

## Ministério da Saúde

### INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

RESOLUÇÃO Nº 283, DE 30 DE AGOSTO DE 1991

O PRESIDENTE EM EXERCÍCIO DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - INAMPS, no uso de suas atribuições e

Considerando os preceitos constitucionais que asseguram o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde;

Considerando a necessidade de regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

Considerando, ainda as disposições das Portarias Ministeriais no. 876, de 29 de junho de 1990 e no. 1.481, de 31 de dezembro de 1990, pelas quais o Ministro da Saúde incumbe ao INAMPS de implantar o SIH-SUS e de implantar a nova política de financiamento do Sistema, resolve:

1. Os internamentos dos pacientes nas Unidades Assistenciais do Sistema Único de Saúde - SUS classificam-se em duas categorias:

- Internamento eletivo; e
- Internamento de Urgência/Emergência.

1.1. O internamento eletivo somente poderá ser efetuado mediante a apresentação, pelo paciente ou seu responsável, de laudo médico previamente autorizado e/ou Autorização de Internação Hospitalar-AIH, emitida pela Secretaria de Saúde.

1.2. Em caso de urgência/emergência, o internamento do paciente se fará independentemente da autorização prévia.

1.2.1. Para emissão da Autorização de Internação Hospitalar-AIH de urgência/emergência, deverá ser emitido laudo pelo médico responsável pelo internamento.

1.2.2. O "Laudo Médico" de que trata o item anterior será visado pelo Diretor Clínico da Unidade Assistencial e encaminhado, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, ao órgão competente do SUS, para emissão do documento de Autorização de Internação Hospitalar-AIH referida no subitem 1.1.

1.2.3. Ocorrendo dúvidas quanto à configuração da necessidade da internação caberá à Secretaria de Saúde a avaliação do caso, concordando ou não com a emissão do documento de Autorização de Internação Hospitalar-AIH. Esta decisão deverá ser comunicada no prazo de até 2 (dois) dias úteis após o recebimento do "Laudo Médico".

2. A emissão de Autorização de Internação Hospitalar-AIH, garantirá o internamento em enfermarias, com sanitários e banheiros proporcionais ao número de leitos e assegurará o pagamento das despesas médico-hospitalares em conformidade com os valores estabelecidos pelo INAMPS e publicados no Diário Oficial da União.

2.1. A AIH garante a gratuidade total da assistência prestada, sendo vedada à Unidade Assistencial a cobrança, ao paciente ou seus familiares, de complementaridade, a qualquer título.

2.2. Nos casos de urgência/emergência, e não havendo leitos disponíveis nas enfermarias, cabe à unidade assistencial proceder a internação do paciente em acomodações especiais, sem cobrança adicional, a qualquer título.

3. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO AKEL

## Ministério da Saúde

### INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

RESOLUÇÃO Nº 273, DE 17 DE JULHO DE 1991

Reedição da Norma Operacional Básica/SUS Nº 01/91.

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, no uso das atribuições que lhe são regimentalmente conferidas e

1. CONSIDERANDO a Portaria MS/GM nº 1481 de 31 de dezembro de 1990 que incumbiu o INAMPS de implantar a nova política de financiamento do SUS para 1991;

2. CONSIDERANDO a necessidade de normalizar os repasses financeiros, automáticos e regulares para a cobertura da assistência à saúde, aos Estados, Distrito Federal e Municípios até que seja regulamentada a aplicação de critérios previstos no Art. 35 da Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990;

3. CONSIDERANDO propostas do COMASS, CONASEMS e outros setores da sociedade organizada que atuam na área da saúde como profissionais, prestadores de serviços e usuários; resolve:

Reeditar com alterações a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, que passa a apresentar o texto constante do Anexo 01 da presente Resolução

RICARDO AKEL

#### ANEXO I

#### NORMA OPERACIONAL BÁSICA/SUS Nº 01/91

##### INTRODUÇÃO

A presente Norma Operacional Básica tem por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde-SUS, elaborada em conformidade com as Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90, bem como com a Portaria MS/GM nº 1.481/90

Os mecanismos de financiamento definidos nesta norma reforçam os princípios doutrinários do SUS, se constituindo em fator de incentivo ao processo de descentralização para os municípios, que serão os responsáveis, pelo Plano Municipal de Saúde considerando, na sua elaboração, a epidemiologia e as reais necessidades da população, bem como pela execução, avaliação e controle dos serviços e ações de saúde no seu nível de atuação.

Ao gestor estadual, reforça a competência de coordenador das ações a nível do Estado, e ao gestor federal, a responsabilidade pela condução da Política Nacional de Saúde.

São detalhados nesta Norma os aspectos de natureza operacional necessários, nesta fase de construção do SUS, ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde nos três níveis de governo, como também ao controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos.

Pretende-se que, através do conhecimento e domínio total das instruções aqui contidas e da subsequente familiarização com o sistema de financiamento implantado, possa ser adotada a política proposta, sem prejuízo do acompanhamento a ser exercido pelos mecanismos de controle e avaliação que vêm sendo desenvolvidos.

A divisão em itens do orçamento do INAMPS destinado ao financiamento do SUS foi realizada a fim de melhor contemplar os critérios estabelecidos pela Lei 8.080/90, quais sejam: perfil demográfico, perfil epidemiológico, características quantitativas e qualitativas da rede e desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior. Assim, foram definidas as seguintes formas de financiamento:

- financiamento da atividade hospitalar, caracterizado por recursos transferidos na forma de AIH, proporcional à população e respeitando o perfil epidemiológico e complexidade da rede;
- financiamento da atividade ambulatorial, proporcional à população e obedecendo os critérios de capacidade instalada e desempenho técnico, econômico e financeiro da rede em períodos anteriores;
- financiamento para investimento na rede, destinado especificamente à aquisição de equipamentos e ampliação das unidades assistenciais já existentes, inversamente proporcional à capacidade instalada, através de recursos repassados aos estados e por eles administrados com base na consolidação dos planos municipais de saúde;
- estímulo à municipalização, caracterizado como um repasse financeiro, mensal e antecipado, aos municípios que atendam os critérios estabelecidos na Lei 8.142/90 para transferência direta de recursos, proporcional à população e que deve ser utilizado preferencialmente em ações de saúde coletiva

É importante para o êxito desta política de financiamento e construção do SUS, a contrapartida dos Estados, Distrito Federal e Municípios de valores estabelecidos nos seus orçamentos, tendo como meta o equivalente a um mínimo de 10% dos mesmos, em conformidade com os Planos Estaduais e Municipais aprovados pelos respectivos Conselhos e referendados pelo Poder Executivo

#### I - FINANCIAMENTO DO SUS PELO ORÇAMENTO DO INAMPS

##### 1.1 Financiamento das Atividades Hospitalares

1.1.1. As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos de saúde e pelos serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde serão pagas através do Sistema de Informações Hospitalares/SIH-SUS e seu formulário próprio AIH (Autorização de Internação Hospitalar)

1.1.2. O quantitativo de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, a cada unidade executora, será proporcional à população, obedecendo as normas específicas já expedidas sobre a matéria, cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde a sua distribuição entre municípios e prestadores, observando os seguintes aspectos:

- para os municípios que atendam aos critérios estabelecidos para as transferências diretas e automáticas de recursos de custeio do SUS, conforme a Lei 8.142/90, será destacado, mensalmente, um número de AIH equivalente a um duodécimo de 8% de sua população e repassado às respectivas Secretarias Municipais de Saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde aprovarão os critérios de distribuição dos quantitativos de AIH entre os prestadores públicos, filantrópicos e privados;
- o restante (equivalente a 1/12 de 2% da população) será mantido sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, em fundo de compensação de demanda;
- as AIH correspondentes aos municípios que não atendam aos critérios mencionados ficarão sob gestão das Secretarias Estaduais de Saúde, que ficam, transitoriamente, responsáveis pelas internações nesses municípios;
- os municípios poderão pleitear AIH adicionais do fundo de compensação da Secretaria Estadual por sua atuação como referência estadual e aos municípios vizinhos, através de consórcios formais ou informais, quando referência microrregional;
- a distribuição das AIH entre os prestadores públicos, filantrópicos e privados será feita pelo Secretário de Saúde (Municipal ou Estadual) que as recebe; e deve respeitar o plano loco-regional de saúde bem como os dispositivos legais do SUS, sempre priorizando o setor público.

1.1.3. Serão estabelecidos na Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, mecanismos de compensação de AIH a fim de assegurar as internações nas unidades de referência macrorregional e nacional, especialmente para os procedimentos de alta complexidade definidos pelos Sistemas Integrados de Procedimentos de Alta Complexidade-SIPAC, e nos casos de absoluta excepcionalidade.

1.1.4. O Fundo de Compensação de AIH da SNAS/MS poderá ainda, considerando critérios como série histórica de utilização, capacidade instalada efetiva e processos migratórios previstos no parágrafo 2º, Art. 35, da Lei 8.080/90, proceder à redistribuição de cotas, mediante acordo prévio com os gestores locais.

1.1.5. As AIH, com valores de tabelas específicas, serão creditadas diretamente aos hospitais das redes próprias, Estaduais e Municipais, bem como aos Universitários, filantrópicos e demais contratados, em conta corrente especial no Banco do Brasil S.A.

1.1.6. As atividades ambulatoriais realizadas no âmbito dos hospitais, serão financiadas segundo as normas relativas às atividades ambulatoriais (item 1.2).

##### 1.2. FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE AMBULATORIAL

1.2.1. As ações e serviços de saúde, públicos e privados, contratados ou conveniados, realizados ao nível ambulatorial, que integram o Sistema Único de Saúde, serão pagos através do sistema de cobertura ambulatorial.

1.2.2. A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), destinada a definir os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, será fixada através de Resolução do Presidente do INAMPS/MS, considerando a classificação dos Estados dentro dos seguintes critérios: população; capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde.

1.2.3. O valor nominal da UCA, será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do INAMPS.

1.2.4. O montante destinado anualmente aos Estados e Distrito Federal a título de cobertura ambulatorial, será obtido através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada Unidade de Federação.

1.2.5. O planejamento físico e orçamentário das atividades ambulatoriais deverá ser produto do trabalho conjunto dos Municípios, Estado, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, referendado pelo respectivo Conselho de Saúde. As prioridades, quotas, referência e contra-referências devem ser definidas com base na epidemiologia características demográficas e capacidade instalada.

1.2.6. O valor mensal a ser transferido até o último dia de cada mês aos Estados, Distrito Federal e Municípios, será obtido da seguinte forma:

- o valor anual calculado será dividido em duodécimos;
- do duodécimo subtrai-se a "Guia de Autorização de Pagamento" GAP/Prestador, a qual deve ser um consolidado das GAPs emitidas pelos prestadores públicos (e contratados em caráter complementar) conforme plano regional;
- deste resultado, dito resíduo, 10% serão transferidos às Secretarias Estaduais de Saúde, para utilização exclusiva em custeio das atividades de assistência à saúde;

- os 90% restantes serão divididos novamente pela população de cada unidade da Federação;

O quociente encontrado corresponde a uma variável que, multiplicada pela população de cada município da unidade federativa, representa o repasse a ser efetuado às Secretarias Municipais de Saúde, para utilização exclusiva em custeio das atividades de assistência à saúde.

1.2.7. Os municípios que não atendem aos critérios estabelecidos para repasses diretos conforme a Lei 8.142/90, terão os resíduos da UCA que lhes seriam destinados repassados às correspondentes Secretarias Estaduais de Saúde que, através de critérios próprios, obrigatoriamente, os redistribuirão às secretarias municipais, para utilização exclusiva em custeio das atividades de assistência à saúde.

1.2.8. Até o 15º dia após o recebimento do resíduo da UCA os Estados deverão encaminhar à DAF/INAMPS relatório dos valores repassados a cada município referentes a esse resíduo.

1.2.9. As Secretarias Estaduais de Saúde serão responsáveis, transitivamente, pela cobertura ambulatorial correspondente aos municípios que não atendem aos requisitos para repasses diretos de recursos, bem como pela cooperação técnica com esses municípios, com vistas ao pronto cumprimento dos mesmos.

1.2.10. O atual sistema de Guia de Autorização de Pagamento-GAP/PRESTADOR será substituído pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), a partir de outubro de 1991.

### 1.3. FINANCIAMENTO PARA INVESTIMENTO NA REDE

1.3.1. Os recursos de capital para investimento na rede serão transferidos para os Estados e Distrito Federal, especificamente para aquisição de equipamentos de unidades assistenciais públicas, estaduais e municipais, já existentes.

1.3.2. Fica instituída a Unidade de Capacitação da Rede (UCR) destinada a definir e reajustar os valores a serem repassados, de forma automática e regular, aos Estados e Distrito Federal para reposição e modernização tecnológica dos equipamentos da rede pública estadual e municipal.

1.3.3. Os valores da UCR para os diferentes Estados e Distrito Federal correspondem a um percentual, que varia de 1% a 5%, do valor mensal calculado para cobertura das atividades ambulatoriais, de maneira inversamente proporcional aos valores definidos para os grupos de Estados no sistema de cobertura supra-citado, da seguinte maneira:

- Grupo de estados de valor de UCA mais elevado: UCR = 1% do valor mensal estimado para cobertura ambulatorial;
- Grupo de estados de valor de UCA num nível imediatamente inferior: UCR = 2%;
- Grupo de estados no terceiro nível: UCR = 3%;
- Grupo de estados com o segundo menor valor de UCA: UCR = 4%;
- Grupo de estados de menor valor de UCA: UCR = 5%.

1.3.4. Os Estados e Distrito Federal deverão administrar os recursos provenientes da UCR através de estabelecimento de prioridades de investimentos necessários, contemplando projetos já previstos no consolidado dos Planos Municipais de Saúde, e ainda os casos excepcionais.

1.3.5. As transferências de outros recursos para investimentos que não os de repasse automático e regular poderão ser pleiteadas ao MS, justificadas em função dos Planos de Saúde e observados os seguintes aspectos:

- a) previstos no Plano Quinquenal de Saúde do MS;
- b) previstos nos Planos Municipais e/ou Estaduais de Saúde, aprovados pelo respectivo Conselho;
- c) previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- d) em caráter de absoluta excepcionalidade.

### 1.4. ESTÍMULO A MUNICIPALIZAÇÃO DO SUS E AS AÇÕES DE SAÚDE

1.4.1. Serão considerados "municipalizados" dentro do Sistema Único de Saúde, os municípios que houverem atendido os requisitos básicos para transferência direta de recursos segundo a Lei nº 8.142/90, quais sejam:

- a) criação de Conselhos Municipais de Saúde, compostos por representantes do governo municipal, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com composição paritária;
- b) criação de Fundo Municipal de Saúde;
- c) apresentação do Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos e referendado pela autoridade do Poder Executivo;
- d) programação e orçamentação da Saúde (PROS), como desdobramento do Plano de Saúde;
- e) apresentação de Relatório de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro);
- f) contrapartida de recursos para a saúde, do seu orçamento; e
- g) constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), com o prazo de 02 (dois) anos para a sua implantação.

1.4.2. Fica instituído o Fator de Estímulo à Municipalização-FEM, caracterizado como repasse de recursos de custeio aos municípios efetivamente "municipalizados" dentro do SUS.

1.4.3. O montante a ser transferido aos municípios, "municipalizados" a título de estímulo à municipalização do SUS, será calculado da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA (unitária) do Estado;
- este valor é multiplicado pelo número de habitantes do município "municipalizados";
- o produto dessa operação será dividido por doze;
- o valor mensal a ser transferido até o quinto dia útil de cada mês, ao município "municipalizados", corresponde ao duodécimo acima encontrado.

1.4.4. O repasse efetuado a título de Fator de Estímulo à Municipalização não será debitado do valor estabelecido para cobertura ambulatorial, quer do município quer do Estado, e independe da existência de resíduo.

## II - ACOMPANHAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

### 2.1. CONSELHOS DE SAÚDE

2.1.1. Os Conselhos de Saúde terão caráter permanente e deliberativo, com representação paritária e serão compostos por representantes dos governos, prestadores de serviços e profissionais de saúde (50%) e usuários (50%).

2.1.2. Cabe aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde em suas áreas de abrangência, bem como atuar na formulação da estratégia de controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e na fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e Municipais e/ou Fundos de Saúde.

### 2.2. FUNDOS DE SAÚDE

2.2.1. Os Fundos de Saúde de natureza contábil e financeira, vinculados aos objetivos do Sistema Único de Saúde, devem ser previamente autorizados pelo legislativo e a aplicação de suas receitas far-se-á através de dotação consignada na Lei de Orçamento ou em crédito adicional.

2.2.2. Os Fundos de Saúde serão geridos pelo órgão de saúde da esfera correspondente e fiscalizados pelo Conselho de Saúde respectivo.

2.2.3. Na forma do art. 73 do Decreto 93.872, de 23/12/86, é vedado levar a crédito de qualquer fundo recursos orçamentários que não lhe forem especificamente destinados em orçamento ou em crédito adicional.

2.2.4. A aplicação dos recursos destinados aos Fundos de Saúde deve constar de programação e ser especificada em orçamento próprio, aprovado antes do início do exercício financeiro a que se referir.

2.2.5. Os Planos de Aplicação dos Fundos de Saúde deverão obrigatoriamente acompanhar a Lei de Orçamento, como se depreende do inciso I, Parágrafo 2º do Art. 2º da Lei 4.320, de 17/03/64 e compreenderão:

- a) a descrição do que se pretende realizar e dos objetivos a alcançar;
- e
- b) a demonstração da origem e a aplicação dos recursos.

2.2.6. Os recursos financeiros destinados aos Fundos de Saúde serão depositados e mantidos em conta especial, no Banco do Brasil S.A., segundo cronograma aprovado, destinados a atender aos saques previstos em programação específica.

2.2.7. Os saldos resultantes das aplicações financeiras dos recursos destinados aos Fundos de Saúde serão reinvestidos nas suas atividades, devendo ser objeto de Plano de Aplicação Adicional.

2.2.8. O saldo financeiro do exercício, apurado em balanço, poderá ser utilizado em exercício subsequente, se incorporado ao orçamento do Fundo.

2.2.9. A Lei que instituir o Fundo determinará normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, de acordo com as normas baixadas pela Administração Federal, sem elidir a competência do Tribunal de Contas da União ou órgão equivalente.

2.2.10. Se a Lei que o institui não dispuser em contrário, a execução orçamentária dos Fundos de Saúde aplicar-se-á as mesmas normas gerais de execução orçamentária da União.

2.2.11. Caberá ao INAMPS, enquanto órgão repassador dos recursos e responsável por imposição legal perante o Tribunal de Contas da União pelo cumprimento dos programas financeiros, exercer o controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira em conformidade com os procedimentos em vigor.

2.2.12. As prestações de contas relativas aos Fundos de Saúde integrarão a prestação de contas correspondentes aos recursos gerais da respectiva entidade ou unidade gestora, em demonstrativo distinto e será constituída dos seguintes elementos básicos:

- a) relação dos agentes responsáveis, indicando nome, cargo ou função, número do CPF e período de gestão compreendendo:
  - dirigente máximo;
  - membros do órgão colegiado responsável por atos definidos em Lei;
  - substitutos dos responsáveis no exercício;
- b) cópia do ato que fixou a gestão ou execução do Fundo;
- c) relatório de gestão, na forma do item 2.4;
- d) cópia das alterações das normas que regulam a gestão do fundo, ocorridas no exercício, se for o caso;
- e) demonstrativo dos créditos autorizados e/ou da despesa autorizada;
- f) demonstrativo da despesa empenhada/liquidada;
- g) balancete financeiro;
- h) demonstrativo das variações patrimoniais; e
- i) parecer dos órgãos internos, se houver, que devam dar seu pronunciamento sobre as contas.

2.2.13. As prestações de contas dos Fundos de Saúde serão apresentadas semestralmente ao órgão de Auditoria regional das Coordenadorias de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS, enquanto órgão repassador de recursos, que as examinará e sobre elas emitirá parecer, de acordo com as instruções vigentes sobre a matéria.

2.2.14. O controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira compreenderá a verificação:

- a) da legalidade dos atos de que resultem a realização da despesa;
- b) da responsabilidade de todos quanto, de qualquer modo, efetue despesas, administrem ou guardem bens e valores públicos;
- c) do cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e em termos de prestação de serviços.

2.2.15. A Diretoria de Administração e Finanças do INAMPS criará Relatórios Gerenciais, de acompanhamento e controle, que permitam a identificação dos fatores específicos do novo sistema de financiamento do SUS, com vistas ao suprimento de informações de financiamento da Saúde, Conselhos e Fundos de Saúde e demais órgãos envolvidos. Este sistema visará a articulação e interligação do INAMPS com os órgãos correlatos do SUS, objetivando uniformizar os procedimentos adotados.

2.2.16. A avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional será efetuada e coordenada pelo Ministério da Saúde e INAMPS, enquanto repassador de recursos, em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e Municípios.

2.2.17. Extinguir-se-á, por força da Lei, o Fundo de Saúde inativo por mais de 02 (dois) exercícios financeiros.

### 2.3. PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO DA SAÚDE - PROS

2.3.1. A Programação e Orçamento em Saúde (PROS) deverá ser elaborada para um período anual, enquanto componente de um processo plurianual de planejamento, expresso nos respectivos Planos de Saúde.

2.3.2. Nas PROS dos Estados, Distrito Federal e Municípios, deverão estar contemplados os seguintes itens:

- a) caracterização e abrangência da programação;
- b) diagnóstico de situação e levantamento de necessidades;
- c) prioridades, objetivos e metas;
- d) estratégias que levem à obtenção dos objetivos propostos; e
- e) estimativas de gastos e composição do financiamento para o ano, compatibilizando as atividades propostas com a disponibilidade de recursos.

2.3.3. A PROS dos Estados deverá ser resultado da consolidação e compatibilização das PROS dos Municípios.

2.3.4. As diretrizes a serem observadas na elaboração da PROS serão estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde.

### 2.4. RELATÓRIOS DE GESTÃO

2.4.1. O Relatório de Gestão, requisito básico para a transferência direta de recursos aos Municípios, deverá abordar, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) finalidades essenciais (caracterizar a entidade e mencionar, sucintamente, suas atribuições regimentais ou estatutárias);
- b) plano de trabalho elaborado (descrever, de forma resumida, os programas ou projetos de trabalho, destacando as metas ou objetivos previstos);
- c) plano de trabalho executado (mencionar as atividades desenvolvidas no exercício, destacando as extraprogramadas e as não executadas, em relação ao plano de trabalho elaborado, com as justificativas pertinentes), e
- d) resultados alcançados (evidenciar as metas ou objetivos atingidos, relativamente a cada programa ou projeto, a programação e execução orçamentária desses programas ou projetos, acompanhados de demonstrações financeiras, sem prejuízo da fiscalização indispensável sobre a execução local).

### III - DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. Até que se edite normas específicas sobre o Sistema Único de Saúde-SUS e na ausência de outros instrumentos jurídicos que regulamentem os repasses de recursos financeiros, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

3.2. Ressalvados os casos de manifesta impraticabilidade ou inconveniência e desde que observadas as disposições no Art. 17 da Lei 8.074, de 31/07/90, será utilizado o instrumento convencial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.

3.3. Os Convênios firmados com os Estados, Distrito Federal e Municípios estabelecerão em suas cláusulas as políticas e diretrizes do SUS relativas à programação, execução, acompanhamento e controle das ações de saúde, aprovadas no Plano Nacional de Saúde e fundamentada na Lei 8.080/90.

3.4. É vedada a utilização dos recursos em despesas que não se identifiquem diretamente com a realização do objetivo do Convênio ou serviços determinados.

3.5. Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no Art. 35 da Lei 8.080/90, o montante a ser transferido a Estados, Distrito Federal e Municípios será definido no Convênio, de acordo com:

- a) o critério populacional com base nos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE;
- b) empenho global (valor semestral e/ou anual).

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

3.7. O INAMPS/MS, a partir de julho de 1991, após acordo com as Secretarias Estaduais de Saúde, estabelecerá um percentual sobre o faturamento das unidades próprias do Estado e/ou cedidas, a título de ressarcimento, tendo em vista a cessão de servidores efetivos do seu Quadro.

3.8. O Diretor de Administração e Finanças do INAMPS poderá elaborar Rotinas Técnicas e Orientações de Serviços sobre o disposto nesta Norma.

3.9. Esta Norma Operacional Básica poderá ser adotada mediante a publicação de Normas Operacionais Complementares que se destinarão a definir procedimentos padronizados relativos a questões específicas (Programação e Orçamento da Saúde, Plano de Aplicação e Prestação de Contas).