



# **PARA ENTENDER O PACTO PELA SAÚDE 2006**

## **FINANCIAMENTO**

**Portaria 698/GM de 30/03/2006**

**Volume IV**

## APRESENTAÇÃO

Para vencer o desafio da efetivação do **Pacto pela Saúde 2006** o CONASS entende que é imprescindível sua divulgação no menor prazo de tempo possível, entre as três esferas de gestão e de maneira uniforme.

Visando contribuir para o processo de discussão estamos dando seqüência série de Notas Técnicas (NT) **Para Entender o Pacto pela Saúde 2006**. Esta traz análise e comentários sobre a **Portaria GM/698** de 30 de março de 2006, que **definiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento**, bem como, considerações sobre as **Portarias GM/399** de 22 de fevereiro de 2006, que **definiu as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde** e **GM/699** de 03 de abril de 2006, que **regulamentou as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão**.

## I - INTRODUÇÃO

Em julho de 2003 foi realizado em Sergipe, o 1º Seminário do CONASS para construção de consensos, cujo tema central foi "PREOCUPAÇÕES E PRIORIDADES DOS SECRETÁRIOS ESTADUAIS QUANTO À ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E FINANCIAMENTO DO SUS".

Era compreensão dos Gestores Estaduais que o processo de financiamento do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e diferenças do nosso país e que a construção de uma nova política de alocação de recursos federais visando a redução das desigualdades macrorregionais e interestaduais deveria contribuir para a garantia dos princípios constitucionais do SUS.

Dentre as prioridades relativas ao **financiamento do SUS** discutidas e consideradas prioritárias para os secretários, citadas na síntese das conclusões do seminário que está expressa na “CARTA DE SERGIPE” em três tópicos são:

➤ **FINANCIAMENTO DO SUS**

- Manifestação ao Congresso Nacional sobre a necessidade da imediata regulamentação da Emenda Constitucional no. 29 por meio de lei complementar.
- Reafirmação dos Secretários de Estado da Saúde do seu compromisso histórico de lutar pelo cumprimento da EC-29.
- Divulgação de um manifesto do CONASS pela manutenção da vinculação das receitas para a saúde e pela regulamentação da EC-29.
- Demonstração com transparência dos gastos estaduais, municipais e federal em saúde.
- Incremento da participação dos Estados no financiamento do SUS.
- A alocação dos recursos do Tesouro do Estado, na saúde, é prerrogativa do governo estadual.
- Assim, as políticas e prioridades devem ser definidas pela SES, em sintonia com as políticas nacionais de saúde, e submetidas ao Conselho Estadual de Saúde.

➤ **REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES REGIONAIS NA DEFINIÇÃO DOS LIMITES FINANCEIROS DA ASSISTÊNCIA.**

- Construção de uma nova política de alocação de recursos federais visando a redução das desigualdades macrorregionais e interestaduais.
- Revisão urgente dos Limites Financeiros federais da Assistência de Média e Alta Complexidade, contemplando as reais necessidades de cada Unidade da Federação e observando o disposto no orçamento do Ministério da Saúde (lei orçamentária no. 10.640/2003) que prevê alocação de recursos com o objetivo de reduzir desigualdades regionais.

➤ **REVISÃO DAS TABELAS DE PROCEDIMENTOS.**

- Revisão dos valores das tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (SIA e SIH), de modo a corrigir a enorme defasagem entre os custos reais e os valores remunerados pelo SUS.
- Realização de estudos para a utilização de novos mecanismos de pagamento de procedimentos.

A nova diretoria eleita em 2006, tendo a clareza de que é fundamental que as Secretarias Estaduais de Saúde sejam fortalecidas para desempenhar as suas funções, entende que todos os esforços devem estar concentrados na imediata regulamentação da Emenda Constitucional n.º29/00 e nas ações voltadas ao enfrentamento do subfinanciamento crônico que ameaça a universalidade e a integralidade do sistema.<sup>1</sup>

## **II - PACTO PELA SAÚDE 2006<sup>2</sup>**

O **Pacto pela Saúde 2006**, assinado pelo Ministério da Saúde, pelo CONASS e pelo Conasems, representou o compromisso político dos gestores com os princípios constitucionais do SUS e expressou-se nos **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**.

### **II.1 - PACTO PELA VIDA**

**Pacto pela Vida** está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

---

<sup>1</sup> Jornal do CONASS - Consensus nº.20

<sup>2</sup> Nota Técnica CONASS nº.06/2006

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

Assim, a instituição do Pacto pela Vida representa duas mudanças fundamentais na reforma incremental do SUS. De um lado, substitui pactos fortuitos por acordos anuais obrigatórios; de outro, muda o foco, de mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas para resultados sanitários. **Desse modo, o Pacto pela Vida reforça, no SUS, o movimento da gestão pública por resultados.**

## II.2 - PACTO EM DEFESA DO SUS

Compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governos.

Os gestores reconhecem a necessidade de romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a **política pública de saúde** para a sociedade organizada, tendo o **financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.**

As prioridades do **Pacto em Defesa do SUS** são:

- Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:
  - Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;
  - Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.
  - Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

### II.3 - PACTO DE GESTÃO

Contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90. Estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Avança na regionalização e descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes permitindo uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

Os objetivos do **Pacto de Gestão** são:

- Definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.
- Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

### III - DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS – FINANCIAMENTO DO SUS - O QUE MUDA COM O PACTO

São **princípios gerais** do financiamento para o SUS:

- Responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do SUS;
- Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos;
- Repasse fundo a fundo definido como modalidade preferencial na transferência de recursos entre os gestores; e
- Financiamento de custeio com recursos federais organizados e transferidos em blocos de recursos.

#### FINANCIAMENTO PARA CUSTEIO

O Pacto pela Saúde 2006 está **alterando a forma de financiamento do SUS** ao eliminar mais de 100 modalidades de transferências de recursos e reduzi-las a apenas cinco blocos. Essa é a principal mudança no Financiamento, relativo ao custeio das ações e serviços de saúde, a **alocação dos recursos federais em cinco blocos**.

As bases de cálculo que formam cada Bloco e os montantes financeiros destinados para os Estados, Municípios e Distrito Federal serão compostos por memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento. Desta forma, estados e municípios terão maior autonomia para alocação dos recursos de acordo com as metas e prioridades estabelecidas nos planos de saúde.

## **FINANCIAMENTO PARA INVESTIMENTOS**

Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde. Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a readequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

## **IV – PORTARIA 698/GM DE 30/03/2006**

A portaria nº. 698/GM de 30 de março de 2006 define que **o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS**, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.

Os **recursos federais destinados ao custeio** de ações e serviços de saúde passam a ser organizados e **transferidos na forma de blocos de financiamento**.

Os **blocos de financiamento** são **constituídos por componentes**, conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados.

Os **blocos de financiamento** para o custeio são:

- I - Atenção Básica;**
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;**
- III - Vigilância em Saúde;**
- IV - Assistência Farmacêutica; e**
- V - Gestão do SUS.**

Os recursos federais para custeio de ações e serviços de saúde serão **transferidos** a Estados, Distrito Federal e Municípios, de **forma automática fundo a fundo**, observando os atos normativos específicos referentes a cada bloco.

Os recursos federais de custeio provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos conforme seus atos normativos.

As **bases de cálculo** que formam **cada bloco e componente**, bem como os montantes financeiros transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios deverão estar **expressas em memórias de cálculo**, para fins de histórico e monitoramento.

Os **recursos de cada Bloco** de Financiamento devem ser **aplicados**, exclusivamente, nas **ações e serviços de saúde relacionados ao Bloco**.

Os recursos oriundos da prestação de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar resultantes da produção das unidades públicas não se aplicam ao previsto no caput deste artigo.

No **Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica**, os recursos devem ser **aplicados, exclusivamente**, nas ações definidas para cada **Componente que compõem o Bloco**.

## **I - DO BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA**

O Bloco da Atenção Básica será constituído por dois componentes:

**I.1 - Piso de Atenção Básica – PAB Fixo;**

**I.2 - Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável.**

O **Piso de Atenção Básica – PAB Fixo** se refere ao custeio de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da Funasa, incorporados ao PAB fixo, podem ser aplicados no custeio destas unidades.

O **Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável**, é constituído por recursos financeiros destinado ao custeio de estratégias, realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde, tais como:

- I - Saúde da Família;
- II - Agentes Comunitários de Saúde;
- III - Saúde Bucal;
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- VI - Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII - Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória; e
- VIII - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Os **recursos do PAB Variável serão transferidos** do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, **mediante adesão** e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes do respectivo plano de saúde.

**Os recursos do PAB Variável transferidos atualmente para custeio das ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a compor o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.**

O Ministério da Saúde está propondo o **incremento de recursos** destinados à estratégia de **Compensação de Especificidades Regionais**, correspondente a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado.

Os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB e informados ao plenário da CIT, devendo atender a especificidades estaduais e regulamentados por ato normativo específico.

## **II - DO BLOCO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR**

O Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes:

**II.1 - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC**

**II.2 - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.**

O **Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC** - dos Estados, Distrito Federal e Municípios, é destinado ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, transferidos mensalmente, para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde.

O financiamento dos **incentivos permanentes do Componente MAC** inclui aqueles atualmente designados aos:

- I - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- II - Laboratório de Prótese Dentária;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- IV - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;

- V - Hospitais de Pequeno Porte;
- VI - Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS;
- VII - Fator de Incentivos ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;
- VIII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI; e
- IX - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de custeio de ações de média e alta complexidade e não financiados por procedimento.

Os **recursos federais serão transferidos do Fundo** Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, **conforme a Programação Pactuada e Integrada da Assistência, publicada em ato normativo específico.**

O **Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC** são recursos destinados ao custeio dos seguintes procedimentos:

- I - Procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;
- II - Transplantes;
- III - Ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido; e
- IV - Novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, que serão custeados pelo FAEC por um período de seis meses com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

Os recursos destinados ao custeio de procedimentos atualmente financiados por meio do FAEC e não contemplados acima, serão incorporados ao Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos Estados, Distrito

Federal e Municípios, conforme ato normativo específico, observando as pactuações da Comissão Intergestores Tripartite.

### **III - DO BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

O **Bloco de Financiamento para a Vigilância em Saúde** será constituído por dois componentes:

**III.1 - Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde,**

**III.2 - Componente da Vigilância Sanitária em Saúde.**

As responsabilidades de cada uma das esferas de governo estão estabelecidas na legislação vigente, devendo as adequações e atualizações ser pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite.

O **Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde**, se refere aos recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde que incluem os seguintes incentivos : Hospitais do Sub Sistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, Registro de Câncer de Base Populacional, Atividade de Promoção à Saúde, Laboratórios de Saúde Pública e outros que vierem a ser implantados através de ato normativo específico.

No **componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde** também estão **incluídos recursos federais com repasses específicos**, destinados às seguintes finalidades:

I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II);

II - campanhas de vacinação; e

III - incentivo do Programa DST/AIDS;

Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios – componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em saúde, na medida em que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

Os recursos de que trata o componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde deverá contemplar ações de rotina e poderá ser acrescido de valores específicos para a execução de ações contingenciais, conforme pactuação na CIT.

O **Componente da Vigilância Sanitária em Saúde** será constituído do Termo de Ajuste e Metas – TAM e do Piso da Atenção Básica em Vigilância Sanitária – PAB VISA.

#### **IV - DO BLOCO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

O Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por quatro componentes:

**IV.1- Componente Básico da Assistência Farmacêutica;**

**IV.2 - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;**

**IV.3 - Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional e**

**IV.4 - Componente de Organização da Assistência Farmacêutica.**

O **Componente Básico da Assistência Farmacêutica** destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e aquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica.

O Componente Básico é composto de uma **Parte Financeira Fixa** e de uma **Parte Financeira Variável**.

A **Parte Financeira Fixa do Componente Básico** consiste em um valor per capita destinado a aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica em atenção básica, transferido ao Distrito Federal, Estados e/ou Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.

Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros ou insumos, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e normatização da política de assistência farmacêutica vigente.

A **Parte Financeira Variável do Componente Básico** consiste em valores per capita destinados a aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

Os recursos da Parte Variável do Componente Básico poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados a Estados, Municípios e Distrito Federal, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, mediante a implementação e organização dos serviços previstos nestes Programas.

Os recursos destinados ao medicamento **Insulina Humana**, do grupo de medicamentos do Programa **Hipertensão e Diabetes**, **serão** executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação da Comissão Intergestores Tripartite, retificando a Portaria GM nº 399 de 22/02/2006.

O **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica** destina-se ao financiamento para o custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos:

I - Controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II - Anti-retrovirais do programa DST/AIDS;

III - Sangue e Hemoderivados; e

IV - Imunobiológicos;

O **Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional** destina-se ao financiamento do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para a aquisição e distribuição do grupo de medicamentos da tabela de procedimentos ambulatoriais.

**O Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional será reformulado no prazo de 60 dias mediante pactuação entre as três esferas de gestão do SUS, observadas as seguintes diretrizes:**

I - Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;

II - Definição de percentual de co-financiamento entre as esferas de gestão federal e estadual;

III - Revisão periódica de valores da tabela de procedimentos; e

IV - Forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

O Ministério da Saúde transferirá mensalmente às Secretarias Estaduais, os valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, com base nas emissões de Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC.

O **Componente de Organização da Assistência Farmacêutica** é constituído por recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços inerentes à assistência farmacêutica.

## **V - DO BLOCO DE GESTÃO DO SUS**

O **Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS** destina-se ao fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde para o custeio de ações específicas relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Os recursos federais que integram o Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS serão constituídos dos seguintes componentes:

- I - Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;**
- II - Planejamento e Orçamento;**
- III - Programação;**
- IV - Regionalização;**
- V - Gestão do Trabalho;**
- VI - Educação em Saúde;**
- VII - Incentivo à Participação do Controle Social;**
- VIII - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e**
- IX - Incentivo à Implantação e/ou Qualificação de Políticas Específicas;**

Os incentivos relacionados à Implantação e/ou Qualificação de Políticas Específicas, incluem aqueles atualmente designados à:

- I - Implantação de Centros de Atenção Psicossocial;**
- II - Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;**

- III - Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- IV - Fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
- V - Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- VI - Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
- VII - Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- VIII - Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
- IX - Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador;
- X - Política de Cirurgias Eletivas;
- XI - Adesão a Contratualização dos Hospitais Filantrópicos;
- XII - Cadastro Nacional dos Usuários do SUS (Cartão Nacional); e
- XIII - Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

A transferência de recursos de que trata este bloco será regulamentada por ato normativo específico.

O Ministério da Saúde publicará **portarias específicas regulamentando a operacionalização de cada Bloco de Financiamento** constituído.

**O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para garantia das transferências conforme o disposto na PORTARIA 698/GM.**

**Até o momento, somente o Bloco de Financiamento da Atenção Básica foi regulamentado.**

## V - PORTARIA 699/GM DE 30/03/2006

A **portaria 699/GM** de 30/03/2006 **regulamenta** a implementação das **Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão** e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como, a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas.

O **Termo de Compromisso de Gestão** (Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal) é o documento de formalização do Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão e tem os seguintes Anexos:

I - Extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, quando couber – Anexo V;

II - A Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal – Anexo VI;

III - O Termo do Limite Financeiro Global do Município e do Estado e do DF – Anexo VII; e

IV - Relatório dos Indicadores de Monitoramento, a ser implantado a partir de 2007.

O Termo de Cooperação entre Entes Públicos, cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, Conass e Conasems em portaria específica, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra.

O **Termo de Cooperação entre Entes Públicos** deve conter as metas e um plano operativo do acordo e **as unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização dessas metas pactuadas no plano operativo e não por produção**. A transferência de recursos, objeto desse Termo deverá ser feita conforme pactuação.

O **Termo do Limite Financeiro Global** do Município, do Estado e do Distrito Federal refere-se aos recursos federais de custeio, referentes àquela unidade federada, explicitando o valor correspondente a cada bloco.

No **Termo do Limite Financeiro Global do Município**, no que se refere ao **Bloco da Média e Alta Complexidade**, serão discriminados os recursos para a população própria e os relativos à população referenciada.

Os recursos relativos ao **Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do DF** serão transferidos pelo Ministério da Saúde, de forma regular e automática, ao respectivo **Fundo de Saúde**, excetuando os recursos transferidos diretamente às unidades universitárias federais e aqueles previstos no **Termo de Cooperação entre Entes Públicos**.

O **Termo do Limite Financeiro Global do Município** deverá explicitar também os recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual. Caso não seja possível explicitá-los por blocos, deverá ser informado apenas o total do recurso.

**Estabeleceram-se normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal:**

I - A alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade da Assistência será definida de acordo com a Programação Pactuada e Integrada - PPI;

II - A alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal, deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e encaminhada ao MS para publicação; e

III - As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações:

a) não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas;

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano; e

c) indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, DF ou estado envolvido.

**Apenas os estados, o distrito federal e os municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão farão jus às prerrogativas financeiras deste Pacto, tais como recursos para a gestão e regulação e terão prioridade para o recebimento dos recursos federais de investimentos, excetuando as emendas parlamentares e os vinculados a políticas específicas pactuadas. O MS poderá propor à CIT outros incentivos para os estados, distrito federal e municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão.**

## **VI - ANEXOS**

- **PORTARIA 698/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006**
- **PORTARIA Nº 699/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006 E SEUS ANEXOS.**
- **PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006 E SEUS ANEXOS.**