

Regulação e Contratualização no SUS

Regulação no SUS

A ação regulatória abrange os setores público e privado de saúde. A Regulação em Saúde consiste em macroprocessos de gestão do setor saúde, constituído por um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e integrada, com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, otimizar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde. A Regulação em Saúde compreende a elaboração de atos normativos que regulem ou regulamentem o setor saúde, além de outras questões que impactem em seus determinantes. No âmbito do SUS as ações de Regulação em Saúde estão organizadas em três dimensões de atuação, integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso.

Na atual Política Nacional de Regulação (PNR), publicada pela Portaria GM/MS nº 1.559 de 2008, incorporada por meio do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, a regulação do SUS é organizada:

I. Regulação de Sistemas de Saúde: têm como objeto os sistemas municipal, estadual e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo, a partir dos princípios e das diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

- *Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão.*
- *Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde.*
- *Participação da Comunidade e Ouvidoria em Saúde.*
- *Vigilância Sanitária e Epidemiológica.*
- *Regulação da Saúde Suplementar.*
- *Auditoria Assistencial ou Clínica.*
- *Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.*

II. Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme as responsabilidades gestoras de cada ente; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle

da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

- *Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).*
- *Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS).*
- **Contratualização de serviços de saúde** segundo as normas e políticas específicas do Ministério da Saúde.
- *Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde.*
- *Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais.*
- *Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar.*
- *Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).*
- *Avaliação analítica da produção.*
- *Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS).*
- *Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde.*
- *Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde.*
- *Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.*

III. Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

- *Regulação do acesso a partir da Atenção Básica.*
- *Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências.*
- *Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados.*
- *Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais.*

- *Estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.*

A função regulatória é de responsabilidade de todos os níveis de gestão do SUS, devendo ser implementada de acordo com as características dos serviços disponíveis em cada território, na perspectiva da organização em rede de atenção. Exige a compreensão por parte dos profissionais e gestores, que ainda que instituídos fluxos e regras, não raro, usuários realizam itinerários próprios para alcançar determinado serviço, contrariando a lógica racional do sistema, e determinados arranjos precisam ser adaptados à realidade de cada região.

Contratualização no SUS

A celebração de vínculos formais entre gestores e prestadores de serviços de saúde tem dupla função:

- Estabelecer uma ferramenta (jurídica) formal que garanta a legalidade do contrato;
- E um instrumento de compromisso entre as partes com o estabelecimento de metas quali-quantitativa vinculadas ao repasse dos recursos financeiros.

Para assegurar o resultado dessas funções, deverão as partes (signatárias) cumprir as regras fixadas na legislação pertinente às Licitações e aos Contratos Administrativos, em conformidade à modalidade institucional de gestão e prestação de serviços.

Nesse contexto, a formalização da participação complementar das entidades privadas no Sistema Único de Saúde se reveste de extrema importância. Na atividade assistencial, deve ainda ser entendida como um mecanismo de gestão, controle e avaliação dos serviços contratados, conforme institui a Política Nacional de Regulação, na dimensão da regulação da atenção (BRASIL, 2016).

Entendendo os conceitos:

Contratualização: O momento atual da gestão do SUS tem provocado mudanças na relação entre gestor e prestador, passando de um processo meramente burocrático a uma nova modalidade contratual (contratualização). Essa modalidade não se restringe ao ato formal de contratação de serviços. Consiste em uma pactuação entre gestor e prestador de serviços, na qual são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de acordo com as necessidades de saúde da população e do perfil assistencial do prestador.

São especificadas obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas e estabelecidos critérios para o monitoramento e avaliação de seu desempenho (BRASIL, 2016).

Em termos gerais, a contratualização é um processo que consiste no procedimento de ajuste de condições específicas no relacionamento entre duas partes, seja entre o Poder Público e seus órgãos (contratualização interna), ou entre Poder Público com entidades de direito público, privado e entidades da sociedade civil (contratualização externa). Nestes relacionamentos, há em linhas gerais, o processo de negociação e o estabelecimento de metas de desempenho. Conforme já assinalado, esse processo pode ser externo ou interno. No caso de um processo que envolva a contratualização interna, ou seja, para dentro dos serviços, não há que se falar necessariamente em um instrumento jurídico tradicional, mas sim na necessidade do estabelecimento de um processo contínuo de pactuação, que se traduza em um acordo com a definição de metas e responsabilidades das partes. Como o próprio nome diz, o processo de contratualização externa reflete um processo ou conjunto de atos que resultam na contratação de serviços envolvendo: a detecção das necessidades pelo poder público; a definição de instrumentos; as metas a serem atingidas; as formas de acompanhamento e avaliação; e, os processos de contratação desses serviços que culminam com a formalização do instrumento jurídico adequado.

Contratação dos serviços de saúde: é o ato ou efeito de contratar; é o acordo estabelecido entre o gestor e o prestador que entre si transferem direito ou se sujeitam a uma obrigação.

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) define, entre outros aspectos, a contratação de prestadores de serviços de saúde como competência comum dos entes federativos. A contratação de serviços de saúde de forma complementar das instituições privadas e a sua relação com o gestor deve ser estabelecida por vínculos formais, permitindo-lhe suprir a insuficiência dos serviços no setor público, assegurada a preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, conforme art. 199, §1º da CF/1988, observadas as exigências gerais aplicáveis. A não observância desses aspectos recai em improbidade administrativa, como define a Lei 8.429/1992.

Segundo a Constituição Federal de 1988 e a Lei n. 8.080/1990, são consideradas atribuições, tanto do gestor estadual como do gestor municipal, a gestão e a execução de serviços públicos de atendimento à saúde da população, podendo eles recorrer de forma complementar aos serviços ofertados pela rede privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária.

Ainda conforme a Lei n. 8.080/1990, a participação da iniciativa privada deverá se dar de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A formalização contratual entre o poder público e a iniciativa privada é de suma importância, pois estabelece de forma clara os direitos e deveres de cada uma das partes, legitima o repasse de recursos públicos para o setor privado, de mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde do SUS e torna-se um forte instrumento de regulação e de avaliação dos resultados na prestação de serviços.

Entretanto, deve ser lembrado que, antes da formalização contratual, é imprescindível planejar a compra de serviços com base no diagnóstico das necessidades de saúde da população e na capacidade de oferta da rede pública. A definição do escopo, quantidade e qualidade dos serviços a serem contratados deve ter como base os protocolos assistenciais, bem como as prioridades definidas pelo gestor no seu plano de saúde.

As bases legais para formalização de contratos e convênios são a Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações e, as legislações específicas de cada ente. A Lei n. 8.666/1993 institui as normas para licitação e contratos da administração pública e traz, no seu artigo 55, as cláusulas necessárias para compor qualquer contrato firmado entre o gestor público da saúde e os prestadores de serviços de saúde.

A Lei nº 8.666/1993 foi recentemente atualizada pela Lei nº 14.133/2021. O processo para sua revogação total levará dois anos, até lá a administração pode optar por um dos instrumentos, desde que todo o processo o siga por completo.

A complementaridade dos serviços públicos de saúde

Quando as disponibilidades de oferta de serviços próprios forem insuficientes para garantir o atendimento à população, o gestor de saúde poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, respeitando as competências que lhes são atribuídas pela lei, a legislação aplicável às licitações e os limites de seu território no planejamento de ações garantidoras da suficiência da assistência.

Mas, é sempre bom relembrar a opinião de Marlon Alberto Weichert, acerca da participação da iniciativa privada no SUS:

“(...) somente pode haver contratação de serviços privados quando forem insuficientes as estruturas do Poder Público. A simples menção a uma participação complementar permite concluir que a Constituição concedeu primazia à execução do serviço público de saúde por uma rede própria dos entes federativos. Atendimento público através de serviços privados deve consistir em exceção, tolerável apenas se e enquanto não disponibilizado diretamente pelo Poder Público”.

Nas contratações complementares de serviços de saúde deverão ser observados os princípios e as diretrizes do SUS, a necessidade de ampliação da oferta, assim como as pactuações, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e os recursos financeiros disponíveis para a definição do objeto e do quantitativo a ser contratado, sendo assegurada a preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, conforme previsto no art. 199, §1o, da CF/1988, devendo o gestor, persistindo a necessidade quantitativa dos serviços demandados, recorrer às entidades com fins lucrativos. Não se pode jamais perder de vista que toda transferência de recursos públicos, independentemente de sua finalidade, está

subordinada aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, conforme dispõe o art. 37 da Constituição Federal de 1988.

A previsão da necessidade de complementação de serviços deverá constar no Plano de Saúde respectivo (Plano Estadual de Saúde - PES ou Plano Municipal de Saúde - PMS), sendo detalhada na Programação Anual de Saúde (PAS), conforme disciplina a Lei Complementar nº 141/2012 e a Portaria GM/MS nº 2135/2013, e ainda, com sua formalização jurídica por meio de instrumento contratual que estabeleça, de forma clara e objetiva, os direitos e deveres de cada uma das partes.

No entanto, é importante a clareza quanto à compreensão que a complementação prevê a contratação de determinado serviço e/ou estabelecimento de saúde, que possua cede e estrutura própria, razão social e cadastro no sistema nacional de estabelecimentos de saúde (SCNES). Tal fato é importante, para que não ocorra contratos com prestação de serviços dentro da estrutura pública.

É importante ainda reforçar que deverá ser observado nas contratações os ditames constitucionalmente impostos à Administração Pública e para o estabelecimento dos vínculos formais, o cumprimento da legislação de licitações e contratos administrativos, Lei nº. 8.666/1993.

ATENÇÃO

Lei nº 14.230/21 - Altera Lei nº 8.429/92, que dispõe sobre a **Improbidade Administrativa**:

Art. 1º. “Dispõe sobre as sanções aplicáveis em virtude da prática de atos de improbidade administrativa, de que trata o § 4º do art. 37 da Constituição Federal; e dá outras providências.”

Art. 2º. Para os efeitos desta Lei, consideram-se agente público o agente político, o servidor público e todo aquele que exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função nas entidades referidas no art. 1º desta Lei.

Parágrafo único. No que se refere a recursos de origem pública, sujeita-se às sanções previstas nesta Lei o particular, pessoa física ou jurídica, que celebra com a administração pública convênio, contrato de repasse, contrato de gestão, termo de parceria, termo de cooperação ou ajuste administrativo equivalente.” (NR)

Art. 10. Constitui ato de improbidade administrativa que causa lesão ao erário qualquer ação ou omissão dolosa, que enseje, efetiva e comprovadamente, perda patrimonial, desvio, apropriação, malbaratamento ou dilapidação dos bens ou haveres das entidades referidas no art. 1º desta Lei, e notadamente:

(...)

VIII - frustrar a licitude de processo licitatório ou de processo seletivo para celebração de parcerias com entidades sem fins lucrativos, **ou dispensá-los indevidamente**, acarretando perda patrimonial efetiva;

XI - liberar verba pública sem a estrita observância das normas pertinentes ou influir de qualquer forma para a sua aplicação irregular;

XIV – celebrar contrato ou outro instrumento que tenha por objeto a prestação de serviços públicos por meio da gestão associada sem observar as formalidades previstas na lei (Incluído pela Lei nº 11.107, de 2005);

XV – celebrar contrato de rateio de consórcio público sem suficiente e prévia dotação orçamentária, ou sem observar as formalidades previstas na lei (Incluído pela Lei nº 11.107, de 2005); e,

XVIII - celebrar parcerias da administração pública com entidades privadas sem a observância das formalidades legais ou regulamentares aplicáveis à espécie, (Incluído pela Lei nº 13.019, de 2014)

Merece destaque nas ações acima descritas, aquela que poderá ser verificada logo no início do processo quando do estabelecimento de relação de complementação de serviços com entidade filantrópica ou sem fins lucrativos. Para o atendimento da demanda deverá o gestor implementar medidas de ampliação do próprio público. Restando demanda, a complementação inicialmente deverá ser feita por entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, observando a preferência destas. Se ainda persistir demanda o gestor promoverá a contratação de empresas junto a iniciativa privada, com a celebração de contratos administrativos decorrentes de licitação.

É importante lembrar que existem portarias do ministério da saúde que trazem orientações sobre o processo de contratualização/contratação no SUS. A **Portaria GM/MS nº 2.567**, de 25 de novembro de 2016, que *“dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)”*, é o documento oficial que fala sobre a possibilidade do **credenciamento** de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Além das legislações citadas, a portaria a ser observada quando da contratação de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é a **Portaria GM/MS nº 3.410**, de 30 de dezembro de 2013, que *“estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)”*.

Passos para a Contratação dos serviços:

1. Consultar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e verificar a capacidade instalada no seu território;

2. De acordo com as necessidades populacionais, devem ser definidos os protocolos assistenciais, indicando as ações e serviços a serem disponibilizados na Programação Pactuada e Integrada (PPI);
3. O próximo passo é a elaboração do plano operativo das unidades próprias sob sua gerência, com a finalidade de identificar o que eles ofertam e levantar a necessidade de complementação de serviços e de organização da rede devendo conter a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas;
4. Após a verificação do desenho da rede, caso se constate que a rede própria é suficiente para atender às necessidades populacionais, não é preciso contratar os prestadores da iniciativa privada;
5. Caso se verifique que a rede própria é insuficiente, e que há necessidade de complementação: em primeiro lugar verificar se em sua rede existem instituições públicas de outra esfera de governo, com as quais deverá formalizar um acordo para compra de serviços destas, por meio do protocolo de cooperação entre entes públicos (PCEP);
6. Caso persista a necessidade de complementação da rede, deverá recorrer à rede privada, priorizando as entidades filantrópicas. Deve ser lembrada a necessidade de sempre fazer uso da Lei n. 8.666/1993 para a realização de qualquer contrato ou convênio com particular;
7. Para a complementaridade de serviços de saúde com instituições privadas com ou sem fins lucrativos serão utilizados os seguintes instrumentos:
 - 7.1. Convênio, firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde;
 - 7.2. Contrato administrativo, firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, *quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde*.
8. A ampliação de serviços já existentes, com oferta insuficiente, e/ou a de serviços ausentes no território, deve priorizar arranjos e estratégias regionais;
9. Essas estratégias devem levar em consideração os aspectos da gestão do ente contratante e a natureza jurídica do serviço a ser contratado. Tais aspectos podem modificar o instrumento contratual, e a possibilidade de execução municipal e/ou regional (via consórcio);

10. A necessidade de complementação de serviços deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar no Plano de Saúde respectivo;
11. A Lei 8.666/93 prevê licitação dispensada no art. 17, licitação dispensável no art. 24, e ainda as situações de inexigibilidade referidas no art. 25, necessariamente justificadas, deverão ser comunicadas dentro de três dias à autoridade superior, para ratificação e publicação na imprensa oficial, no prazo de cinco dias, como condição para eficácia dos atos;
12. Quando existir impossibilidade ou inviabilidade de concorrência entre os prestadores, haverá inexigibilidade de licitação e, nesses casos, poderá fazer uso do chamamento público por credenciamento;
13. Em caso de realização do procedimento licitatório, este gerará um contrato administrativo com as entidades privadas com ou sem fins lucrativos (FELICIELLO *et al.*, 2016);
14. O contrato deve ser instituído pelo município do território ao qual o estabelecimento de saúde está inserido, desde que possua a gestão do mesmo, ainda que atenda ou parta do interesse micro e/ou macrorregional. Essa característica configura o princípio da direção única do sistema de saúde (BRASIL, 1990);
15. Os valores dos procedimentos contratados devem seguir a tabela de preços e procedimentos do SUS – SIGTAP (BRASIL, 1993); A complementação de tabela ao prestador privado no SUS pode ser realizada com recursos próprios municipais e/ou estaduais, desde que não limite a integralidade da assistência e o acesso dos cidadãos (BRASIL, 2001); A mesma deve ser pactuada na Comissão Intergestores Regional - CIR e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS).
16. No contrato deve estar explícito o elenco de procedimentos contratados a partir da capacidade instalada do prestador. O acesso deve ser regulado pelo município do território ao que o estabelecimento pertence (BRASIL, 2008);
17. Gestores públicos precisam utilizar estratégias de regulação, representando o acordo de compromissos estabelecidos entre as partes, informando os procedimentos que serão ofertados, efetuando e definindo fluxos de monitoramento (BRASIL, 2008, 2016; FELICIELLO *et al.*, 2016). E ainda, atuar no controle e avaliação dos serviços contratados, indicando o que foi pactuado e realizado, e o alcance de indicadores e metas estabelecidas nos contratos (FELICIELLO *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

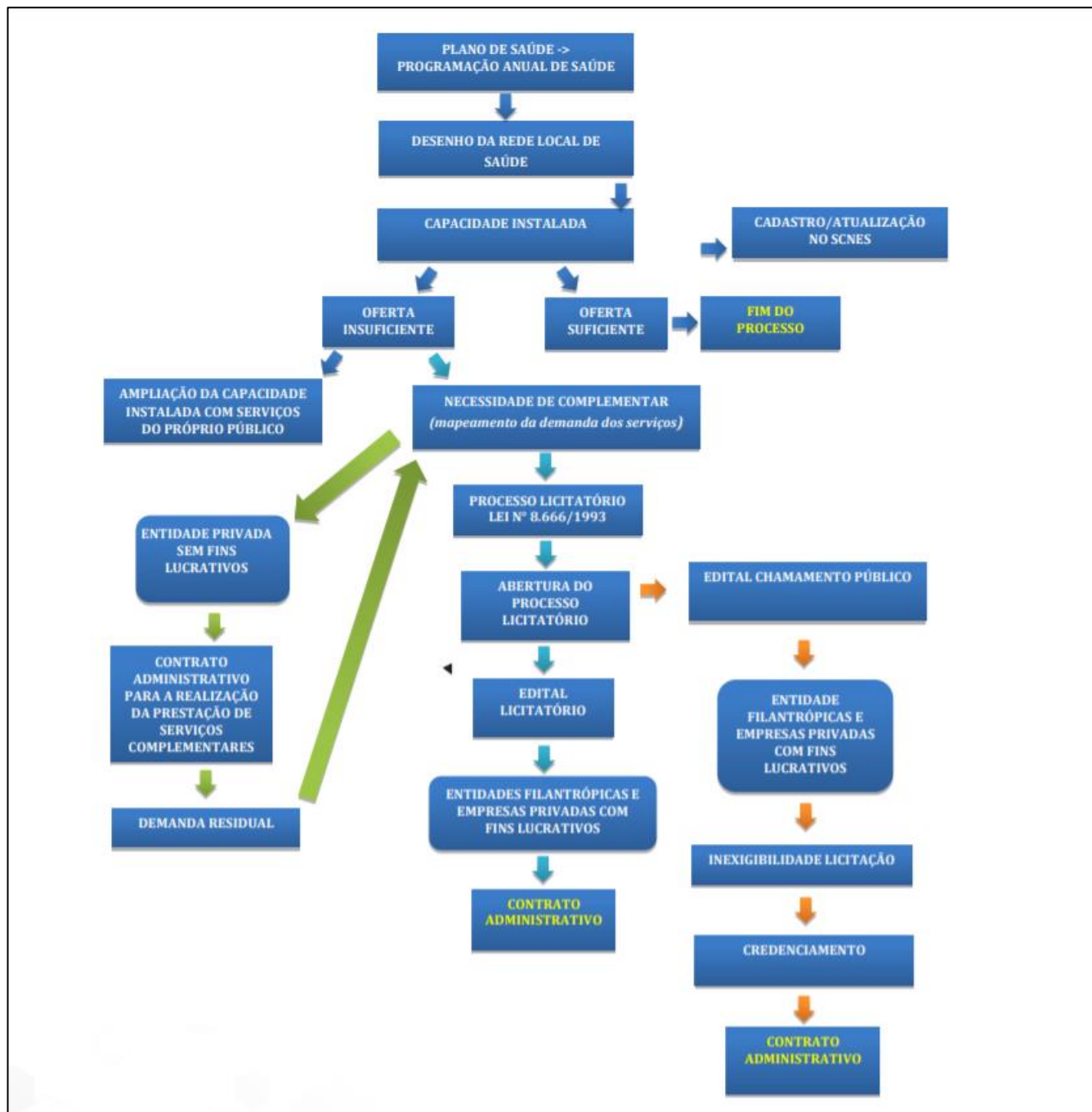
O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS editou um guia eletrônico juntamente com o novo manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde, como subsídio a gestores e prestadores na realização da complementação da rede assistencial. Este guia oferece uma consulta prática e simples para as questões envolvendo a complementação de serviços de saúde, em especial as licitações e o instituto do credenciamento. Seu objetivo é se constituir numa ferramenta colaborativa para orientar a sequência dos atos necessários para a contratação de serviços de saúde e estimular o planejamento, programação e regulação, de acordo com as necessidades do gestor e da população.



https://wiki.saude.gov.br/contratacao/index.php/P%C3%A1gina_principal



Fluxograma: Passos para o planejamento das contratações.



Fonte: BRASIL (2017).

Consórcios Intermunicipais de Saúde

Os consórcios configuram pessoas jurídicas as quais poderão assumir personalidades variadas, tanto uma personalidade de direito público, quando constituirão uma associação pública integrante da administração indireta, ou privado, quando deverão atender às exigências da norma de direito público e também os requisitos da legislação civil. Previstos na Lei n. 11.107/2005 e no art. 241 da Constituição Federal, foram regulamentados por meio do Decreto nº 6.017/2006.

A Lei estabelece normas gerais de contratação dos consórcios públicos e são aplicáveis à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. Para tanto, atribui uma série de prerrogativas aos consórcios, incluindo:

1. firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgão do governo;
2. nos termos do contrato de consórcio de direito público, promover desapropriações e instituir servidões nos termos de declaração de utilidade ou necessidade pública, ou interesse social, realizada pelo Poder Público; e,
3. ser contratado pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, dispensada a licitação.

Na perspectiva do sistema de saúde, os consórcios podem ser entendidos como um instrumento de apoio à gestão municipal, ao fortalecer as relações federativas por meio da ação coletiva entre gestores (MENDONÇA, ANDRADE, 2018). Por constituir-se a partir do contrato de rateio entre os municípios, os consórcios não são e não podem ser considerados um ente federado, mas sim, uma modalidade de gestão descentralizada, que atende interesses e demandas coletivas dos entes consorciados.

Na condição de intermediador dos serviços necessários aos municípios consorciados, o consórcio apresenta como potencialidade a possibilidade de trabalhar com valores menores do que os praticados em credenciamentos municipais, e, por possuir determinada autonomia para a organização de valores distintos aos da tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP). Nesse aspecto, o consórcio pode reduzir o valor contratual de procedimentos por meio de economia em escala, ao mesmo tempo, em que o volume dos procedimentos e/ou consultas contratualizadas servem como “iscas” para garantir a vinculação de especialistas, principalmente em regiões com escassez de profissionais.

Vale ressaltar, que os valores negociados pelos consórcios, tabela SUS ou tabela do próprio consórcio, dependerá da fonte do recurso. Isso significa que contratos baseados no teto ambulatorial dos municípios consorciados a partir de recursos federais por meio da tabela SUS, devem ser formalizados tendo essa tabela como instrumento para o teto contratual, por outro lado, os contratos estabelecidos a partir de recursos de rateio de fonte municipal, poderão utilizar-se da tabela do consórcio, como por exemplo, os contratos de programa.

A aplicação do contrato de programa é obrigatória nas situações em que houver prestação de serviços públicos por meio de cooperação federativa. Por meio da celebração do contrato de programa, os entes federativos podem estabelecer a gestão associada de serviços públicos com um programa de

trabalho que, mediante contrato, pode ser executado por empresa, fundação ou autarquia da administração indireta de qualquer um dos cooperantes (BRASIL, 2014).

Dessa forma, visando efetivar as regiões e microrregiões de saúde, os consórcios têm amparo legal e atualmente é a única alternativa viável para efetuar a contratação de serviços em nível intermunicipal, desde que garantidos os princípios fundantes do SUS, em relação a direção única e não configuração da duplicidade de contratualização de ações e serviços de saúde (FELICIELLO et al, 2016).

João Felipe Marques da Silva
Maria da Penha Marques Sapata
Marina Sidineia Ricardo Martins

Referências:

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. Brasília, 1992.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1606, de 11 de setembro de 2001. Brasília, 2001.

_____. Presidência da República. Lei nº 11.107 de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Seminário do CONASS para entender o Pacto pela Saúde: Legislação e Notas Técnicas do CONASS. Livro do Pacto pela Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2008.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 224p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde e suas atualizações. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Presidência da República. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal, revoga os dispositivos das leis nº 8.080 de 1990 e 8.689 de 1993 e dá outras providências. Brasília-DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2567, de 25 de novembro de 2016. Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Anexo XXVI da Portaria de Consolidação no 2, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM no 1.559, de 01 de agosto de 2008). Institui a Política Nacional de Regulação no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

_____. Lei nº 13.650, de 11 de abril de 2018. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, na área de saúde, de que trata o art. 4º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009; e altera as Leis nºs 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 8.429, de 2 de junho de 1992. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/26536053/publicacao/26536202>

_____. Ministério da Saúde. Manual de orientações para contratação de serviços de saúde. 1ª ed. Brasília, 2017, 63p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_contratacao_servicos_saude.pdf

_____. Presidência da República. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. DF, 2021.

_____. Presidência da República. Lei nº 14.230, de 25 de outubro de 2021. Altera a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, que dispõe sobre improbidade administrativa, DF, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14230.htm

FELICIELLO D., et al. Contratualização de serviços de saúde: guia prático para gestores públicos e gerentes de serviços de saúde do SUS. NEPP. UNICAMP. Campinas, SP. 2016, 229p.

MENDONÇA, F. F.; ANDRADE, S. K. A. V. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. Redes, v. 23, n. 3, p. 206, 12 set. 2018.