afetadas;

5. efeitos colaterais, riscos e consequências indesejáveis;

6. duração esperada do procedimento;

h) exames e condutas a que será submetido;

i) a finalidade dos materiais coletados para exame;

j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento em outros serviços;

l) outras questões que julgar necessárias;

VI – recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, nos termos do art. 3º da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995;

VII – acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, nos termos do art. 3º da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995;

VIII – receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;

IX – receber os medicamentos prescritos, acompanhados de bula, impressa de forma compreensível e clara, contendo:

- a) efeitos colaterais;
- b) contra-indicações;
- c) data de fabricação;
- d) prazo de validade;
- e) nome genérico do princípio ativo;
- f) posologias usuais;

X – receber as receitas:

- a) com o nome genérico das substâncias prescritas;
- b) datilografadas ou em caligrafia legível;
- c) sem a utilização de códigos ou abreviaturas;
- d) com o nome do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;
- e) com assinatura do profissional;

XI – conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram a origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

XII – ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento:

- a) todas as medicações, com suas dosagens, utilizadas;
- b) registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam:
 - 1. identificar a sua origem;
 - 2. sorologias efetuadas;
 - 3. prazo de validade;

XIII – ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas:

- a) a sua integridade física;
- b) a privacidade;
- c) a individualidade;
- d) o respeito aos seus valores éticos e culturais;

XIV – ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoa por ele indicada;

XV – ter a presença do pai do nascituro nos exames pré-natais e no momento do parto;

XVI – ter a presença de um neonatologista por ocasião do parto e a realização dos exames laboratoriais obrigatórios no recém-nascido;

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

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

XIX – receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;

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

XXI – receber anestesia em todas as situações indicadas;

XXII – recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida;

XXIII – optar pelo local da morte.

§ 1º A criança, ao ser internada, terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

§ 2º A internação psiquiátrica observará o disposto na Seção III do Capítulo IV do Título I da Segunda Parte da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995.

Art. 3º É vedado aos serviços públicos de saúde e às entidades, públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público:

Bruno Lucchetti
RF 11.455

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

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

III - manter acessos diferenciados para os usuários do Sistema Único de Saúde e quaisquer outros usuários, em face de necessidades de atenção semelhantes.

Parágrafo único. O disposto no inciso III deste artigo compreende também as portas de entrada e saída, salas de estar, guichês, listas de agendamento e filas de espera.

Art. 4º Os serviços públicos de saúde e as entidades privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público, têm que garantir a todos os pacientes e usuários:

I - a igualdade de acesso, em idênticas condições, a todo e qualquer procedimento, médico ou não, que se faça necessário e seja oferecido pela instituição;

II - o atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos referidos no inciso anterior.

Parágrafo único. O direito à igualdade de condições de acesso a todos os serviços, exames, procedimentos e à sua qualidade, nos termos desta lei, é extensivo às autarquias, institutos, fundações, hospitais universitários e demais entidades, públicas ou privadas, que recebam, a qualquer título, recursos do Sistema Único de Saúde.

Art. 5º O descumprimento do disposto nesta lei implicará, sem prejuízo das sanções administrativas, civis e penais cabíveis, na suspensão imediata da transferência dos recursos do Sistema Único de Saúde à entidade, de qualquer natureza, infratora.

Parágrafo único. Qualquer pessoa é parte legítima para comunicar os casos de descumprimento desta lei ao Conselho Municipal de Saúde.

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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 31 de maio de 2007, 454º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 31 de maio de 2007.

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

Bruno Lucchetti
RF 11.455**Pesquisa de Legislação Municipal**Tipo: **PORTARIA**Número: 1875 Ano: 2016 Secretaria: **SMS**

Enviar

Limpar

Foi encontrada 1 ocorrência

1. PORTARIA Nº: 1875 Ano: 2016 Secretaria: SMSPublicação
18/10/2016, Folha 28**Ementa:**

ATRIBUI FUNCOES DA REDE DE OUVIDORIAS SUS DO MUNICIPIO DE SAO PAULO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS. REVOGA P 982/15(SMS)

Ver texto integral

[Voltar](#)

Pesquisa de Legislação Municipal**Nº 1875 Ano: 2016 Secretaria: SMS**

Voltar

Imprimir

PORTARIA SMS Nº 1875/2016

O Secretário Municipal da Saúde da Cidade de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências;

Considerando a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências;

Considerando o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e outras providências;

Considerando a Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com o fim de garantir o acesso a informações e outras providências;

Considerando as disposições do Decreto Municipal nº 56.832, de 19 de fevereiro de 2016;

Considerando a necessidade de padronizar os dados coletados, as informações produzidas, o registro e a segurança de dados do histórico do cidadão, para produção de informação de interesse;

Considerando a necessidade de normatizar a rede de Ouvidorias SUS no Município de São Paulo;

RESOLVE:**CAPÍTULO I****Dos Princípios**

Artigo 1º - A Rede de Ouvidorias SUS do Município de São Paulo tem como funções:

I. Constituir-se como componente da participação popular na gestão do SUS, oferecendo a(o) cidadã(o) uma via acessível e contínua de comunicação dialogada com o sistema, favorecendo a gestão participativa do SUS, em caráter cotidiano e permanente, bem como servindo de interface para as políticas públicas de humanização e de qualidade da assistência à saúde;

II. Intermediar e qualificar a comunicação entre a(o) cidadã(o) e os administradores do SUS, desde os níveis gerenciais das unidades até os níveis de gestão do sistema, favorecendo a formação de laços de confiança e colaboração mútua, bem como o fortalecimento da cidadania;

III. Defender o respeito à dignidade humana, à cidadania e à legalidade nas relações entre o SUS e a sociedade;

IV. Contribuir para a valorização dos profissionais que trabalham no SUS, acolhendo e comunicando as manifestações de reconhecimento do cidadão pelo bom serviço recebido, quando for o caso;

V. Produzir conhecimento gerencial, quantitativo e qualitativo, que sirva de apoio aos gerentes e gestores do SUS no processo de tomada de decisão.

Parágrafo único - Além dos princípios constitucionais da administração pública, a Ouvidoria SUS reger-se-á igualmente pelos seguintes princípios:

I. Independência e Autonomia para o pleno e livre exercício de suas atribuições, isento de ingerências de quaisquer naturezas, por força do dever de assegurar o respeito à dignidade e aos direitos do cidadão na relação deste com o serviço público de saúde;

II. Transparência na prestação de informações, de forma a facilitar a compreensão do usuário sobre as repercussões e abrangência do serviço público;

III. Confidencialidade para a proteção da informação, de modo a assegurar a intimidade, a privacidade, a honra e a imagem do usuário;

IV. Imparcialidade e isenção necessárias para compreender, analisar e buscar respostas adequadas para as manifestações dos cidadãos.

V. Acessibilidade, eliminando obstáculos físicos e/ou normativos ao exercício da livre manifestação do cidadão;

VI. Acolhimento, oferecendo um atendimento humanizado, que proporcione ao cidadão a experiência de sentir-se ouvido com respeito e dignidade, por meio de escuta qualificada e compreensiva;

VII. Compromisso com o Aperfeiçoamento do SUS, buscando o desenvolvimento contínuo e a incorporação de novas tecnologias que, a partir das manifestações recebidas, viabilizem a produção sistemática de informação, de caráter quantitativo e qualitativo, gerencial, oferecendo aos gerentes e gestores um apoio fundamentado e objetivo ao processo de tomada de decisão.

CAPÍTULO II**Da Ouvidoria****SEÇÃO I****Das Estruturas**

Artigo 2º - A rede de Ouvidorias da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, que é composta pela Ouvidoria Central da Saúde, pelas Ouvidorias regionais de Saúde, dos serviços de saúde da administração direta e indireta, da Coordenação de Vigilância em Saúde, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e Autarquia Hospitalar Municipal, entre outros, tem por missão viabilizar os direitos dos cidadãos de serem ouvidos e terem suas manifestações pessoais e coletivas tratadas de forma adequada no âmbito do SUS.

Artigo 3º - A estrutura física da rede de Ouvidorias da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo deverá, de acordo com planejamento da Secretaria, ser dotada de:

I. Espaço físico próprio e adequado ao desenvolvimento de suas atividades;

II. Localização de fácil acesso e visibilidade ao cidadão, preferencialmente, na entrada da unidade de saúde, ou no espaço por onde circula o maior fluxo de usuários, caso tal fluxo não se dê pela entrada principal;

III. Acessibilidade;

IV. Espaço que permita atendimento presencial, com privacidade e resguardo de sigilo;

V. Disponibilidade de linha telefônica;

VI. Computador, com acesso à internet, para utilização do Sistema Informatizado Ouvidor SUS, que encontra-se hospedado no endereço eletrônico do Ministério da Saúde;

VII. Mobília (armário ou arquivo) com chaves, a fim de garantir acesso restrito e exclusivo a documentos físicos de caráter sigiloso.

Parágrafo Único – Independentemente da modalidade de gerenciamento da unidade municipal de saúde (administração direta, administração indireta, organização social de saúde etc.), é responsabilidade do gerente da unidade providenciar, fornecer, prover a manutenção e garantir as boas condições estruturais e

funcionais de todos os itens da estrutura física das Ouvidorias do SUS listados neste artigo. Caso tal situação demande providências superiores, o gerente deverá encaminhar solicitação ao seu superior hierárquico.

SEÇÃO II

Das Atribuições

Artigo 4º - As Ouvidorias têm as seguintes atribuições:

- I. Receber manifestações (solicitações, denúncias, reclamações, sugestões, informações e elogios);
- II. Examinar e encaminhá-las às unidades administrativas competentes;
- III. Resguardar o sigilo das informações relativas ao cidadão e sempre dar resposta fundamentada à questão apresentada, com clareza e objetividade;
- IV. Avalizar a instrução correta, objetiva e ágil das manifestações apresentadas, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao cidadão;
- V. Estabelecer canal permanente de comunicação com os usuários dos serviços públicos de saúde;
- VI. Elaborar relatórios e promover a divulgação das suas atividades;
- VII. Informar, sensibilizar e orientar o cidadão para a importância da participação e controle social dos serviços públicos de saúde;
- VIII. Fazer recomendações para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, sugerindo soluções de problemas, correção de possíveis equívocos, omissões ou abusos cometidos;
- IX. Sistematizar as manifestações, possibilitando a elaboração de relatórios e indicadores abrangentes que possam servir de suporte estratégico à tomada de decisão.

Artigo 5º - É assegurado às Ouvidorias, para a execução de suas atribuições:

- I. Ter livre acesso a todos os setores do órgão ou da entidade onde atuam;
- II. Solicitar informações e documentos diretamente a quem os detenha no âmbito do órgão ou entidade em que atuam;
- III. Participar de reuniões e eventos em órgãos ou entidades relacionados à sua área de atuação e segmento de ouvidorias.

Parágrafo único - Os órgãos e as unidades a que se refere o artigo 2º desta portaria atenderão prioritariamente o que for solicitado pelas Ouvidorias, instruindo, sempre que possível, com documentos e observando rigorosamente os prazos estabelecidos.

CAPÍTULO III

Do Quadro de Pessoal

SEÇÃO I

Da Designação

Artigo 6º - Toda Ouvidoria deverá, obrigatoriamente, contar com Ouvidor responsável a ser designado por meio de instrumento próprio.

Parágrafo único - A equipe ligada a Ouvidoria do SUS deverá ser, preferencialmente, composta por:

- I. técnico(s), para a inserção e o tratamento da manifestação e execução das demais atividades a seu cargo;
- II. suporte administrativo para desenvolvimento de suas atividades.

SEÇÃO II

Dos Perfis

Artigo 7º - O exercício da função de Ouvidor tem como perfil:

- I. Conhecimentos específicos sobre o papel das ouvidorias, sua organização e seu funcionamento;
- II. Capacidade de articulação e interlocução interna e externa;
- III. Capacidade de negociação e intermediação entre as unidades administrativas e os cidadãos;
- IV. Conhecimento básico de planejamento, orçamento e gestão pública;
- V. Conhecimento sobre a atuação do órgão ou entidade, especialmente sobre os seus principais processos e público-alvo;
- VI. Postura ética e proativa;
- VII. Conhecimentos em informática;
- VIII. Atuação pautada no compromisso e na transparência de suas ações, incentivando a democratização de informações em saúde, como estratégia de controle social.

Artigo 8º - O técnico, para atuar na Ouvidoria, tem que ter como perfil:

- I. Compromisso com a missão institucional e com a ética pública;
- II. Comprometimento permanente com o atendimento célere e efetivo à manifestação apresentada pelo cidadão;
- III. Conhecimento das normas e diretrizes aplicáveis ao setor público e ao SUS e capacidade de cumpri-las e de defender o seu cumprimento;
- IV. Capacidade de transmitir e receber informações relativas à Ouvidoria do SUS, com linguagem adequada e pelos meios e estratégias disponíveis;
- V. Capacidade de se relacionar com as pessoas, de estabelecer boa comunicação e manter postura profissional adequada, com integridade, educação e respeito ao próximo, seja nas relações com os cidadãos ou com os demais públicos internos e externos da ouvidoria;
- VI. Compreender, não apenas os processos realizados pela Ouvidoria do SUS, mas também o impacto desses na qualidade e no desenvolvimento dos serviços e das atividades do SUS, assim como na promoção da participação e do controle social dos cidadãos sobre a política pública de saúde;
- VII. Comprometimento com as finalidades da Ouvidoria do SUS e as atividades por ela desempenhadas;
- VIII. Capacidade de atuar sob situações de tensões e conflitos, que podem ocorrer nos atendimentos realizados em uma ouvidoria;
- IX. Aptidão de articulação e de trabalho em equipe com outros profissionais, com a habilidade de lidar com autoridades e servidores de outras áreas do órgão ou entidade, que possuem prioridades e expertises diferentes;
- X. Capacidade de avaliar e produzir resposta de qualidade aos cidadãos, administrando tempos, prioridades e capacidades diferenciadas das demais unidades administrativas do órgão ou entidade;
- XI. Capacidade de executar as atividades e os processos das Ouvidorias do SUS e dos seus sistemas informatizados de apoio;
- XII. Conhecimentos em informática.

SEÇÃO III

Das Competências

Artigo 9º - Compete, exclusivamente, ao Ouvidor:

- I. Dirigir a Ouvidoria garantindo o atendimento aos seus princípios e o exercício das atribuições;
- II. Atuar de ofício, ou seja, sem a obrigatoriedade de iniciativa ou participação de terceiros quando assim exija o cargo ocupado;
- III. Monitorar o cumprimento dos prazos previstos nesta portaria;
- IV. Selecionar pessoal para composição da equipe de Ouvidoria;
- V. Elaborar os relatórios da Ouvidoria;
- VI. Estabelecer articulação com as áreas responsáveis para a tratativa das manifestações;
- VII. Articular, intersetorial e interdisciplinarmente, para promover o aprimoramento dos recursos de informação e da Ouvidoria como um espaço de cidadania.

SEÇÃO IV

Das Garantias

Artigo 10º - Ao Ouvidor é garantida a autonomia na elaboração de pareceres, atos e relatórios.

Parágrafo único – Os registros das manifestações, documentos e informações gerados em decorrência das atividades da Ouvidoria são de responsabilidade do Ouvidor, sendo vedada a exclusão, alteração ou eliminação destes, por ordem superior ou do próprio Ouvidor, respeitando-se a regulamentação em vigor.

Artigo 11º – Os órgãos ou entidades de que trata o artigo 2º desta portaria devem prestar as informações solicitadas por suas Ouvidorias no prazo estabelecido no artigo 15º, garantindo a transparência e autenticidade dos registros e documentos fornecidos.

CAPÍTULO IV

Dos Procedimentos

SEÇÃO I

Das Manifestações

Artigo 12º – Todas as manifestações a que alude o inciso I, do artigo 5º, desta portaria, devem ser registradas no Sistema Ouvidor SUS.

Parágrafo único – Cabe às Ouvidorias providenciar junto aos usuários, quando possível, as informações complementares necessárias à abrangência do objeto e alcance de sua manifestação, antes dos encaminhamentos internos do expediente.

Artigo 13º – O Ouvidor poderá denegar o encaminhamento, ou descontinuar o andamento, da manifestação cujo conteúdo não tenha relação com as funções ou atividades desenvolvidas pela Ouvidoria, ou pelo órgão ou entidade em que atua, ou exija providências incompatíveis com as suas possibilidades legais, comunicando o fato ao usuário, com indicação das razões da decisão, e promovendo o seu arquivamento.

Artigo 14º – Deverá o usuário ser orientado e, sempre que possível, direcionado, quando o assunto não estiver no âmbito de atuação da Ouvidoria ou do órgão ou entidade em que atua.

SEÇÃO II

Dos prazos

Artigo 15º – O prazo máximo de resposta ao usuário será contado a partir do recebimento da manifestação na área demandada, devendo ser de:

- I. Para solicitação, 10 (dez) dias úteis;
- II. Para denúncia, 90 (noventa) dias corridos, sendo que o processo de apuração deverá ser iniciado em no máximo 10 (dez) dias úteis;
- III. Para reclamação, 30 (trinta) dias corridos;

- IV. Para sugestão, 10 (dez) dias úteis;
- V. Para informação, 10 (dez) dias úteis;
- VI. Para elogio, 10 (dez) dias úteis.

§ 1º - O prazo referido neste artigo, para todos os incisos, poderá ser prorrogado, por igual período, mediante justificativa expressa, da qual será cientificado o interessado.

§ 2º - Em caso de manifestação relacionada às ações executadas pelas unidades do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, os procedimentos serão priorizados considerando o risco à saúde e o disposto em normas técnicas específicas, sendo o prazo para resposta de 90 (noventa) dias corridos.

§ 3º - Nenhuma Ouvidoria, que não a demandada, poderá ficar em poder da manifestação por mais de 2 (dois) dias úteis até que esta seja concluída.

SEÇÃO III

Dos Relatórios

Artigo 16º - É função da Ouvidoria Central da Saúde a elaboração dos indicadores de avaliação e monitoramento do sistema de informação adotado pelo serviço de Ouvidoria, além da disponibilização de relatórios e periódicos gerenciais, temáticos e segmentados, cuja análise, conteúdo e linguagem devem ser ajustados ao contexto e objetivos do destinatário.

Parágrafo único - As demais Ouvidorias da Rede deverão apresentar, a seus superiores e conselhos, relatórios periódicos, elaborados a partir daqueles gerados pela Ouvidoria Central de Saúde.

SEÇÃO IV

Dos Documentos da Qualidade

Artigo 17º - As atividades da Ouvidoria são subdivididas em macroprocessos e processos, denominados Documentos da Qualidade, alguns já implementados, Anexo I a VII deste documento, além de outros em fase de implantação.

- I. Manual das Boas Práticas de Ouvidoria;
- II. Controle de documentos;
- III. Treinamento;
- IV. Inserção de manifestações;
- V. Tratamento, monitoramento e conclusão de manifestações;
- VI. Gestão da informação;
- VII. Técnicas estatísticas e indicadores;

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 19º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se na íntegra a Portaria SMS.G nº 982/2015, de 10 de junho de 2015.

ANEXO I

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE OUVIDORIA

Estabelece procedimentos uniformizados e padrões de qualidade e racionalidade para as atividades da Rede de Ouvidorias do Município de São Paulo.

A organização, o planejamento e o funcionamento sistêmico dessas estruturas é uma necessidade e uma garantia à gestão participativa e suas atuações integradas à Rede de Ouvidorias. Este e os demais documentos da qualidade a ele vinculados visam:

RF 11.555

Bruno Lucchetto

Folha 77
Proc. Nº 01-610 / 2016

I. Promover o desenvolvimento de soluções integradas e inovadoras para aperfeiçoar o desempenho institucional;

II. Constituir uma rede colaborativa, voltada à melhoria e à inovação das atividades;

III. Reduzir os custos operacionais e assegurar a continuidade dos procedimentos de organização e funcionamento;

IV. Atuar de forma ordenada e integrada com todas as áreas que compõem o SUS, as instâncias colegiadas e órgãos externos;

V. Desenvolver e implementar mecanismos de articulação da Rede de Ouvidoria, que favoreçam a troca permanente de dados, informações, conhecimentos e experiências, que possibilitem o atendimento integral e eficiente aos cidadãos;

VI. Produzir relatórios consolidados, com base nas manifestações encaminhadas pela(o)s cidadã(o)s e sobre o desempenho da Rede de Ouvidoria;

VII. Promover a participação social na gestão pública, por meio da integração entre ouvidorias, conselhos e conferências de políticas públicas, bem como outros foros de participação social;

VIII. Nortear as ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde, organizando e interpretando as informações que recebe da sociedade, por meio de condutas que inspirem a credibilidade, a ética e o respeito ao cidadão;

IX. Sistematizar a demanda, possibilitando a elaboração de indicadores abrangentes que sirvam de suporte estratégico à tomada de decisão;

X. Elaborar indicadores de avaliação e monitoramento do sistema de informação;

XI. Elaborar relatórios gerenciais, temáticos e segmentados, cuja análise, conteúdo e linguagem sejam ajustados ao contexto e objetivos do destinatário;

XII. Adotar estratégias que fomentem a disseminação e apropriação comum das informações.

A Rede de Ouvidorias do Município de São Paulo integra o Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS (SNO), que visa à promoção e estruturação de canais de comunicação com a população. A implementação de ouvidorias estruturadas e articuladas entre si é o compromisso dos gestores do SUS, nas três esferas de governo, voltadas à inserção da(o)s cidadã(o)s nos processos de formulação, de acompanhamento, de avaliação e de controle das políticas públicas de saúde. Contribui para o fortalecimento da democracia e da gestão participativa no SUS, com a correspondente ampliação do processo de controle social e com a corresponsabilização do cidadão na gestão do SUS.

Público-alvo

A Rede de Ouvidorias do Município de São Paulo pode atender tanto ao público externo quanto ao público interno:

* Público Externo são a(o)s cidadã(o)s e as entidades civis, a(o)s usuária(o)s ou não das atividades e dos serviços de saúde prestados pelo SUS;

* Público Interno são os gestores e os servidores do órgão/entidade.

As demandas do público interno devem receber tratamento igual às demandas recebidas do público externo, isto é, devem ser analisadas e encaminhadas à unidade responsável para análise, providências e resposta ao interessado.

Diretrizes

A organização e o funcionamento da Rede de Ouvidorias do Município de São Paulo devem observar as seguintes diretrizes:

I. Defesa dos direitos à saúde, contribuindo para o fortalecimento da cidadania e da transparência;

II. Reconhecimento dos cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direitos;

III. Preservar a identidade do manifestante, quando por ele solicitada expressamente ou quando o assunto requerer;

IV. Acolhimento humanizado nas relações estabelecidas;

V. Objetividade e imparcialidade no tratamento das manifestações;

VI. Zelo pela celeridade e qualidade das respostas às demandas;

VII. Defesa da ética e da transparência nas relações entre a Administração Pública e a(o)s cidadã(o)s;

VIII. Identificação das necessidades e demandas da sociedade, tanto na dimensão coletiva quanto na individual, para sua utilização como suporte estratégico à tomada de decisões pelo gestor;

IX. Atuação coordenada, integrada e horizontal dentro da Rede de Ouvidorias;

X. Estabelecer o padrão de análise das respostas recebidas da rede, bem como contato com o Cidadão para informar as providências adotadas;

XI. Estabelecer rede de parcerias e cooperação com outros órgãos e entidades ligadas, direta ou indiretamente, à instituição; Cargos e funções destinados à composição dos recursos humanos da Ouvidoria;

XII. Estabelecer o modo de encaminhamento dessas demandas para as áreas competentes.

A importância do sigilo e da ética

A Rede de Ouvidorias do Município de São Paulo deve assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das demandas recebidas.

Deve manter o sigilo da fonte, quando o interessado solicitar a preservação de sua identidade. Porém, deve-se esclarecer à(o) cidadã(o) sobre a possibilidade da quebra do sigilo, por seu consentimento ou determinação judicial.

Deve ser mantido o sigilo da identidade de servidores que sejam objeto de manifestação, a fim de garantir que o processo de investigação transcorra sem publicidade e especulação.

ANEXO II

CONTROLE DE DOCUMENTOS

1. OBJETIVO

Estabelecer uma sistemática para o processo de elaboração, revisão, aprovação e controle de documentos da Ouvidoria Central do SUS (OCS), além dos registros gerados na execução das atividades.

2. RESPONSABILIDADE

Este procedimento é de responsabilidade da OCS.

3. APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se a todas as partes que integram a Rede de Ouvidorias da Saúde do Município de São Paulo.

4. DEFINIÇÕES

- Documentos da Qualidade: documentos cuja função é padronizar os procedimentos de atuação, zelando pela manutenção da qualidade do serviço prestado pela Rede de Ouvidorias da Saúde.

- Processo de Ouvidoria Padronizado: Documentos que descrevem, sistematizam e padronizam os procedimentos e processos de trabalho da Rede de Ouvidorias da Saúde do Município de São Paulo.

- Aprovador: Indivíduo encarregado da aprovação dos documentos da qualidade, obrigatoriamente, o coordenador/diretor de área a quem a OCS está hierarquicamente vinculada.

- Arquivo de Documentos Originais: Na Ouvidoria Central do SUS.

- Elaborador: Qualquer servidor que integre a Rede de Ouvidoria do SUS. Para requisitá-lo, vide anexo I deste processo;

- Lista Mestra de Controle de Documentos: Índice em ordem cronológica de todos os processos criados pelo sistema de Ouvidoria Central do SUS. Sua atualização e guarda são responsabilidade da Ouvidoria Central;

- Processo de Ouvidoria Padronizado Obsoleto: Documento substituído por uma nova versão, cujo conteúdo não deve ser seguido como diretriz. Sua existência deve ser restrita ao arquivo de documentos originais em pasta apropriada, para fins de rastreabilidade do histórico de mudanças.

- Processo de Ouvidoria Padronizado Vigente: Procedimento aprovado, cujas diretrizes são as atuais e representam o que deve ser seguido, sob a abrangência do procedimento em questão.

- Rastreabilidade: Capacidade de seguir a história, aplicação ou localização dos fatores considerados.

- Registro: Documento que fornece os resultados conseguidos ou evidências das atividades realizadas;

- Registro de Treinamento: Documento que evidencia a realização de determinado treinamento;

- Revisão: Atividade realizada para assegurar a idoneidade, a adequação e a eficácia da matéria objeto da revisão, a fim de alcançar os objetivos estabelecidos;

- TID (Sistema de Tramitação Interna de Documentos): Sistema informatizado, utilizado pela prefeitura do município de São Paulo, que gera protocolos que são utilizados para controle dos documentos encaminhados.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

5.1 Etapas da confecção dos documentos da qualidade

a) **Elaboração:** Qualquer profissional envolvido pode identificar a necessidade de elaborar ou formular um documento, visando a melhoria contínua dos documentos do sistema de ouvidorias municipais, através do formulário FORM 01 .01 – Elaboração de Documentos de Qualidade. O responsável pela elaboração será designado, conforme a atividade a ser desenvolvida. Com a necessidade identificada, o documento deve ser redigido em linguagem adequada ao usuário, utilizando o modelo proposto e facilitando seu entendimento. O POP deverá sempre responder às seguintes perguntas em relação ao que está sendo exposto: O que será feito? Por quem? Quando? Onde? Por que? De que maneira?

b) **Revisão:** O Ouvidor Central do SUS detém a responsabilidade de revisar os processos e encaminhá-los ao coordenador, que efetuará as alterações eventualmente necessárias e aprovará o trabalho.

c) **Aprovação:** A aprovação dos documentos da qualidade será feita pela autoridade a quem a Ouvidoria estiver subordinada. A evidência de elaboração, revisão e aprovação de um documento é a assinatura original do aprovador.

d) **Alterações:** A descrição das alterações ocorridas na última revisão dos Processos Operacionais Padrão, Formulários e Manuais são indicadas junto ao item de "HISTÓRICO DE REVISÃO", disposto no texto do documento.

e) **Controle, Emissão e Distribuição:** Os documentos aprovados são distribuídos pelos gestores da Ouvidoria Central da Saúde aos Ouvidores Nível I das unidades abaixo relacionadas:

- a) Autarquia Hospitalar Municipal – SP;
- b) Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste;
- c) Coordenadoria Regional de Saúde Leste;
- d) Coordenadoria Regional de Saúde Norte;
- e) Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste;
- f) Coordenadoria Regional de Saúde Sul;

g) COVISA – Coordenação e Vigilância em Saúde;

h) Hospital do Servidor Público Municipal – São Paulo;

i) Supervisão Técnica de Saúde Sé;

Estas deverão remeter, no prazo máximo de dois dias úteis aos demais titulares das ouvidorias a eles ligadas, ou seja, os ouvidores das coordenadorias deverão enviar para seus pares nas supervisões, a da Autarquia para os hospitais e o da COVISA para suas gerências.

Todos os gestores nível I se responsabilizam pela distribuição dos documentos para os técnicos níveis I e níveis II, quando aplicável. Sendo necessário o registro do recebimento do mesmo através de correspondência eletrônica e/ou impresso.

Os documentos internos são controlados através do FORM 01.02 – "Lista Mestra". A cada alteração dos documentos, será alterada a revisão da Lista Mestra.

Documentos Obsoletos: Os documentos obsoletos serão removidos de todos os locais de uso. Será mantida uma cópia, em meio eletrônico, de todas as versões do documento, identificados em pasta própria denominada "Documentos Obsoletos".

5.2 Controle de documentos Externos

a) **Identificação:** São provenientes de outros órgãos ou instituições externas, os quais seguem acompanhados de um número de protocolo TID.

b) **Controle e Distribuição:** São controlados por protocolo TID e podem ser acompanhados pelo sistema informatizado disponibilizado pela Prefeitura do Município de São Paulo.

6. Padronização dos documentos da qualidade

Devem ser escritos em letra Garamond tamanho 12, com espaçamento entre linhas simples e espaçamento entre parágrafos igual a 0, para antes e depois. A margem superior deverá ser configurada para 2,5cm, a esquerda para 3cm, a medianiz para 0, a inferior para 1,75cm, a direita para 1,5 e a posição da medianiz deverá ser colocada para esquerda.

6.1 Manual (MAN)

6.1.1 Cabeçalho padrão:

a) Logo conjunto SUS e SMS;

b) Título: "Manual de Boas Práticas Ouvidoria";

c) Código: composto pela sigla de identificação do documento, iniciando por "MAN", seguido pelas 2 letras correspondentes à unidade responsável;

d) Número da Revisão Atual;

e) Data da Implementação.

6.1.2 Texto do Documento:

a) Conteúdo do Manual;

b) Histórico de Revisão: indicação do conteúdo da última revisão;

c) Anexo: são utilizados, quando necessários.

6.2 Processo de Ouvidoria Padronizado (POP)

6.2.1 Cabeçalho Padrão

a) Logo conjunto SUS e SMS;

b) Título: "Processo de Ouvidoria Padronizado (...)";

Folha 78
Proc. N° 01-610 / 2016
Bruno Lucchetti
RF 11.455

c) Código: composto pela sigla de identificação do documento, iniciando por "POP", seguido pelas 2 letras correspondentes à unidade responsável e da numeração sequencial do mesmo;

Arquivo nº 01/06

d) Número da Revisão Atual;

e) Data da Implementação.

6.2.2 Texto do Documento:

a) Objetivo: a que se destina;

b) Responsabilidade: responsável pela gestão do processo;

c) Aplicação: a quem se destina;

d) Definições: descrição clara e sucinta de alguns termos utilizados;

e) Descrição das Atividades: exposição das atividades a que se;

f) Histórico de Revisão: revisão, item e alteração do conteúdo da última revisão do documento;

g) Anexos: outros documentos relativos;

6.2.3 Rodapé

6.2.4

a) Número da página

b) Nome e assinatura do Responsável pela Elaboração;

c) Nome e assinatura do Responsável pela Revisão;

d) Nome e assinatura do Responsável pela Aprovação.

Arquivo nº 02/06

6.3 Formulários (FORM):

Os formulários são subordinados a procedimentos específicos, visando o registro de dados ou informações, sendo composto por:

6.3.1 Cabeçalho padrão:

a) Logo conjunto SUS e SMS;

b) Título do documento: "Formulário ("...")";

Arquivo nº 03/06

c) Código do documento: composto pela sigla de identificação do documento, iniciando por "FORM", seguido pelas dois números correspondentes ao POP a que se refere e outros dois referentes à numeração sequencial do mesmo;

d) Número da Revisão Atual;

e) Data da Implementação do documento.

6.3.2 Texto do Documento:

a) Conteúdo: informações referentes ao mesmo;

b) Histórico de Revisão: indicação do conteúdo da última revisão.

6.4 Instruções de trabalho:

Destina-se a descrever a execução de uma operação e/ou tarefa específica, de modo detalhado.

6.4.1 Cabeçalho padrão:

a) Logo conjunto SUS e SMS;

b) Título: "Instrução de Trabalho ...";

c) Código: composto pela sigla de, iniciando por "IT", seguido por dois números correspondentes ao POP a que se refere e outros dois referentes à numeração sequencial do mesmo;

d) Número da Revisão Atual;

e) Data da Implementação.

Arquivo nº 04/06

6.4.2 Texto do Documento:

a) Conteúdo: Informações referentes ao mesmo;

b) Histórico de Revisão: indicação do conteúdo da última revisão;

ANEXO III

TREINAMENTO

1. OBJETIVO

Descrever o procedimento de treinamento adotado pela Ouvidoria Central do SUS, abrangendo todas as etapas do processo: levantamento das necessidades de treinamento, qualificação funcional, planejamento, execução, registro e avaliação.

2. RESPONSABILIDADE

Gestores nível I das áreas envolvidas na Ouvidoria Central do SUS.

3. APLICAÇÃO

Este Procedimento se aplica a todos os servidores permanentes, temporários e contratados atuantes na Rede de Ouvidorias da Saúde, do Município de São Paulo.

4. DEFINIÇÕES

- Treinamento: utilização de técnicas e procedimentos voltados para o aperfeiçoamento do indivíduo, visando aprimorar seu desempenho nas atividades. Refere-se, sobretudo, a práticas voltadas para o aprimoramento de desempenho do processo de trabalho na Ouvidoria SUS.

- Treinamento Adicional: Outro treinamento, não relacionado a um cargo ou tarefa específica. Isto pode incluir cursos externos ou outras exigências diversas.

- E-Leaming: Processo de aprendizagem on-line, através de plataforma de ensino a distância (EAD).

- Facilitador: Qualquer pessoa que conduza um treinamento em sala de aula ou por meio virtual.

- Treinador: Instrutor que conduza treinamento e cursos relativos aos documentos da qualidade.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

5.1 Solicitação: Qualquer colaborador poderá identificar a necessidade e solicitar a aplicação de treinamento. Tal pedido, deverá ser dirigido à Ouvidoria Central da Saúde (OCS) para análise de sua pertinência e início de sua elaboração, quando for o caso.

NOTA: O treinamento deverá ocorrer sempre que houver a entrada de novo membro nas equipes, alteração nos processos de trabalho, reciclagem e outros.

5.2 Elaboração: Os treinamentos são elaborados a partir da necessidade identificada, com base nas características das responsabilidades da função dos servidores envolvidos, demandas do Responsável do setor ou do Responsável pelo Processo e outros. A OCS deverá se responsabilizar por esta atividade, podendo desenvolvê-la em conjunto com outros atores.

5.3 Aplicação: Sua aplicação é evidenciada pelo registro das assinaturas dos participantes no FORM 02.01 - Lista de Presença em sua revisão vigente.

5.4 Avaliação: Se houver a necessidade, a OCS irá elaborar questionário para avaliação dos participantes.

5.5 Declaração: Quando necessário, será fornecido pela OCS aos alunos dos cursos.

ANEXO IV

INSERÇÃO DE MANIFESTAÇÕES

1. OBJETIVO

Estabelecer uma sistemática para inserção e encaminhamento das manifestações no Sistema Ouvidor SUS.

2. RESPONSABILIDADE

Técnicos nível I.

3. APLICAÇÃO

Todos os colaboradores, envolvidos no processo de inserção, registro e encaminhamento de manifestações.

4. DEFINIÇÕES

- Anônimo: Demandante pede para não ser identificado.

- Central de Atendimento Telefônico: Local que integra informações e profissionais para o atendimento ao demandante.

- CadSUS: Número do Cartão Nacional de Saúde.

- Cidadão: Qualquer pessoa interessada ou usuária dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

- Classificação de Manifestação: Ato de categorizar manifestação em denúncia, reclamação, elogio, sugestão, informação ou solicitação.

- Controle Social: Acompanhamento dos cidadãos e entidades organizadas na execução dos programas e ações do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Manifestação: Toda e qualquer expressão dos anseios, angústias, dúvidas, opiniões do demandante.

- Demandante: Pessoa física ou jurídica que se manifesta, verbalmente ou por escrito, junto a uma ouvidoria do SUS.

- DOGES: Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde.

- Inativar Detalhe: Botão que permite inativar a observação do cidadão. Será utilizado quando houver necessidade de alterar o seu teor, depois da manifestação ser salva, ou quando for necessário acrescentar novas informações.

- Ligação: Chamada telefônica dirigida ao serviço de ouvidoria do SUS.

Protocolo: Número atribuído pelo Sistema Ouvidor SUS à manifestação nele inserida. Por meio desse número de protocolo, o interessado (município) pode acompanhar o andamento de uma manifestação, seja por telefone ou pelo site do OuvidorSUS.

- Observação do Cidadão: Campo destinado à descrição do teor da manifestação. Possibilita a visualização de todas as observações, organizadas em ordem cronológica. Este campo só será visualizado após a manifestação ser salva.

- Ouvidor: Agente proativo de mudança que media os interesses dos cidadãos em face dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e que busca a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

- Ouvidoria: Canal de comunicação entre a população e o Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de acolher a opinião de manifestantes em busca de soluções e informações sobre os serviços de saúde pública. Notas: I) A ouvidoria do SUS é um serviço de mediação entre o demandante e as áreas competentes pela resolução da manifestação. II) Constitui-se em um instrumento de participação social e de apoio à gestão democrática para melhorias do Sistema Único de Saúde.

- Participação Social: Atuação dos vários segmentos sociais que influenciem na formulação, na organização, execução e avaliação das políticas públicas de saúde pública.

- Registro: Anotação da manifestação no Sistema OuvidorSUS. Pode ser efetuado tanto por um teleatendente, quanto por um técnico de ouvidoria.

- Responsável Técnico: Profissional responsável pela inserção da manifestação.

- Sigilo: Ato de resguardar os dados pessoais de quem se manifesta, verbalmente ou por escrito, a uma ouvidoria do SUS.

- Sistema OuvidorSUS: Informatizado e desenvolvido pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, permite o registro, tratamento, encaminhamento e acompanhamento das manifestações junto aos órgãos responsáveis pela avaliação e sua resolução.

- Tipo de Atendimento: Meio pelo qual o cidadão se manifesta junto a Ouvidoria: carta, e-mail, pessoalmente, telefone, correspondência oficial e formulário web.

- Usuário do SUS: indivíduo que utiliza os serviços do SUS.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

5.1 Acesso ao Sistema Ouvidor SUS

Todas as manifestações deverão ser, obrigatoriamente, inseridas no Sistema Ouvidor SUS, por meio do endereço:

<http://ouvprod01.saude.gov.br/ouvidor/LoginAtendimento.do>, utilizando o login e senha do técnico responsável.

5.2 Inserção de Manifestação:

O preenchimento de todos os dados do cidadão, a classificação, o relato descritivo, a tipificação e encaminhamento correto são de suma importância para que a Ouvidoria SUS possa produzir informações confiáveis para subsidiar a gestão em saúde. Em caso de ausência de dados, o tratamento do cidadão pode ser impossibilitado. Esse assunto também será tratado em Instruções de Trabalho específicas, em suas revisões vigentes, a saber: IT - 03.01 Inserção de Manifestações no Ouvidor SUS, IT - 03.02 Fluxograma de Atendimento Telefônico e Presencial, IT - 03.03 Fluxograma de Encaminhamento e IT - 03.04 Tipificação.

5.2.1 Dados do Cidadão

A identificação correta do manifestante é muito importante para a realização do atendimento. Também são dados imprescindíveis o telefone celular e o endereço de correspondência eletrônica (e-mail) do cidadão. Caso o mesmo não queira se identificar, seu desejo deve ser respeitado.

Sempre que a manifestação for registrada sob sigilo, deve-se ter zelo na construção do detalhe (como da manifestação) para que não se possa, por meio da sua leitura, identificar o manifestante.

NOTA: Manifestações classificadas como solicitações, nunca, deverão ser registradas sob sigilo ou anonimato.

Folha 79
Proc. N° 01-610 / 2016
Ino Lechetti
RF 1.455

Com base no entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF), as Ouvidorias do SUS podem receber denúncias anônimas e dar-lhes encaminhamento, desde que haja elementos mínimos que permitam a sua apuração, pois, nesta modalidade de manifestação, não haverá possibilidade de pedir esclarecimentos adicionais a(o) cidadã(o).

Este entendimento está registrado na Instrução Normativa Conjunta nº 01 CRG/OGU, 24 de junho de 2014, segundo o qual "as ouvidorias receberão e analisarão manifestações anônimas, devendo encaminhá-las desde que apresentem elementos suficientes à verificação dos fatos descritos". (BRASIL, 2014).

Informações que não sejam passíveis de resposta imediata, não poderão ser registradas em anonimato, em face da impossibilidade de retorno.

Os dados do cidadão devem conter as seguintes informações:

- a) Nome
- b) Nome da mãe
- c) Número do cartão nacional do SUS
- d) CPF/CNPJ
- e) Endereço de correspondência eletrônica (e-mail)
- f) Endereço completo
- g) Número de telefone
- h) Número de telefone de contato
- i) Número de telefone celular

ATENÇÃO: Na impossibilidade de obter qualquer das informações supracitadas deve-se inserir no corpo da manifestação a justificativa da ausência da mesma.

5.2.2 Classificação

Deve-se detectar o caráter da manifestação e classificá-la, de acordo com os critérios abaixo:

- a) **Denúncia:** Comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade ou indício de irregularidade (descumprimento de norma legal) na administração ou no atendimento, por entidade pública ou privada de saúde.
- b) **Informação:** Comunicação, instrução ou esclarecimento relacionado à saúde.
- c) **Elogio:** Comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
- d) **Reclamação:** Comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação em relação às ações ou a serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.
- e) **Solicitação:** Comunicação verbal ou escrita que, embora também possa indicar insatisfação, necessariamente, contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde.
- f) **Sugestão:** Comunicação verbal ou escrita que propõe ação considerada útil à melhoria do Sistema Único de Saúde.

5.2.3 Preenchimento do corpo da manifestação e informações imprescindíveis

Detectado o caráter da manifestação, de acordo com sua classificação, alguns dados mínimos deverão ser preenchidos, obrigatoriamente.

5.2.3.2 Solicitação: Dados de quem acessou a Ouvidoria e do paciente, sobretudo, o nome completo do segundo, nome da mãe, data de nascimento, endereço residencial (com CEP) e, exceto em casos em que

seja impossível a obtenção deste, número do CadSUS. O relato, a ser descrito no campo observação do cidadão, deverá conter SEMPRE as seguintes informações:

- a) Procedimento/Tratamento/Medicamento/Correlatos de que necessita;
- b) Unidade que realizou o atendimento que gerou a solicitação/indicação do procedimento/encaminhamento;
- c) Locais que já procurou para realizar o procedimento/obter o medicamento/correlato de que necessita.

5.2.3.3 Reclamação/denúncia:

A observação do cidadão deverá contemplar as seguintes informações:

- a) Data, hora e local (endereço) do ocorrido;
- b) Dados que facilitem a apuração;
- c) Observe-se que quando se tratar de veículos: carrinho de cachorro quente, ambulância, carro oficial, etc, anotar placa e os dados do local.

5.2.3.4 Sugestão/elogio:

O relato deverá deixar claro:

- a) A quem ou a que serviço está se referindo;
- b) A unidade/setor de lotação, serviço, cargo/função, nome do profissional, data e hora da ocorrência e descrição da sugestão ou elogio.

5.2.3.5 Informação:

O relato deverá deixar claro:

- a) Descrição da informação solicitada.

5.2.4 Acolhimento da Manifestação e Sondagem

A sondagem deve ser realizada por meio de perguntas objetivas, formuladas ao manifestante, que visem averiguar, compreender e aprofundar a manifestação por ele apresentada. Deve ser realizada no momento do atendimento, tirando dúvidas, acrescentando detalhes e informações importantes e, ao mesmo tempo, o técnico deve sintetizar o foco da manifestação formulada pelo cidadão.

Não há uma sondagem única, pois esta depende da manifestação do cidadão.

Abaixo elencamos perguntas essenciais para os diferentes tipos de manifestações apresentadas e estão agrupadas de acordo com o assunto abordado. Caso seja observado que há mais de um tema ou solicitação na mesma manifestação, devem ser feitas perguntas relativas a ambos e efetuar o desmembramento, por tratarem de assuntos distintos. Assim como a inserção da manifestação, o desmembramento é descrito passo a passo na Instrução de Trabalho Inserção de Manifestações (IT – 03 – 01).

Atenção: Quando a informação for respondida no ato do atendimento e não precisar de encaminhamento, não haverá necessidade do registro formal, podendo ser feita apenas através da gestão de conteúdo.

5.2.4.2 Situações obrigatórias de desmembramentos de manifestações

- I. Reclamação/solicitação de mais de um medicamento.
- II. Solicitação de mais de um exame, cirurgia ou tratamento.
- III. Solicitação de mais de um produto para saúde.
- IV. Quando a manifestação fizer referência a mais de um tipo de classificação.
- V. Quando, dentro da mesma classificação, a manifestação fizer referência a vários teores.

5.2.4.3 Perguntas de sondagem em:

5.2.4.4 Assistência

1. Foi atendido pelo SUS?
2. Foi mal atendido (nome e cargo do funcionário, data e serviço de saúde)?
3. Más condições da unidade: higiene, equipamentos, alojamento, tempo de espera ou outros?
4. Falta de profissionais: médico, enfermeiro ou outros?
5. Negligência médica ou de outros profissionais?

5.2.4.5 Recursos

1. Desvio de recurso – qual?
2. Superfaturamento nas compras – que tipo?
3. Má aplicação dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) – em quê?
4. Compras sem licitação – que tipo?
5. Favorecimento nas licitações – qual?
6. Recursos recebidos por meio de convênios e não utilizados corretamente – quais?
7. Pagamento de consulta ou procedimento para o profissional ou instituição do SUS (Sistema Único de Saúde) – qual?

5.2.4.6 Medicamentos

1. Nome do medicamento, princípio ativo e apresentação (mg, ml, cápsulas, líquido, injeção etc.).
2. Tem prescrição médica?
3. Uso contínuo ou não?
4. O prescritor é médico SUS ou convênio / particular?
5. Para qual patologia?
6. Quantidade necessária?
7. Há quanto tempo está sem a medicação?
8. Qual(is) órgão(s) já procurou na tentativa de conseguir o medicamento?

5.2.4.7 Procedimentos - Exames, consultas, cirurgias, internações etc.

1. Qual o tipo de procedimento solicitado?
2. Nome da especialidade médica?
3. Tem encaminhamento do médico do SUS?
4. Data do encaminhamento?
5. Qual(is) órgão(s) já procurou na tentativa de conseguir o procedimento?
6. Quando o(a) cidadão(ã) solicitar internação, verificar se busca somente vaga para internação ou se solicita também o procedimento.

5.2.5 Vigilância Sanitária:

5.2.5.2.1 Medicamentos

1. Nome do produto e nome do laboratório?
2. Nome e CNPJ da empresa fabricante?
3. Número do lote do produto?
4. Data de validade?
5. Descrição do problema?
6. Endereço/estado/cidade do denunciado (farmácia, distribuidora etc.)?
7. Propaganda irregular – citar meio de comunicação e/ou endereço eletrônico?

5.2.5.2.2 Alimentos

1. Marca e fábrica do produto?
2. CNPJ da empresa fabricante?
3. Número do lote?
4. Problema apresentado?
5. Origem da aquisição do produto?
6. Endereço/estado/cidade do denunciado (supermercado, loja, padaria etc.)?

5.2.5.2.3 Produtos para saúde, cosméticos, agrotóxicos e saneantes:

1. Nome do produto?
2. Nome e CNPJ da empresa fabricante?
3. Número do lote do produto?
4. Descrição do problema?
5. Endereço/estado/cidade do denunciado (comerciante, fornecedor etc.)?
6. Propaganda irregular – citar meio de comunicação e/ou endereço eletrônico?

5.2.5.2.4 Água, ambientes e animais em vigilância sanitária

1. Nome do estabelecimento denunciado?
2. Endereço/estado/cidade do denunciado?
3. Descrição do problema/irregularidade?

Arquivo nº 05/06

5.2.6 Tipificação

Após a sondagem e descrição do relato, deve-se tipificar corretamente a manifestação. Este procedimento é baseado no Manual e Árvore de Tipificação, elaborada pela Ouvidoria Geral do SUS, do Ministério da Saúde, anexo ao presente documento. Seguir a Instrução de Trabalho Específica, IT - 03.04 Tipificação.

5.3 Encaminhamento de manifestações

As manifestações devem ser encaminhadas de acordo com o fluxo definido pela Ouvidoria Central e SMS, descrito com mais detalhes em "Instrução de Trabalho (IT - 03.03 Fluxograma da encaminhamento)", seguindo a sigla agregada ao campo "nome fantasia" informado no FORM 03.01 Unidades de Saúde, em sua revisão vigente. As Ouvidorias e Pontos de Ouvidoria para onde as manifestações devem ser encaminhadas estão representadas abaixo no Organograma I. A manifestação deve ser respondida pelo gestor da unidade ou responsável pela unidade e/ou responsável pela área técnica envolvida, registrada no

campo "Estabelecimento Comercial" do Sistema Ouvidor SUS. Nos casos em que a manifestação for relativa ao gestor da unidade e/ou responsável pela área técnica, esta deve ser respondida por seu superior imediato.

NOTA: Devido a Rede de Ouvidorias SUS estar integrada em âmbito nacional, o Município de São Paulo recebe manifestações de outras entidades que possuem seus próprios processos de trabalho. Sendo assim, a padronização da nomenclatura contida no campo "estabelecimento Comercial" do Sistema Ouvidor SUS, quando oriunda de outras instâncias, pode ser diversa dos Procedimentos Padronizados de Ouvidoria da SMS – SP.

Arquivo nº 06/06

ANEXO V

TRATAMENTO, MONITORAMENTO E CONCLUSÃO DE MANIFESTAÇÕES

7. OBJETIVO

Estabelecer um padrão para o encaminhamento, análise, acompanhamento, conclusão e fechamento das manifestações recebidas pela Rede de Ouvidorias SUS da SMS-SP.

8. RESPONSABILIDADE

Este procedimento é de responsabilidade de todos os gestores e operadores da Rede de OuvidoriaSUS da SMS, Nível I e Nível II.

9. APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se a todas as ouvidorias que integram a Rede de OuvidoriaSUS da SMS.

10. DEFINIÇÕES

- Assessoria Técnica: compreende as Áreas Técnicas, Regulação, Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS), Gestão de Pessoas, Suprimentos e Jurídica, tanto da SMS como das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Supervisões Técnicas de Saúde (STS);

- Ponto de Ouvidoria nível II: acesso em nível II do Sistema Informatizado Ouvidor SUS onde a Assessoria Técnica e os responsáveis (Gerentes, Coordenadores e etc) pelas unidades da Rede Pública de Saúde respondem as manifestações;

- Ouvidoria de Cadastro: Ouvidoria Nível I que insere a manifestação no Sistema Informatizado Ouvidor SUS;

- Ouvidoria de encaminhamento: Ouvidoria Nível I que encaminha a manifestação para o ponto de Ouvidoria a qual a manifestação se refere;

- Ouvidoria Resposta: Unidade que recebe a manifestação encaminhada pela Rede de Ouvidorias da SMS. Tem a responsabilidade de informar ao requerente quanto às providências tomadas em relação à manifestação ou encaminhá-la a quem o faça e de concluí-la para a Ouvidoria de encaminhamento;

- Rede de Ouvidoria da SMS: composta por todas as Ouvidorias Nível I e suas sub-redes - Nível II, que correspondem às suas Áreas Competentes (Pontos de Ouvidoria).

11. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

Todos os integrantes da Rede de Ouvidoria da SMS têm a responsabilidade de verificar se os dados inseridos na manifestação contemplam rigorosamente os dados estabelecidos pela Ouvidoria Central da Saúde de São Paulo. Para isso, é necessário que o tratamento destas envolva 04 (quatro) principais processos, que estão explicitados nas Instituições de Trabalho Específicas, anexas a este documento, que consistem em:

11.1 Análise e Triagem das Manifestações Recebidas

Esta atividade é de responsabilidade de TODOS aqueles que recebem a manifestação e deverá atentar sobretudo quanto a:

* Consistência do Registro das Manifestações,

* Coerência, objetividade e ortografia,

* Desmembramento adequado

* Classificação correta

* Tipificação das manifestações quanto ao assunto

* Dados suficientes ou insuficientes

* Registro do estabelecimento comercial

* Sigilo ou anonimato

11.2 Encaminhamento das Manifestações para a Área Competente

As manifestações recebidas deverão ser encaminhadas para a Ouvidoria responsável pela resposta ao munícipe, caso ele pertença à sub-rede da Ouvidoria que recebeu a manifestações ou à ouvidoria nível I a que está estiver subordinada. No caso de manifestações relativas a unidades estaduais, estas deverão ser encaminhadas à Diretoria Regional de Saúde da Grande São Paulo.

As manifestações devem ser encaminhadas de acordo com o definido pela rede de Ouvidoria da SMS, seguindo o destino informado no FORM 03.02. A manifestação deve ser respondida pelo responsável pela unidade ou da área técnica, registrada no campo "Estabelecimento Comercial". Nos casos em que alvo é o gestor da unidade ou área técnica, a manifestação deve ser respondida por seu superior imediato. As unidades responsáveis pela inserção da resposta ao munícipe, sempre devem dar a este o retorno direto, seja por telefone ou pessoalmente, para que o mesmo seja informado da resposta do responsável.

11.3 Acompanhamento das providências e cobrança dos resultados

A Ouvidoria deve acompanhar o trâmite das manifestações para agilizar e intermediar as ações, se necessário. Por essa razão, é essencial que a Ouvidoria mantenha a boa interlocução com as demais unidades da rede de SMS, responsáveis diretas pela resolução das manifestações.

Em caso de constatação de problemas na tramitação das manifestações que não possam ser resolvidos diretamente com os responsáveis pela resposta, deve-se buscar a instância imediatamente superior e solicitar providências corretivas.

O mesmo procedimento deve ser adotado, se constatado que a resposta encaminhada pela área competente responsável não atende aos padrões mínimos esperados.

O acompanhamento do andamento das manifestações deve ser contínuo, com o objetivo de verificar se estas estão sendo analisadas e tratadas em tempo hábil – considerando o seu status e sua prioridade - e verificar a qualidade das respostas que estão sendo produzidas, especialmente no que se refere à coerência com o teor do registro das manifestações e com os princípios e as diretrizes do SUS.

11.4 Análise da resposta e conclusão/fechamento das manifestações

Após receber a resposta encaminhada pela área responsável, a Ouvidoria deve avaliar se o seu conteúdo é claro e objetivo, se está relacionado ao que foi explicitado no registro e, ainda, se está alinhado aos princípios e às diretrizes do SUS.

Quando necessário, a Ouvidoria deve fazer uma revisão no texto para verificar, inclusive, se eventuais legislações e normas citadas na resposta estão corretas. Caso a resposta não atenda aos requisitos anteriores, a manifestação deve ser reencaminhada à Área Competente responsável para, revisão da resposta.

No fechamento das manifestações, a Ouvidoria de Cadastro deve reproduzir a resposta da Área Competente no campo "Comentário/Parecer", observando-se as orientações acima. Esta resposta será visualizada pelo cidadão em seu e-mail, quando estiver cadastrado no sistema.

ANEXO VI

GESTÃO DA INFORMAÇÃO

6. OBJETIVO

Padronizar as informações e a sistemática de confecção dos levantamentos e relatórios elaborados pela Ouvidoria Central da Saúde e prestadores de serviços.

7. RESPONSABILIDADE

Todos os gestores nível I e técnicos responsáveis por apresentar informações relativas aos contratos dos prestadores de serviço.

8. APLICAÇÃO

Todos os colaboradores envolvidos no processo de confecção de relatórios, assim como os responsáveis por apresentar dados referentes aos contratos com prestadores de serviço.

9. DEFINIÇÕES:

- Banco de Dados SMS São Paulo e Rede: Arquivo enviado regularmente pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), contendo os dados oriundos das manifestações registradas no Sistema Ouvidor SUS, referentes ao município de São Paulo, de uso exclusivo da Ouvidoria Central da Saúde;

- Banco de Dados "Primeiro Destino de Encaminhamento": Arquivo enviado regularmente pelo DOGES, contendo as unidades da Rede de Ouvidorias SUS de São Paulo que figuram como primeiro destino de encaminhamento, independentemente do canal de atendimento e/ou ouvidoria de cadastro que a registrou. Uso exclusivo da Ouvidoria Central da Saúde;

- Banco de Dados Consolidado: Arquivo de trabalho que é elaborado pela Ouvidoria Central da Saúde a partir do agrupamento dos Bancos de Dados enviados pelo DOGES, do qual são eliminados os dados duplicados, ou seja, aqueles registrados pela Rede de Ouvidorias SUS de SMS-SP e cujo primeiro destino de encaminhamento seja uma das ouvidorias de nossa própria rede. Uso compartilhado com a Rede de Ouvidoria e Interessados, mediante solicitação e análise;

- Base de dados: Arquivo de trabalho elaborado pela Ouvidoria Central da Saúde a partir do Banco de Dados consolidado, com a inclusão de associações realizadas a partir de dados fornecidos pela Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEINFO), tais como Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES), administrador e outros, além da padronização do nome do Estabelecimento Comercial;

- População Adscrita: Malha das Áreas de Abrangência das UBS, a partir de levantamento realizado pela Gerência de Geoprocessamento e Informações Socioambientais – SMS/CEINFO/GISA, 2012/2013.

- Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde no Município de São Paulo (ASaTS): A partir do conhecimento das condições sociais, demográficas, ambientais, epidemiológicas, bem como, as características dos recursos e estruturas de assistência em saúde atribui-se uma pontuação que varia de 1 a 7, segundo publicação, a saber: São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEINFO). Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde no Município de São Paulo Boletim CEINFO Análise, Ano IX, nº 10, Novembro/2014. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2014.

- Relatório Gerencial: Elaborado e disponibilizado pela Ouvidoria para informação do gestor.

- Sistema OuvidorSUS: Sistema informatizado, desenvolvido pelo Departamento de Ouvidoria- Geral do SUS, permite o registro, tratamento, encaminhamento e acompanhamento das manifestações junto aos órgãos responsáveis pela avaliação e sua resolução.

- Conselho Municipal de Saúde (CMS): órgão de instância máxima colegiada, deliberativa e de natureza permanente, que atua e delibera na formulação e controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde Homologado em D.O.M. de 07/07/00 e Modificado em D.O.M. de 18/10/00 no seu artigo 13, § 6º e artigo 16, § 3º e em 19/10/01 no seu artigo 24).

10. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

10.1 Modalidades de Relatórios

A geração de informação, a partir da consolidação e do tratamento estatístico e analítico das informações registradas pela Ouvidoria, contribui para a qualidade do controle social e para a geração de conhecimento que possa ser aplicado em prol da ampliação do acesso, da equidade, da integralidade e da humanização dos serviços públicos de saúde. Essa diretriz norteia o processo de construção e publicação de informações produzidas pelo trabalho rotineiro das Ouvidorias do SUS.

10.1.1 Relatórios Gerenciais

Devem ser produzidos a partir dos dados consolidados das manifestações recebidas na Ouvidoria do SUS. Contém informações sobre como a saúde pública é vista pelos usuários e auxilia no planejamento de políticas de saúde, que vão ao encontro das necessidades prementes da população.

Este terá seu formato e conteúdo determinado pelo gabinete da Secretaria Municipal da Saúde, tendo periodicidade mínima mensal.

10.1.2 Relatórios para o Conselho Municipal da Saúde (CMS)

A Ouvidoria, em seu papel de estimular e valorizar o controle social e a participação cidadã, tem como objetivo promover o exercício da cidadania, respaldado na Constituição Federal e nos Princípios e Diretrizes do SUS. Por isso, é de fundamental importância que ela atue em parceria com as demais instâncias colegiadas, visto que são espaços representativos dos segmentos da sociedade e fortalecem o controle social.

O relatório destinado ao Conselho conterá informações pertinentes às atividades da Ouvidoria e seus processos de trabalho, sendo sua periodicidade trimestral.

10.1.3 Relatório para Contratos de Gestão

Será realizado com o intuito de atender os requisitos do Contrato de Gestão vigente, e será apresentado à Comissão Técnica de Acompanhamento dos Contratos de Gestão (CTA), do Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde – NTCSS / SMS - G, na periodicidade apontada pelo instrumento legal em questão. As informações relativas à Ouvidoria, necessárias para que o Contrato de Gestão vigente seja avaliado, serão fornecidas pela OCS. Sempre resguardando o sigilo e/ou anonimato, quando requisitado pelo usuário, serão apresentadas as quantidades e demais informações relativas às manifestações registradas no Sistema OuvidorSUS, visto que estas, após tratamento, deverão ser apresentadas de forma a contemplar a meta descrita em Contrato, bem como, estar configurada da seguinte forma:

a) Planejamento das ações a serem desenvolvidas a partir da análise crítica das manifestações recebidas no primeiro mês do trimestre. Tal planejamento deverá conter o motivo de tais medidas, seus modos de execução, em que locais e por quem seriam aplicadas. Deve-se incluir, também, o prazo definido para sua concretização e outros dados que forem considerados relevantes;

b) Relato de como e quando foram desenvolvidas as ações planejadas;

c) Avaliação, baseada nos dados obtidos a partir dos bancos de dados recebidos nos meses seguintes, da eficácia das ações planejadas;

d) A partir do resultado obtido, propor a manutenção, incremento ou redução das medidas até então aplicadas.

10.2 Confecção de relatórios

O procedimento de elaboração dos relatórios supracitados, por se tratar de processo específico, será descrito em Instruções de Trabalho, em suas revisões vigentes.

ANEXO VII

TÉCNICAS ESTATÍSTICAS E INDICADORES

11. OBJETIVO

Definir os parâmetros das técnicas estatísticas e indicadores empregados pela Rede de Ouvidorias SUS da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo.

Folha 81
Proc. Nº 01-610 / 2016
Bruno Lucchetti
RF 11.455

12. RESPONSABILIDADE

Duvidoria Central da Saúde (OCS)

13. APLICAÇÃO

Ouvidores de Nível I e II de toda a Rede de Ouvidoria SUS da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

14. DEFINIÇÕES:

- Dados Populacionais: Censo Demográfico / IBGE, 2001;
- Índice: mede um fenômeno particular;
- Indicador: permite a obtenção de informação de certa realidade (individual ou agregado de informação).

- Indicador de Desempenho das Ouvidorias: Dado que representa ou quantifica um resultado, uma característica ou o desempenho de um processo ou serviço realizado pela Duvidoria. Pode ser um dado bruto, como o número de atendimentos realizados, ou um índice desenvolvido a partir da correlação de diversos dados.

- Média de procedimentos: Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos, segundo estabelecimento de ocorrência. Município de São Paulo, do bimestre anterior ao corrente, a partir de dados fornecidos pelo CEINFO;

- Origem de Documentos: Canais de entrada por meio do qual a Duvidoria recebe manifestações, a saber: Secretaria da Saúde, Central 156, Coordenadorias Regionais, Supervisões Técnicas de Saúde, Hospitais, Autarquia Hospitalar Municipal (AHM) e Organizações Sociais Parceiras;

- População Adscrita: Malha das Áreas de Abrangência das UBS, obtida a partir de levantamento realizado pela Gerência de Geoprocessamento e Informações Socioambientais – SMS/CEINFO - GISA, 2012/2013.

- Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde no Município de São Paulo (ASaTS): Por meio do conhecimento das condições sociais, demográficas, ambientais, epidemiológicas, bem como das características dos recursos e estruturas de assistência em Saúde. Atribui-se uma pontuação que varia de 1 a 7, a saber: São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação, CEINFO. Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde no Município de São Paulo Boletim CEINFO Análise, Ano IX, nº 10, Novembro/2014. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2014.

15. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

15.1 Técnicas Estatísticas

Os técnicos da OCS empregarão, quando não a totalidade de manifestações, amostras obtidas segundo critério da NBR 5426, de 01/1985 – "Planos de amostragem e procedimentos na inspeção por atributos", para a análise das informações obtidas a partir da Base de Dados.

15.2 Indicadores de qualidade

Serão observados os erros de inserção das manifestações, gerando assim um levantamento das inconsistências dos registros.

15.2.1 Inconsistência

Serão construídos a partir de amostras previamente enviadas pela OCS (item 5.1). Estas serão analisadas pela equipe da OCS e/ou pelos Ouvidores da Rede do Município de São Paulo. Para cada vez que ultrapassar 10% nos indicadores de inconsistência, ou se houver um aumento sucessivo de equívocos em três meses, os técnicos envolvidos serão recapitados em programa específico de acordo com POP – OC - 02 – Treinamento.

15.2.1.2 Inserção

Mede a taxa de acertos da equipe técnica quando da inclusão da manifestação no Sistema OuvidorSUS. Consideram-se as categorias a serem analisadas: a classificação, a tipificação, as informações de cadastro, o sigilo ou anonimato e o estabelecimento comercial (unidade a qual a manifestação se refere). Estas serão

avaliadas de acordo com plano de amostragem vigente (item 5.1) e atribuídos os status de "correto" ou "incorreto".

É calculado da seguinte forma: Manifestações corretas/ n° amostra x 100.

15.2.1.3 Fechamento

Mede a taxa de acertos da equipe de ouvidoria como um todo em seu processo de trabalho interno.

As manifestações já fechadas serão avaliadas de acordo com plano de amostragem vigente (item 5.1) e a elas serão atribuídos os status de "correto" ou "incorreto", de acordo com a resposta dirigida ao munícipe. Isto é: se foi realizado o contato para prestar esclarecimento, orientações, para atender a manifestação do indivíduo, e se o conteúdo da resposta está condizente com o teor inicial da manifestação.

É calculado da seguinte forma: Manifestações corretas/ n° amostra x 100.

15.2.2 Solicitação

Correlaciona a quantidade de manifestações relativas a uma unidade de saúde, classificadas como solicitações, com a população adscrita da área. Para as demais unidades, será utilizada a média de procedimentos. A comparação deve considerar ainda os Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde no Município de São Paulo (ASaTS).

O indicador é calculado da seguinte forma:

Para UBS: Manifestação X 30000/população adscrita.

Para demais unidades: Manifestação X 10000 /média de procedimentos

15.2.3 Reclamação

Verifica a quantidade de manifestações classificadas como reclamações relativas a uma unidade da rede Pública de Saúde, usando os mesmos critérios empregados para solicitações (item 5.2.2).

O indicador é calculado da seguinte forma:

Para UBS: Manifestação X 30000/população adscrita.

Para demais unidades: Manifestação X 10000/ número médio de procedimentos

15.2.4 Demais Indicadores

Demais indicadores a serem empregados, além das metas, deverão constar em Instruções de Trabalho a serem confeccionadas em suas revisões vigentes.

[Voltar](#) [Imprimir](#)

Segue 1 juntado 1, nesta data, documento(s)
o papel de informação rubricado 1 sob folha(s)
nº 8.2 Em 14/02/17.

Márcia Yoshimi Taniguchi Hosi
RF. 11.328 - SGP. 12



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº 82

do processo nº 810 de 20 16 14, 02, 17 (a) 28

Márcia Yoshimi Taniguchi Hosi
RF 11.328

RECEBIDO
Comissão de Constituição e Justiça
Em 14/02/17 às 16:00
RF
Márcia Yoshimi Taniguchi Hosi
Auxiliar Operacional
RF 11.328

Ao Vereador / À Vereadora

Para Relatar.
Sala da Comissão de Constituição, Justiça e
Legislação Participativa
Em / /

Presidente
Obs: O prazo para manifestação é de 8 dias nos
termos do § 3º do artigo 63 do RI

Segue juntado, nesta data, documento(s)
e papel de informação rubricado — sob folha(s)
nº 83. Em 17/04/17.

Márcia Yoshimi Tachibana (M. J.)
02.11.1980



Prefeitura do Município de São Paulo

São Paulo, 5 de Abril de 2017.

GABINETE DO PREFEITO

Ofício A. I. L. nº 007/17

Folha nº 83 do Pro.
Nº 610 de 20 16

Márcia Yoshimi Taniguchi Hosi
RF. 11.328 - SGP. 12

Senhor Presidente

DEFERIDO

11 ABR 2017

Presidente

DOCREC

114/2017

Solicito a Vossa Excelência a retirada e o consequente arquivamento dos projetos de lei a seguir relacionados:

- Projeto de Lei nº 710/15, que revoga o inciso IV do "caput" do artigo 1º da Lei nº 12.047, de 25 de abril de 1996, que aprovou plano de melhoramentos no Distrito de Pinheiros;
- Projeto de Lei nº 4/16, que altera a Lei nº 13.399, de 1º de agosto de 2002, que dispõe sobre a criação de Subprefeituras no Município de São Paulo, para determinar a eleição direta para Subprefeito;
- Projeto de Lei nº 389/16, que regulamenta o artigo 10 da Lei Orgânica do Município de São Paulo;
- Projeto de Lei nº 581/16, que estabelece objetivos, diretrizes, estratégias e mecanismos para a implantação do Projeto de Intervenção Urbana para o perímetro do Arco Tietê e cria as Áreas de Intervenção Urbana Centralidade da Metrópole, Lapa e Apoios Urbanos;
- Projeto de Lei nº 610/16, que dispõe sobre a descentralização e a organização da saúde pública integral e do Sistema Único de Saúde nas regiões intramunicipais do Município de São Paulo.

Na oportunidade, renovo a Vossa Excelência meus protestos de apreço e consideração.

JOÃO DORIA
Prefeito

EQUIPE DE PUBLICAÇÃO

11 ABR 2017

SGP. 42

Ao

Excelentíssimo Senhor

VEREADOR MILTON LEITE

Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

JAM/bam

RET Diversos 22.3.17

A Comissão de:

JUST

13.04.17

Antonio Isoldi Caleari

Supervisor - SGP. 22

RF 11.300

A SGP. 33

p/ arquivamento.

Em 17/04/17

Márcia Yoshimi Taniguchi Hosi

Auxiliar Operacional

RF 11.328

SGP. 12 - Sec. das Comissões

Obrigado
fl. de inf. - 84-
em 10/05/2017

CIRO SOL PAVAN MONTAUD
Técnico Administrativo
RF: 11.328



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha n° 84
do processo **01-610** de **2016** 10/05/2017

Ciro Sol Pavan Montaut
RF 11329

**SECRETARIA DE DOCUMENTAÇÃO
SUPERVISÃO DE ARQUIVO GERAL**

Proc. encerrado com 84 fls.
Arquivado em **10/05/2017**
O Funcionário

Ciro Sol Pavan Montaut
RF 11329