

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ASPECTOS GERAIS PARA A ELABORAÇÃO DO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA

Brasília, 25 de agosto de 2011

PRESSUPOSTOS DO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA

I – PRESSUPOSTOS DO CONTRATO

- 1. Existência de região de saúde instituída de acordo com o disposto no Decreto 7508/2011;**
- 2. Existência da CIR na região;**
- 3. Observância das Diretrizes Gerais para Instituição das Regiões de Saúde definidas pela CIT, conforme determina o art. 4º do Decreto 7.508 de 2011;**

II - OBJETO DO CONTRATO

Organização, integração das ações e dos serviços de saúde e as responsabilidades dos entes federativos na Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde do cidadão.

ESTRUTURA DO CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA

III - ESTRUTURA DO CONTRATO

PARTE I – Da responsabilidade organizativa do SUS.

Conteúdos comuns a todos os contratos e seu conteúdo disporá sobre os fundamentos do SUS – Padrão Nacional

III - ESTRUTURA DO CONTRATO

PARTE II e seus cinco anexos: Da responsabilidade executiva dos entes federativos.

Esta Parte disporá sobre a programação geral do contrato, respeitadas as diretrizes nacionais, estaduais e municipais e os respectivos planos de saúde dos Signatários.

A programação será elaborada na Região e conterá a programação de cada ente.

III - ESTRUTURA DO CONTRATO

PARTE III – Da responsabilidade pelo financiamento do contrato. Esta Parte deve conter, além de um padrão nacional de transferência de recursos, as especificidades locais e estadual do financiamento.

PARTE IV – Da responsabilidade pelo acompanhamento do contrato. Esta Parte disporá sobre o sistema de monitoramento, avaliação de desempenho da execução do contrato e auditoria.

III – ESTRUTURA DO CONTRATO

PARTE I - DAS RESPONSABILIDADES ORGANIZATIVAS DO SUS

Está Parte deverá contemplar:

- a) Cláusula Primeira: do objeto;
- b) Cláusula Segunda: das disposições gerais;
- c) Cláusula Terceira: dos princípios e diretrizes do SUS;
- d) Cláusula Quarta: das ações e serviços do SUS na Região;
- e) Cláusula Quinta: do acesso ordenado às ações e serviços na rede de atenção à saúde;
- f) Cláusula Sexta: da rede de atenção à saúde e seus elementos constitutivos;

III – ESTRUTURA DO CONTRATO

PARTE I - DAS RESPONSABILIDADES ORGANIZATIVAS DO SUS

Está Parte deverá contemplar:

- g) Cláusula Sétima: do planejamento integrado;
- h) Cláusula Oitava: da articulação interfederativa;
- i) Cláusula Nona: da programação geral das ações e serviços de saúde;
- j) Cláusula Décima : do financiamento;
- k) Cláusula Décima Primeira: Das medidas de Aperfeiçoamento do SUS;
- l) Cláusula Décima Segunda: das sanções administrativas;
- l) Cláusula Décima Terceira: da publicidade.

III – ESTRUTURA DO CONTRATO

PARTE II – DA RESPONSABILIDADE EXECUTIVA ANEXOS

Anexo I – A caracterização de cada ente Signatário (Todos os dados do ente como: população, renda, desenvolvimento etc.);

Anexo II – Diretrizes nacionais pactuadas e aprovadas no Conselho Nacional de Saúde; **objetivos plurianuais** dos Planos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde; **as metas anuais;** **prazos de execução;** **indicadores;** **responsabilidades** de cada ente e forma de **avaliação.**

Nota 1 do Anexo II: *As diretrizes nacionais do contrato previstas no Anexo II serão as diretrizes do Plano Nacional de Saúde.*

Nota 2 do Anexo II: *os objetivos do contrato deverão refletir as necessidades de saúde da população naquele período em consonância com os planos nacional, estadual e municipal.*

Nota 3 do Anexo II: *Entende-se por metas anuais o desdobramento dos objetivos do contrato que devem ser cumpridos no ano.*

III – ESTRUTURA DO CONTRATO

ANEXOS DA PARTE II

Anexo III - A Programação da RENASES e RENAME e o Mapa de Metas com seus prazos de execução e as responsabilidades de cada ente Signatário na Região.

Nota 1 do Anexo III: A programação da RENASES e da RENAME deverá refletir os quantitativos das ações e serviços e assistência farmacêutica de cada ente.

A programação deverá respeitar as diretrizes gerais da RENASES e os parâmetros de programação.

III – ESTRUTURA DO CONTRATO

PARTE II – ANEXOS

***Nota 2 do Anexo III:** O Mapa de Metas se subdivide em duas partes: a primeira que estará contemplada no Anexo II, ou seja, execução das metas anuais vinculadas aos objetivos do contrato; a segunda parte deverá contemplar os investimentos e as necessárias adequações organizativas quanto ao perfil assistencial dos serviços no município e na região.*

III – ESTRUTURA DO CONTRATO

ANEXOS DA PARTE II

Anexo IV – Planilha dos serviços sob direção única em cada esfera de governo e as respectivas responsabilidades pelo referenciamento.

Nota 1 do Anexo IV – A planilha dos serviços sob direção única em cada esfera de governo deverá retratar os serviços contratados e conveniados por cada ente federativo no âmbito de seu território.

III – ESTRUTURA DO CONTRATO

ANEXOS DA PARTE II

Anexo V – Programação de Custeio e Investimentos de cada ente Signatário e as responsabilidades respectivas, o financiamento global da Região e o cronograma de desembolso anual.

Nota 1 do Anexo V – No plano de custeio deverão estar previstas as transferências de recursos entre os entes federativos.

III – ESTRUTURA DO CONTRATO

PARTE III – DAS RESPONSABILIDADES PELO FINANCIAMENTO.

Na Parte IV devem estar previstos o financiamento global do contrato, as regras de financiamento, incentivos, o custeio, os investimentos e o cronograma de desembolso .

III – ESTRUTURA DO CONTRATO

PARTE IV – DA RESPONSABILIDADE PELO ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO

Nesta Parte III devem estar previstas as regras do sistema de monitoramento do contrato, a avaliação de desempenho da sua execução e a forma de auditoria.

REGRAS GERAIS DO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA

- 1. O contrato será assinado pelos prefeitos, governadores, ministro da saúde e os secretários de saúde estaduais e municipais, dando-se ciência à CIB e CIT, mediante extrato do contrato publicado no DO .**
- 2. O contrato deve consubstanciar os consensos dos entes federativos na CIT, CIB e CIR e respeitar o disposto nos planos de saúde dos entes.**
- 3. O Ministério da Saúde, no tocante aos DSEI (Distritos Sanitário Especiais Indígenas), deverá intermediar as discussões contratuais entre os entes signatários daquela Região de Saúde, reconhecendo a saúde indígena como política prioritária do SUS.**

- 4. A vigência do COAP será de 4 anos devendo coincidir com o prazo dos planos municipais. O primeiro contrato poderá ter outro prazo de validade para melhor adequação em relação aos prazos dos planos de saúde e realidades regionais.**

- 5. Parte dos Indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão serão incluídos no indicador nacional de acesso, de observância obrigatória pelo SUS.**

- 6. O Termo de Compromisso de Gestão e o Termo de Limite Financeiro Global serão substituídos pelo contrato e deverão estar contemplados em cláusula contratual.**

7. O Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos (PDRI) será gradativamente substituído pelo Mapa da Saúde e pelo Mapa de Metas.

8. A PPI - Programação Pactuada Integrada deverá ser substituída pela programação geral do contrato. Esta programação deverá ser revisada anualmente mediante termos aditivos.

9. Nas regiões de fronteiras internacionais, deve-se respeitar as normas internacionais (acordos bilaterais) e decidir na CIB e CIT como se dará o atendimento do cidadão estrangeiro da fronteira, incorporando as decisões no corpo do contrato.

10. Os Municípios sujeitos a aumento populacional em razão de migrações sazonais (turismo, trabalho temporário , festas,etc.) devem ser objeto de discussão na CIT e CIB, o custeio das ações e serviços, incorporando as decisões no corpo do contrato.

11.Os entes signatários após a assinatura do contrato deverão envidar esforços para introduzir no âmbito de sua administração pública, política de contratualização dos serviços públicos, sempre em articulação com os objetivos e metas do COAP.

12. O contrato não tem interferência nos processos de contratação complementar do setor privado no SUS.

IV – DA GESTÃO DO CONTRATO

- 1. A gestão do contrato deverá ser realizada por cada ente signatário, cabendo à CIR discutir o acompanhamento e a sua operacionalização.**
- 2. O processo de gestão é colegiado, através das CIT, CIB e CIR, sendo atribuição do Ministério da Saúde coordenar o processo em âmbito nacional e os estados em âmbito estadual (SES).**

- 3. As CIR devem desenvolver competências que dêem suporte aos gestores na tomada de decisão, podendo assim estruturar Câmaras Técnicas com o objetivo de fornecer os subsídios necessários ao cumprimento dessa finalidade.**
- 4. A avaliação da execução do contrato será realizada mediante relatório de gestão anual e sistema de informação específico. O relatório de gestão conterá uma seção específica relativa aos compromissos contratuais.**
- 5. O Indicador Nacional de Garantia de Acesso deverá ser o componente prioritário de monitoramento e avaliação de desempenho do contrato.**

6. Cabe ao Sistema Nacional de Auditoria, no exercício de suas funções de controle interno do SUS, fiscalizar a execução do contrato.

IV – DO CONTROLE SOCIAL

1. O COAP deverá ser encaminhado aos os conselhos de saúde para acompanhamento de sua execução por meio do relatório de gestão, Portal da Transparência do Ministério da Saúde e outros meios e instrumentos.